



N° 2234

ASSEMBLÉE NATIONALE

CONSTITUTION DU 4 OCTOBRE 1958

DIX-SEPTIÈME LÉGISLATURE

Enregistré à la Présidence de l'Assemblée nationale le 10 décembre 2025

RAPPORT

FAIT

AU NOM DE LA 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,*

Présidente
MME NICOLE DUBRÉ-CHIRAT

Rapporteur
M. SÉBASTIEN SAINT-PASTEUR
Députés

TOME I
RAPPORT

La commission 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 est composée de : Mme Nicole Dubré-Chirat, *présidente* ; M. Sébastien Saint-Pasteur, *rapporteur* ; M. José Beaurain ; Mme Anaïs Beloussa-Cherifi ; Mme Sandra Delannoy ; Mme Karen Erodi ; M. Denis Fégné ; Mme Sylvie Ferrer ; M. Charles Fournier ; Mme Camille Galliard-Minier ; M. François Gernigon ; M. Sacha Houlié ; Mme Chantal Jourdan ; M. Daniel Labaronne ; Mme Élise Leboucher ; M. David Magnier ; M. Frédéric Maillot ; M. Éric Martineau ; Mme Sophie Mette ; Mme Joséphine Missoffe ; M. Serge Muller ; Mme Julie Ozenne ; Mme Lisette Pollet ; Mme Natalia Pouzyreff ; M. Antoine Villedieu ; Mme Anne-Cécile Violland ; M. Stéphane Viry.

SOMMAIRE

	Pages
AVANT-PROPOS DE LA PRÉSIDENTE	11
INTRODUCTION	13
RECOMMANDATIONS DU RAPPORTEUR	17
PREMIÈRE PARTIE : UNE PRISE EN CHARGE COÛTEUSE MAIS DÉFAILLANTE	21
I. DES CONSTATS PRÉOCCUPANTS ET UNE RÉPONSE PUBLIQUE INCERTAINE	21
A. LA SANTÉ MENTALE EN FRANCE, UNE CATASTROPHE ANNONCÉE MALGRÉ LE VOLONTARISME AFFICHÉ DES POUVOIRS PUBLICS	21
1. L'état très dégradé de la santé mentale en France	21
a. Des données peu satisfaisantes	21
b. Une prévalence et une dynamique inquiétantes	24
c. Une inégale exposition aux troubles de la santé mentale	26
d. La forte dégradation de la santé mentale des jeunes	29
e. La particulière vulnérabilité des plus âgés	32
2. Des politiques de la santé mentale pourtant ambitieuses	33
a. L'organisation générale des politiques de la santé mentale en France	33
b. Les hautes ambitions affichées en matière de santé mentale	36
B. ENTRE LA SITUATION MATÉRIELLE DES PERSONNES EN SITUATION DE HANDICAP ET LES DROITS QUI LEUR SONT RECONNUS, UNE DISSONANCE PERSISTANTE	39
1. Le handicap en France : un enfermement dans la vulnérabilité	39
a. L'enjeu central de la définition du handicap	39
b. Sources statistiques	41
c. Cadrage démographique	42
d. L'exposition particulière des personnes en situation de handicap à un grand nombre de vulnérabilités	45

2. Les politiques de la prise en charge du handicap reposent pourtant sur la consécration d'un grand nombre de droits	47
a. Les principaux axes des politiques du handicap.....	47
b. Des ambitions affichées dans de récentes inflexions.....	50
II. L'ANALYSE DES POLITIQUES DE PRISE EN CHARGE DU HANDICAP ET DE LA SANTÉ MENTALE MET EN ÉVIDENCE DES DÉFAILLANCES CRIANTES	55
A. UN DÉCALAGE ENTRE BESOINS ET OFFRE DE PRISE EN CHARGE....	55
1. Des carences de l'offre de prise en charge sur plusieurs plans.....	55
a. Des carences quantitatives	55
i. Un effet de ciseaux entre offre et besoins.....	55
ii. Des tensions en matière de ressources humaines	57
iii. Des places et des solutions de prises en charge insuffisantes en nombre.....	65
iv. Cartographie des disparités quantitatives.....	67
b. Des carences qualitatives	70
i. Une hyperspecialisation et des dispositifs insuffisamment ciblés.....	70
ii. Une forte rigidité et un empilement systématique.....	74
iii. Des prises en charges parfois totalement inadaptées	79
iv. Une formation des professionnels de santé insuffisante.....	81
v. La complexité et la fragmentation des parcours.....	82
vi. Inégalités de prise en charge.....	84
2. Des trop longs délais de prise en charge au non-recours : attente et renoncement....	86
a. Des délais d'accès aux soins et à l'accompagnement en santé mentale inégaux, qui compromettent parfois la perspective d'une prise en charge précoce.....	86
b. Du traitement des demandes à la non-effectivité des droits, l'attente interminable des personnes en situation de handicap.....	91
c. La difficile mesure du non-recours à la prise en charge	95
B. TOUT AU LONG DE LA VIE, LES DÉFAILLANCES D'INCLUSION SE SUCCÈDENT.....	97
1. La promesse non tenue de l'inclusion scolaire	97
a. L'inclusion scolaire, principe et dispositif	97
b. Cartographie des carences d'aménagement	100
c. Mais les défaillances dépassent largement le manque de solutions adaptées	105
2. Les progrès insuffisants de l'inclusion professionnelle	108
a. Une politique d'inclusion professionnelle qui repose sur plusieurs grands axes ...	108
b. Des insuffisances nombreuses.....	111

3. Dans la vie globale, l'action des pouvoirs publics fait encore défaut à de nombreux égards, suscitant une judiciarisation	114
a. Des défaillances qui affectent la vie globale des personnes en situation de handicap	114
b. Des contentieux encore en développement, et des condamnations supranationales ..	117
III. CES DÉFAILLANCES ENTRAINENT DES PERTES DE CHANCE POUR LES PERSONNES CONCERNÉES ET DES COÛTS POUR LA SOCIÉTÉ	119
A. UNE PERTE DE CHANCES POUR LES PERSONNES CONCERNÉES ET LA SOCIÉTÉ	120
1. Des pertes de chance immédiates et directes	120
a. La prise en charge précoce, facteur pronostic majeur en santé mentale	120
b. En matière de handicap, un décalage entre recommandations et capacités matérielles de prise en charge	122
2. Pertes de chances indirectes	124
a. De la scolarité à l'emploi, des effets démultipliés	124
b. Le suicide, favorisé par la carence de l'offre de soin ?	126
B. LES COÛTS DE PRISE EN CHARGE : DES DÉPENSES PLUTÔT QUE DES INVESTISSEMENTS	128
1. Des coûts directs qui mettent en évidence un mauvais emploi de la dépense publique	129
a. Les troubles de la santé mentale, deuxième catégorie pathologique la plus coûteuse pour l'assurance maladie	129
b. Pour le handicap, un effort national de 64,5 milliards d'euros en 2024	132
2. Les coûts indirects, masse immergée de l'iceberg	135
DEUXIÈME PARTIE : L'ABSENCE DE STRATÉGIE DES POLITIQUES DE PRISE EN CHARGE DE LA SANTÉ MENTALE ET DU HANDICAP	139
I. UNE CONNAISSANCE INSUFFISANTE DES BESOINS, DE L'OFFRE ET DES COÛTS	139
A. UNE MÉCONNAISSANCE PERSISTANTE DES BESOINS	141
1. Des données fragmentaires sur les demandes et les publics	141
a. Un manque de données reconnu par les acteurs nationaux dans le domaine du handicap	141
i. Ce que l'on mesure mal	141
ii. Ce que l'on ne mesure pas	142
iii. Des perspectives d'amélioration	142
b. Dans le domaine de la santé mentale	143
i. Des bases de données incomplètes	143
ii. Des pistes d'amélioration	145

2. Une connaissance lacunaire des besoins émergents	146
a. En matière de handicap	146
b. En matière de santé mentale.....	147
c. Des capacités d'anticipation limitées.....	147
B. UNE CONNAISSANCE INCOMPLÈTE DE L'OFFRE DE SOINS ET D'ACCOMPAGNEMENT.....	148
1. Une cartographie lacunaire des professionnels.....	148
2. Des données fragmentées sur les établissements et services médico-sociaux.....	150
a. L'approche administrative.....	150
b. L'approche statistique.....	150
c. Une absence de consolidation	151
C. DES SYSTÈMES D'INFORMATION INCOMPLETS ET PEU INTEROPÉRABLES	152
1. Des dispositifs multiples et cloisonnés	152
a. Le système d'information harmonisé des MDPH.....	152
b. Multiplicité des outils et absence d'interopérabilité.....	153
2. Des dispositifs affichant des degrés de maturité variables	154
a. Une maturité numérique inégale selon les territoires et structures.....	154
b. Des obstacles techniques, humains et juridiques à la transition numérique.....	154
3. Des difficultés techniques et juridiques d'interopérabilité	155
a. Des difficultés techniques	156
b. Des obstacles juridiques.....	157
c. Une fragmentation qui pèse sur la capacité de planification nationale	158
D. UNE ÉVALUATION LACUNAIRE DES COÛTS RÉELS.....	159
1. Des coûts fragmentés entre acteurs et dispositifs	159
a. Complexité et fragmentation des financements.....	159
b. Limites de l'analyse budgétaire et conséquences sur le pilotage	159
2. Une faiblesse persistante de la culture de l'évaluation dans le handicap et la santé mentale	161
a. Des cadres de suivi fragmentés et une insuffisance des indicateurs de résultats....	161
b. Vers une évaluation structurante du pilotage	162
3. Des coûts indirects et évités non mesurés.....	163
a. Une invisibilité persistante des coûts indirects pour la collectivité	163
b. Les bénéfices économiques mesurables des interventions précoce et de l'inclusion.....	164

II. UNE ORGANISATION FRAGMENTÉE ET INSUFFISAMMENT COORDONNÉE	165
A. UNE PRISE EN CHARGE DU HANDICAP COMPLEXE ET PÉNALISANTE ..	166
1. Un accès aux droits freiné par la complexité des démarches.....	166
a. Des définitions légales divergentes.....	167
b. Une multiplicité de démarches et d'interlocuteurs	168
c. Des délais importants qui favorisent le non-recours.....	169
d. Une lisibilité insuffisante des parcours scolaires et professionnels.....	170
e. L'accompagnement par les AESH dans le second degré, exemple de dispositif ambitieux mais inabouti	171
f. Des inégalités territoriales en matière d'accès aux droits.....	175
2. Une gouvernance dispersée qui complexifie le pilotage.....	176
a. Une gouvernance éclatée entre État, départements et agences régionales de santé....	176
b. Une répartition confuse des responsabilités	177
c. Un pilotage par dispositifs plus que par parcours.....	178
d. Vers un pilotage national encore en construction.....	179
3. Une action territoriale dispersée qui limite la cohérence des parcours.....	180
a. Une offre médico-sociale segmentée et inadaptée aux besoins.....	181
b. Des disparités territoriales marquées	182
c. Des initiatives locales prometteuses mais peu diffusées.....	183
d. Des conséquences pénalisantes sur les parcours de vie	186
B. UNE PRISE EN CHARGE DE LA SANTÉ MENTALE COMPLEXE ET INSUFFISAMMENT DOTÉE	187
1. Une sectorisation affaiblie par la pénurie	187
a. Un maillage territorial en perte de cohérence.....	189
b. Des dispositifs palliatifs révélateurs des tensions structurelles.....	190
c. Vers une planification à long terme fondée sur la prévention.....	192
2. Une coordination entre ville, hôpital et médico-social en difficulté.....	193
a. Une coordination de la médecine générale encore trop faible.....	194
b. Les services d'urgence psychiatriques comme principal point d'entrée.....	196
c. Des ruptures fréquentes à la sortie d'hospitalisation	197
d. Des interfaces médico-sociales sous tension.....	198
e. Une continuité dépendante de la volonté locale	200
3. Des innovations pertinentes mais peu déployées.....	200
a. Des initiatives locales et territoriales diversifiées.....	201
b. Des innovations numériques encore marginalisées	203
c. Une diffusion inégale et sans évaluation consolidée	204
d. Une évaluation insuffisante qui freine la planification	205

TROISIÈME PARTIE : LA MISE EN PLACE D'UNE VÉRITABLE POLITIQUE DE PRÉVENTION DOIT S'APPUYER SUR UNE LOGIQUE DE COÛTS ÉVITÉS	207
I. LA NÉCESSITÉ D'INVESTIR DANS LA PRÉVENTION À TOUS LES ÂGES DE LA VIE.....	207
A. LES FONDEMENTS D'UNE POLITIQUE DE PRÉVENTION TOUT AU LONG DE LA VIE	208
1. Les trois niveaux de prévention appliqués aux troubles psychiques et aux fragilités développementales	208
a. Prévention primaire : réduire les facteurs de vulnérabilité	209
b. Prévention secondaire : repérage précoce et intervention rapide	210
c. Prévention tertiaire : éviter les aggravations et les ruptures de parcours	211
2. L'importance d'agir dès les premiers signaux	212
a. Identification précoce des fragilités psychiques	213
b. Limitation des ruptures scolaires, professionnelles et sociales	214
3. Les transitions de vie comme moments critiques pour la santé mentale	215
a. De la petite enfance à l'entrée à l'école	215
b. De l'adolescence vers la scolarité et la socialisation	217
c. De la scolarité vers la vie adulte et l'autonomie	218
d. Les transitions au début de la vie adulte : insertion, autonomie et premiers épisodes	221
B. LES CONDITIONS D'UNE PRÉVENTION RÉELLEMENT EFFECTIVE	222
1. Une cohérence des interventions pour sécuriser les parcours	222
a. Une meilleure interface entre l'école, le sanitaire et le médico-social	223
b. Rôle pivot des familles et aidants dans la prévention informelle	225
2. Les acteurs du repérage et du premier recours	226
a. Le rôle central de la protection maternelle et infantile (PMI) et de la guidance parentale	227
b. Dépistages des troubles du développement et du comportement	229
c. Médecine scolaire et repérage précoce en milieu éducatif	230
d. Médecine de ville et premier recours face aux premiers signes	231
II. UNE STRATÉGIE DE COÛTS ÉVITÉS SUPPOSE UNE PLANIFICATION PLURIANNUELLE DE LA DÉPENSE PUBLIQUE ET UNE ÉVALUATION DES DISPOSITIFS	232
A. LES CONDITIONS NÉCESSAIRES À UNE STRATÉGIE DE COÛTS ÉVITÉS	233
1. La programmation pluriannuelle, condition d'un investissement social durable ...	233
a. Les limites structurelles de la budgétisation annuelle	233
i. La logique annuelle des financements favorise le saupoudrage	233
ii. Une prévalence mécanique du curatif face à des besoins immédiats	235

b. La prévention requiert une montée en charge progressive.....	236
i. Les interventions à effets différés nécessitent du temps et de la continuité.....	236
ii. Sans planification, la prévention reste marginale et dispersée	237
c. La programmation comme outil d'équité territoriale.....	238
i. Corriger les disparités de rythme entre territoires.	238
ii. Assurer un « socle national » de prévention et d'accompagnement.....	239
2. L'évaluation, clef d'identification des effets et des coûts évités	240
a. Mesurer les résultats pour distinguer dépenses et investissements.....	240
i. Passer d'une logique d'activité à une logique d'impact.....	240
ii. L'évaluation pour mesurer les effets réels des interventions dans le temps	241
b. Encadrer méthodologiquement l'estimation des coûts évités	242
i. Mesurer séparément les effets à court, moyen et long terme	242
ii. Une approche prudente dans l'estimation des effets.....	242
iii. Repères internationaux : l'usage des Qaly et des Daly	243
iv. Intégration des coûts induits et effets redistributifs	243
v. L'exemple britannique-	244
c. Établir un cadre national d'évaluation pour la santé mentale et le handicap	245
i. Des repères partagés pour évaluer les interventions.....	245
ii. Suivre les parcours dans le temps	246
B. LA MISE EN ŒUVRE D'UNE STRATÉGIE DE COÛTS ÉVITÉS DANS LE PILOTAGE PUBLIC	246
1. Identifier et hiérarchiser les coûts évités pour éclairer les choix publics	246
a. Anticiper l'impact des interventions pour éclairer les décisions	247
i. Court terme (1–3 ans) : hospitalisations évitables, ruptures immédiates évitées.....	247
ii. Moyen terme (3–10 ans) : maintien en emploi, stabilisation des parcours.....	248
iii. Long terme (10–20 ans) : trajectoires d'autonomie, intégration durable	249
b. Identifier les interventions dont l'effet est documenté	249
i. Des interventions dont l'impact est bien établi.....	249
ii. Des effets réels sur les parcours.....	251
iii. Des résultats à interpréter avec mesure	252
2. Intégrer les coûts évités au pilotage et à la programmation publique.....	252
a. Prioriser les dispositifs efficaces dans une logique de programmation pluriannuelle.....	253
i. Mobiliser les coûts évités pour hiérarchiser les interventions.....	253
ii. Stabiliser les dispositifs qui fonctionnent	254

b. Structurer une gouvernance interministérielle fondée sur les résultats	255
i. Une convergence entre santé, solidarité, travail et éducation.....	255
ii. Un cadre commun d'indicateurs et d'objectifs	256
iii. Une cohérence entre financements et objectifs de trajectoire	257
c. Construire les outils d'un pilotage orienté vers l'impact	257
i. Des contrats pluriannuels État–ARS–départements–opérateurs	258
ii. Un appui territorial pour soutenir la mise en œuvre	259
iii. Intégrer la notion d'investissement social dans les documents budgétaires nationaux...	260
EXAMEN EN COMMISSION	263
PERSONNES ENTENDUES PAR LA COMMISSION D'ENQUÊTE ET LIEN VERS LES COMPTES RENDUS DES AUDITIONS	275
LISTE DES VISITES DE TERRAIN EFFECTUÉES PAR LES MEMBRES DE LA COMMISSION D'ENQUÊTE	281
LISTE DES CONTRIBUTIONS ÉCRITES REÇUES PAR LE RAPPORTEUR	283
CONTRIBUTIONS DES GROUPES POLITIQUES ET DES DÉPUTÉS..	285
CONTRIBUTION DU GROUPE RASSEMBLEMENT NATIONAL	285
CONTRIBUTION DE M. DENIS FÉGNÉ, DÉPUTÉ DES HAUTES-PYRÉNÉES	288
CONTRIBUTION DE MME CHANTAL JOURDAN, DÉPUTÉE DE L'ORNE	289
CONTRIBUTION DE MME NATALIA POUZYREFF, DÉPUTÉE DES YVELINES	291
ANNEXES DU RAPPORT	293
ANNEXE 1 : INFORMATIONS RELATIVES À L'INCLUSION SCOLAIRE, FOURNIES PAR LE MINISTÈRE DE L'ÉDUCATION NATIONALE	293
ANNEXE 2 : RÉPONSE DU MINISTRE DE L'ÉDUCATION NATIONALE À LA DEMANDE D'INFORMATION COMPLÉMENTAIRE DU RAPPORTEUR	322
ANNEXE 3 : INFORMATIONS SUR LES RECOURS RELATIFS À L'ACCÈS AUX DROITS DES PERSONNES EN SITUATION DE HANDICAP, FOURNIES PAR LE MINISTÈRE DE LA JUSTICE	325
ANNEXE 4 : NOTE COMMUNE DE LA MISSION D'APPUI À LA GRANDE CAUSE NATIONALE SANTÉ MENTALE 2025 FOURNIE PAR M. MICHEL BARNIER, ANCIEN PREMIER MINISTRE	333

AVANT-PROPOS DE LA PRÉSIDENTE

« Le handicap ne peut pas être un handicap. »

Stephen HAWKIN (1942-2018)

« La santé mentale est plutôt une forme d'ébriété, parce que dans l'essence de vivre, il y a de l'ivresse. »

Edgar MORIN

Dans notre pays, les politiques sociales recouvrent un champ particulièrement vaste, qui caractérise tout leur intérêt mais aussi leur complexité. Le handicap et la santé mentale n'y échappent pas tant ils soulèvent des enjeux dans presque tous les domaines de la vie quotidienne et à tout âge. Alors que le premier a fait l'objet de politiques publiques depuis cinquante ans, la seconde est apparue beaucoup plus récemment dans le débat public et n'a longtemps pas été abordée car la santé ne s'entendait qu'au sens physique du terme.

Si les travaux de la commission d'enquête ont permis de dresser de nombreux constats communs dans les deux domaines, leurs différences n'en demeurent pas moins notables, comme le rappelle le rapport de la commission d'enquête afin de séparer les deux thématiques par respect pour les patients.

La commission d'enquête a organisé 10 semaines d'auditions, 47 auditions et tables rondes lors desquelles 112 personnes ont été entendues. 11 députés membres de la commission d'enquête ont effectué 20 visites de terrain dans des établissements médico-sociaux et des établissements de santé. Avec le rapporteur, nous avons également reçu 18 contributions d'organismes ainsi que de nombreux témoignages de familles.

Un déplacement a également été organisé en Belgique le 5 novembre 2025 afin d'étudier l'inclusion scolaire dans l'enseignement scolaire belge francophone. Il a été l'occasion d'avoir une approche comparative entre les deux pays sur ce sujet essentiel, tant la scolarité des élèves en situation de handicap peut être complexe pour eux, mais aussi pour leurs parents, leurs enseignants et leurs accompagnants.

Sur le volet de la santé mentale, un très grand nombre de constats sont similaires à ceux déjà effectués dans le rapport de la mission d'information sur la prise en charge des urgences psychiatriques dont j'étais co-rapportrice avec Mme Sandrine Rousseau.

L'état des lieux et le diagnostic ont été faits à l'identique dans les différents rapports et missions parlementaires. La santé mentale se dégrade particulièrement chez les jeunes et les personnes âgées.

Les parcours sont complexes et le manque de professionnels est crucial et inégalement réparti.

En 2025, la santé mentale a été déclarée Grande cause nationale par M. Michel Barnier et M. François Bayrou. C'était une source d'espoir mais les résultats ont été déceptifs malgré la feuille de route de l'ancien ministre de la santé M. Yannick Neuder.

Cette Grande cause est reconduite pour 2026. Nous devons profiter de cette nouvelle opportunité pour mettre en œuvre rapidement des actions concrètes.

La multiplicité des dispositifs rend peu lisible le parcours de soins. La mise en œuvre de « *Mon Parcours Psy* » en deux phases a permis à nombre de personnes d'accéder à un professionnel et d'être prises en charge ou réorientées. Le système est critiqué alors qu'il est un maillon utile dans la chaîne des soins. Il est essentiel de renforcer les moyens existants et de valoriser les expérimentations positives pour mieux répondre aux besoins.

Concernant le volet handicap, le chemin est rempli d'obstacles pour les familles et manque de lisibilité. Il nécessite, comme le préconise le rapporteur, de :

- simplifier les démarches ;
- coordonner les dispositifs ;
- évaluer et capitaliser sur des nouvelles pratiques ;
- donner des orientations nationales et les décliner dans les territoires selon les besoins ;
- décloisonner le sanitaire et le médico-social ;
- favoriser l'inclusion scolaire, l'insertion dans l'emploi, l'accès au logement ;
- recenser au niveau national les données des MDPH ;
- rendre tous les métiers du soin plus attractifs.

Cela permettra à chaque personne en situation de handicap d'être accompagnée par des aides humaines ou matérielles au prorata de sa situation et tout au long de la vie en s'assurant de la portabilité de celles-ci. Certaines actions sont communes aux personnes avec des troubles de santé mentale ou avec un handicap, mais leur déclinaison est parfois différente.

Repérer, diagnostiquer, traiter, accompagner de façon simple, lisible et coordonnée pour faciliter la vie au quotidien des familles est une priorité dont les actions doivent se retrouver dans une programmation pluriannuelle, en s'appuyant sur les conclusions de cette commission d'enquête et celles des multiples rapports existants.

INTRODUCTION

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 études et enquêtes sanitaires montrent un état alarmant de la santé mentale, notamment des jeunes, alors que l'accès aux soins est rendu très difficile par le manque de soignants qui est particulièrement marqué en psychiatrie. En matière de handicap, les besoins augmentent également, avec un nombre toujours croissant de nos concitoyens sollicitant un droit auprès des maisons départementales des personnes handicapées (MDPH), un nombre croissant d'élèves en situation de handicap bénéficiant d'une ouverture de droit à un accompagnant (AESH) ou encore de personnes de plus de 50 ans en situation de handicap, alors que les capacités de prise en charge ne suivent pas, ou très difficilement. Les moyens humains et financiers mis en œuvre sont pourtant considérables.

Grande cause nationale 2025, la santé mentale a pu bénéficier d'une certaine publicité qui contribue à déstigmatiser les maladies mentales et la psychiatrie. Cette prise de conscience était néanmoins déjà amorcée grâce à certaines prises de parole publiques contribuant à réduire les tabous, à l'instar du témoignage de Nicolas Demorand. Cette « conscientisation » est enfin le corolaire logique d'une problématique croissante. De même, dans le champ du handicap, la mise en lumière de parcours d'athlètes engagés à l'occasion des Jeux olympiques et paralympiques de Paris 2024, et certaines initiatives entrepreneuriales comme Café Joyeux ont contribué à changer le regard porté sur les personnes concernées dans un mouvement plus long et plus diffus lié au « virage inclusif ».

Cependant, cette évolution culturelle qu'il faut saluer ne suffit pas à combler l'écart immense entre la promesse républicaine d'inclusion dans la vie ordinaire et la réalité. Cette dissonance est renforcée par le choix de politiques aux slogans volontaristes tels « zéro sans solution », « réponse accompagnée pour tous », « 50 000 solutions » ... qui se fracassent sur le mur des réalités vécues par des milliers de nos concitoyens et de leurs familles. Quant à la grande cause nationale,

certains professionnels ne manquent pas de railler la faiblesse de sa mise en œuvre en la renommant « la grande causerie nationale ».

Le rapprochement du champ de la santé mentale et de celui du handicap reposait sur l'idée que, bien que distincts, 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. Les difficultés d'accès aux soins en santé mentale, les tensions qui affectent la psychiatrie, les obstacles persistants à l'accessibilité, à l'inclusion scolaire ou à l'accompagnement des personnes en situation de handicap convergent vers le constat que malgré des avancées législatives importantes et l'action de professionnels très engagés, les réponses publiques n'ont pas suivi l'évolution des besoins. Les familles font face à des délais trop longs, des démarches complexes et des parcours discontinus. Les professionnels doivent composer avec un mode d'organisation qui peine à répondre aux exigences contemporaines. L'ensemble génère des situations d'impasse, une charge accrue pour les proches, et une perte de chance pour les personnes concernées.

Dans ce contexte, la commission n'a pas été créée pour chercher et désigner des responsables individuels ni pour dresser un réquisitoire. Elle a été au contraire conçue comme un outil de compréhension et d'action. Son objectif principal n'est pas de souligner ce qui ne fonctionne pas, mais de tenter d'éclairer et d'identifier les marges de progression possibles et de distinguer ce qui relève d'un manque de moyens, d'un problème d'organisation, d'incohérences institutionnelles ou de contraintes structurelles. Il s'agit d'un travail de mise en ordre et de cohérence, qui cherche à comprendre pourquoi tant d'efforts, tant de moyens financiers, produisent encore des effets insuffisants. Le but est de proposer des orientations utiles, réalistes et compatibles avec un contexte budgétaire exigeant, dans lequel toute recommandation doit être solidement justifiée.

L'un des fils conducteurs de ce 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 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. 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 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.

Le présent rapport s'organise autour de cette ambition. Il dresse d'abord le constat des difficultés rencontrées par les personnes, les familles, les professionnels et les institutions. Il analyse ensuite les causes de ces défaillances, qu'elles tiennent à l'organisation, au financement, à la gouvernance ou au manque de données fiables permettant un pilotage efficace. Enfin, il propose des orientations pour refonder une politique publique plus cohérente et davantage orientée vers la recherche de résultats, fondée sur la prévention, l'accompagnement et l'investissement social. En somme, une politique moins verbeuse, moins en dissonance, mais plus porteuse de réponses et d'une trajectoire crédible pour les personnes concernées.

C'est dans cet esprit que la commission a conduit ses travaux, et c'est dans cet esprit que s'inscrit le présent 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.

RECOMMANDATIONS DU RAPPORTEUR

Il n'est pas aisé de se prémunir de la tentation d'énumérer une longue liste de recommandations dont l'application serait probablement contrariée par l'absence de volonté politique, et plus certainement encore par les contraintes budgétaires de court terme. Il est  g alement nécessaire de comprendre les réticences des professionnels devant constamment gérer des urgences et se retrouvant en difficulté sur des évolutions perçues comme descendantes et peu opérationnelles. L'adhésion est une condition centrale de la conduite du changement, et elle passe avant tout par celle des personnes concernées, en situation de handicap ou faisant face à des problèmes de santé mentale. Les associations sont les premières actrices des évolutions, et sont déjà au co ur de ce mouvement pr  nant la culture du résultat dans nos politiques publiques.

En ce sens, le rapporteur souhaite limiter ses préconisations à quelques chantiers qu'il estime prioritaires, sans qu'ils épuisent l'impérieuse nécessité d'un changement de paradigme. La question de l'impact et de l'évaluation doit ainsi être plac e  au premier rang des évolutions à porter. Ce profond changement culturel ne doit pas être compris dans une logique d'optimisation et de rationalisation à marche forc e , mais dans une volonté d'efficacité et de dépassement du carcan de l'annualité budgétaire, où chaque euro paraît souvent enfermé dans le budget d'un ministère ou d'un niveau de collectivité.

Les premières victimes de ces interminables querelles pour savoir « qui paie », qui « est responsable » sont les personnes devant être soutenues, les structures qui les accompagnent et la vision d'une société plus inclusive et fraternelle.

- **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 co ur de l'action publique pour orienter rapidement les investissements là o u ils sont les plus efficaces, notamment en prévention et accompagnement précoce.

Créer une Agence nationale de l'étude d'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 syst m atiquement 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.

- **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 actuel 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.

- **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.

Reconnaitre 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 (CPOM)** ainsi que leur fonction d'instrument de la réorganisation de l'offre.

- **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.

PREMIÈRE PARTIE : UNE PRISE EN CHARGE COÛTEUSE MAIS DÉFAILLANTE

Malgré des moyens importants consacrés à la prise en charge de la santé mentale et du handicap, la prise en charge des personnes en souffrance psychique est très insuffisante et les défaillances dans la prise en charge du handicap sont criantes. Au coût des politiques publiques de prise en charge de la santé mentale et du handicap s'ajoute le coût de leurs défaillances : coût en termes de qualité de vie et de pertes de chances pour les personnes concernées et coût pour les finances publiques.

I. DES CONSTATS PRÉOCCUPANTS ET UNE RÉPONSE PUBLIQUE INCERTAINE

Le constat statistique de la situation de la santé mentale et du handicap en France illustre l'inadéquation des politiques publiques avec les ambitions qu'elles affichent.

A. LA SANTÉ MENTALE EN FRANCE, UNE CATASTROPHE ANNONCÉE MALGRÉ LE VOLONTARISME AFFICHÉ DES POUVOIRS PUBLICS

La santé mentale en France présente un tableau très inquiétant, tant au regard de l'exposition particulière de certaines catégories de la population que des perspectives d'évolution qui se dessinent. L'action des pouvoirs publics ne semble pas à la hauteur de la situation.

1. L'état très dégradé de la santé mentale en France

a. Des données peu satisfaisantes

Les troubles de la santé mentale recouvrent un champ large d'altérations du comportement et de l'état cognitif des personnes, et leur périmètre fait donc l'objet de définitions concurrentes. Les notions de mal-être, de détresse psychologique et de troubles psychiatriques constituent un continuum relativement flou, opposé à la bonne santé mentale, et au sein duquel des troubles de natures et de gravités très distinctes coexistent. La classification internationale des maladies de l'Organisation mondiale de la santé (OMS) les regroupe, dans une perspective clinique, en plusieurs sous-ensembles aux prévalences très variables. Les plus fréquemment constatés sont ainsi les troubles anxieux et les troubles dépressifs, loin derrière lesquels se retrouvent les troubles bipolaires, les troubles post-traumatiques, la schizophrénie, les troubles de l'alimentation, les troubles dyssociaux du comportement (ou troubles des conduites) ou les troubles

neurodéveloppementaux⁽¹⁾. La ventilation des troubles par prévalence telle qu'estimée à l'échelle mondiale par l'OMS et l'*Institute for Health Metrics and Evaluation* (IHME) est illustrative de cette diversité.

Troubles de la santé mentale ventilés par nature à l'échelle mondiale en proportion du total estimé en 2023	
Troubles anxieux	37,6 %
Troubles dépressifs	25,8 %
Trouble du déficit de l'attention/hyperactivité	6,9 %
Troubles du développement intellectuel	5,5 %
Troubles du spectre autistique	4,2 %
Trouble dyssocial du comportement	3,2 %
Trouble bipolaire	2,9 %
Schizophrénie	2,2 %
Troubles de l'alimentation	1,4 %
Autres troubles de la santé mentale	10,3 %

Source : IHME, [Global Health Data Exchange \(GHDx\)](#), consulté le 22 octobre 2025.

Lecture : les troubles anxieux représentent 37,6 % de l'ensemble des troubles au niveau mondial.

Les données relatives aux troubles mentaux sont lacunaires et malaisées à exploiter. Ainsi que le relevait lors de son audition M. Sébastien Ponnou, professeur des universités en sciences de l'éducation et responsable du laboratoire commun Eole⁽²⁾ de l'université Paris 8, « *les données de prévalence sur les troubles mentaux manquent cruellement, en France comme au niveau international ; et quand elles existent, elles sont peu précises* »⁽³⁾. M. Thomas Wanecq, directeur de la recherche, des études de l'évaluation et des statistiques, relevait en ce sens que si « *les troubles de la santé mentale les plus fréquents sont très bien documentés* », l'appréhension des troubles les plus graves pâtit « *d'un manque de données qui n'est ni scandaleux ni totalement sans espoir* »⁽⁴⁾. **Cette carence est accentuée par la récurrence des difficultés de diagnostic inhérentes aux troubles de la santé mentale**, lesquelles grèvent les capacités de production de chiffres fiables. Les différences de vues entre professionnels de santé constituent ainsi une difficulté particulière pour la production de données épidémiologiques⁽⁵⁾. **Enfin, la forte hétérogénéité des troubles de la santé mentale constitue un obstacle majeur à**

(1) World Health Organization, [ICD-11 for Mortality and Morbidity Statistics](#), 2025.

(2) Observatoire épidémiologique et clinique de l'enfant et de l'adolescent : psychiatrie, handicap, protection de l'enfance.

(3) Audition du mercredi 3 septembre 2025, compte rendu n°2.

(4) Audition du mercredi 17 septembre 2025, compte rendu n°11.

(5) Jean-Baptiste Hazo, audition du mercredi 17 septembre 2025, compte rendu n°11.

la constitution de statistiques d'ensemble, tant les critères diagnostiques varient d'une pathologie à l'autre.

En l'état de l'art, les données disponibles pour la France sont issues, pour l'essentiel, de deux sources. La première réside dans les enquêtes par questionnaire réalisées ou diligentées par les administrations et organisations publiques compétentes. Elles ont, alternativement, des objets plus précis ou plus larges que le périmètre global des troubles de la santé mentale en population générale, mais elles présentent d'importantes garanties méthodologiques. Les principales sont les suivantes :

- l'étude Enabee, conduite depuis 2021 par Santé publique France, qui cible le bien-être et la santé mentale des enfants de 3 à 11 ans ;
- l'enquête EnCLASS, menée depuis 2018 par l'École des hautes études en santé publiques (EHESP) et l'Observatoire français des drogues et des tendances addictives (OFDT), qui se concentre sur la santé mentale des collégiens et lycéens en France hexagonale ;
- l'enquête CoviPrev de Santé public France, qui porte, depuis 2020, sur l'évolution des comportements et de la santé mentale dans le contexte particulier de l'épidémie de covid-19 puis conséutivement à celle-ci ;
- l'enquête EpiCov, mise en place par l'Institut national de la santé et de la recherche médicale (Inserm) et la direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (Drees) dans une perspective généraliste, qui porte sur les conditions de vie de la population entre 2020 et 2022 ;
- les baromètres généralistes de Santé publique France, portant depuis 1992 sur les opinions et habitudes en lien avec la santé.

Les bases médico-administratives, dont le système national des données de santé (SNDS), les données relatives aux passages aux urgences, les données de SOS Médecins et les données relatives aux causes médicales de décès constituent une seconde source. Si ces ensembles ne permettent pas de produire des statistiques exhaustives sur les troubles de la santé mentale, ils présentent cependant des garanties de fiabilité fortes.

S'ajoutent à ces deux sources principales de nombreux autres sondages et baromètres aux modalités d'administration diverses, dont les résultats sont fréquemment cités et médiatisés mais peuvent, pour certains, présenter d'importants biais méthodologiques. Ils permettent d'esquisser un tableau d'ensemble, mais leur forte hétérogénéité impose un traitement de leurs résultats au cas-par-cas.

b. Une prévalence et une dynamique inquiétantes

La prévalence des troubles de la santé mentale en France fait l'objet d'estimations concurrentes, qui s'accordent toutefois pour dresser un constat particulièrement préoccupant.

La dernière édition du baromètre de Santé publique France, qui n'était pas encore publiée lors des travaux de la commission, est éclairante : **un adulte sur six déclare avoir connu un épisode dépressif caractérisé au cours des douze mois précédents, quand 6 % des adultes déclarent avoir souffert d'un trouble anxieux au cours de la même période**⁽¹⁾. Également inquiétante, la dernière vague de l'enquête CoviPrev, réalisée en septembre 2023, identifie des signes d'état dépressif chez 16 % des personnes interrogées, et des signes d'un état anxieux chez 23 % d'entre eux⁽²⁾. S'agissant des pensées suicidaires, dans le cadre de l'enquête EpiCov, en 2022, 3,4 % des adultes déclaraient en avoir eu au cours des douze derniers mois⁽³⁾. **En 2022, 9 200 suicides ont été constatés, pour un taux brut national de 13,4 suicides pour 100 000 habitants**⁽⁴⁾.

La plupart de ces variables évoluent à la hausse, en particulier depuis 2020. Mme Sarah Sauneron, directrice générale adjointe de la santé, s'est voulue explicite sur ce point lors de son audition : « **la crise sanitaire du covid a constitué un véritable tournant, en provoquant une dégradation nette et durable de l'état de santé mentale de la population française. Elle a en effet entraîné une hausse significative des troubles anxieux, des troubles dépressifs, des troubles du sommeil ainsi que des idées suicidaires** »⁽⁵⁾. L'enquête CoviPrev menée en 2023 par Santé publique France mesure ainsi une hausse de cinq points pour l'anxiété et de six points pour les états dépressifs par rapport à 2019, quand la consolidation des résultats des baromètres successifs de Santé publique France dessine une trajectoire en forte progression sur le long cours s'agissant des états dépressifs caractérisés⁽⁶⁾, symptomatique de l'évolution de la prévalence des troubles de la santé mentale.

(1) *Audition du mardi 9 septembre 2025, compte rendu n°4.*

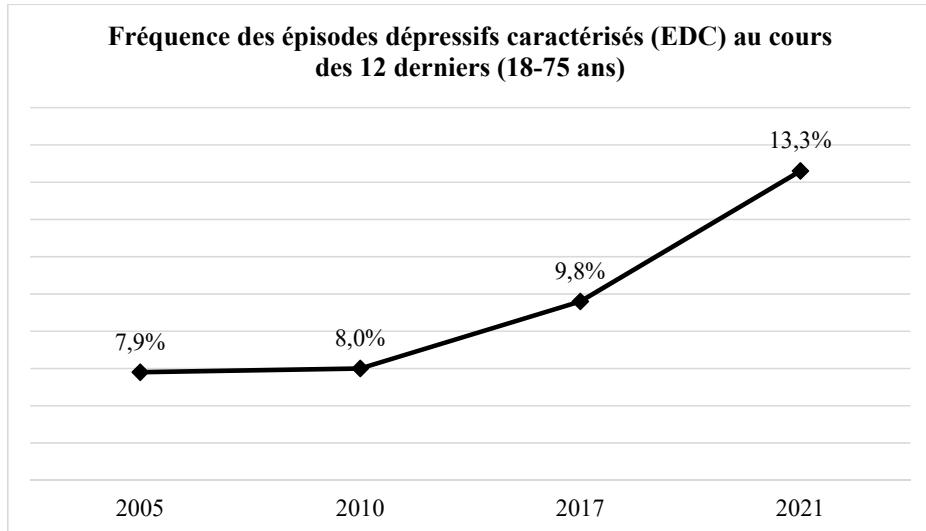
(2) Santé publique France, « [Comment évolue la santé mentale des Français](#) », *Résultats de la vague 37 de l'enquête CoviPrev*, 22 novembre 2023.

(3) DREES, Études et résultats, « [Santé mentale : un état des lieux au regard de la situation financière, de l'orientation sexuelle et des discriminations subies](#) », juin 2025.

(4) Observatoire national du suicide (ONS), [6^{ème} rapport](#), février 2025.

(5) *Audition du mercredi 10 septembre 2025, compte rendu n°6.*

(6) Santé publique France, « [Prévalence des épisodes dépressifs en France chez les 18-85 ans : résultats du Baromètre santé 2021](#) », 10 novembre 2022.



Source : Santé publique France, « [Prévalence des épisodes dépressifs en France chez les 18-85 ans : résultats du baromètre santé 2021](#) », 10 novembre 2022.

Lecture : en 2005, 7,9 % des personnes âgées de 18 à 75 ans souffraient d'EDC.

Ce dynamisme constaté par les enquêtes statistiques est aussi mesuré par les acteurs de l'offre de soin. M. Charles Guépratte, directeur général de la Fédération des établissements hospitaliers et d'aide à la personne privés non lucratifs (Fehap) constatait ainsi une « *hausse très marquée* » de la demande de soins en psychiatrie et santé mentale ⁽¹⁾, quand M. Florian Porta Bonete, chef de service au centre hospitalier Charles-Perrens de Bordeaux, faisait part lors de son audition d'un accroissement de 25 % de l'activité du service des urgences psychiatriques de Bordeaux depuis 2020 ⁽²⁾.

L'évolution globalement haussière des troubles de la santé mentale en France est cependant très différenciée. Ainsi, si l'on observe « *une augmentation assez nette du ressenti de certains symptômes d'ordre psychiatrique : morosité, anxiété, troubles du sommeil ou, plus inquiétant, idées suicidaires* », on ne relève « *pas davantage de schizophrénies ou de troubles bipolaires qu'auparavant* » ⁽³⁾. Au sein du secteur privé lucratif, la Fédération des cliniques psychiatriques privées (FHP-Psy) mesure une stabilité du volume des pathologies traditionnellement prises en charge à l'hôpital, quand les « *pathologies émergentes* » sont en forte progression ⁽⁴⁾. Un point de tempérament a cependant été apporté à ces constats lors des auditions, un léger biais de volume pouvant résulter d'une moindre stigmatisation des soins psychiatriques ⁽⁵⁾.

(1) *Audition du mercredi 24 septembre 2025, compte rendu n°16.*

(2) *Audition du mardi 23 septembre 2025, compte rendu n°13.*

(3) *Ibid.*

(4) *Audition du mercredi 24 septembre 2025, compte rendu n°16.*

(5) *Audition du mardi 23 septembre 2025, compte rendu n°13.*

Enfin, ces chiffres doivent être complétés par la prise en compte des pathologies somatiques liées. Exemple éclairant, le syndrome métabolique, caractérisé par une hypertension artérielle, une obésité et des anomalies glycémiques et lipidiques, connaît une variation de prévalence très significative chez les personnes souffrant de certains troubles : alors qu'il affecte 10 % de la population générale, il frappe 20 % des personnes souffrant de troubles bipolaires, 24 % des personnes souffrant de schizophrénie, et 38 % des personnes atteintes de dépression résistante⁽¹⁾. Les maladies cardiovasculaires et le cancer sont ainsi les premières causes de mortalité des personnes atteintes de troubles psychiatriques, dont la prévalence est renforcée par rapport à la population générale par de plus importants retards de diagnostic⁽²⁾ et par le recours à des traitements à risques⁽³⁾. Mme Catherine Grenier, médecin-conseil de la Caisse nationale d'assurance maladie (Cnam) indique : « *Il y a une véritable intrication entre les trois grands enjeux de santé publique en France : le cancer, la santé mentale et les maladies cardiovasculaires. Ces pathologies sont souvent liées les unes aux autres car elles ont en commun des facteurs de risque, évitables ou non.* »⁽⁴⁾.

c. Une inégale exposition aux troubles de la santé mentale

Tant la prévalence que la nature des troubles de la santé mentale varient considérablement selon des facteurs de mieux en mieux identifiés. Ainsi, « *les différentes analyses réalisées chez les plus de 18 ans ont mis en évidence des disparités marquées selon l'âge, la situation professionnelle, le niveau d'études et la composition des ménages* », les femmes présentant globalement une santé mentale plus dégradée que celle des hommes⁽⁵⁾, quoique des variations très différentes puissent être mesurées selon les indicateurs choisis. **Les femmes sont ainsi considérablement plus touchées par les états anxieux** (18,2 % contre 6,4 % pour les hommes, soit une prévalence 2,8 fois supérieure)⁽⁶⁾ **et les états dépressifs caractérisés** (15,6 % contre 9,3 % pour les hommes)⁽⁷⁾, **quand les hommes se suicident beaucoup plus fréquemment** (20,8 pour 100 000 hommes, contre 6,4 pour 100 000 femmes, soit une fréquence 3,3 fois supérieure)⁽⁸⁾. Au surplus, certains facteurs d'exposition particuliers sont genrés ; il en va ainsi de la dépression post-partum qui concerne 25 % des femmes⁽⁹⁾. De façon attendue, **la situation financière constitue un déterminant majeur**. Les personnes s'autodéclarant en difficulté financière sont beaucoup plus exposées aux troubles anxieux (3,1 fois plus pour les hommes 1,8 fois plus pour les femmes), aux états

(1) *Audition du mercredi 3 septembre 2025, compte rendu n°2.*

(2) *Ibid.*

(3) *Audition du 9 octobre 2025, compte rendu n°28.*

(4) *Audition du mardi 9 septembre 2025, compte rendu n°4.*

(5) *Mme Caroline Semaille, audition du mercredi 10 septembre 2025, compte rendu n°6.*

(6) *Santé publique France, « [Prévalence des états anxieux chez les 18-85 ans : résultats du Baromètre Santé publique France \(2017-2021\)](#) », 6 octobre 2025.*

(7) *Santé publique France, « [Prévalence des épisodes dépressifs en France chez les 18-85 ans : résultats du Baromètre santé 2021](#) », 10 novembre 2022.*

(8) *Observatoire national du suicide (ONS), [6ème rapport](#), février 2025.*

(9) *Audition du mercredi 3 septembre 2025, compte rendu n°3.*

dépressifs caractérisés (2,2 fois plus, sans variation de genre significative) et aux tentatives de suicide (2,6 fois plus, sans variation de genre significative) que les personnes aisées⁽¹⁾.

Si le genre, l'âge et la situation financière constituent les principaux axes de variation transversaux, d'autres paramètres ont été mesurés par la Drees au moyen des données de l'enquête EpiCov, démontrant que **l'orientation sexuelle et l'exposition aux discriminations constituent également des paramètres déterminants**. Les personnes homosexuelles ou bisexuelles sont ainsi 1,7 fois plus exposés aux syndromes dépressifs que les personnes hétérosexuelles, quand les personnes victimes de discriminations le sont 2,3 fois plus que celles qui ne le sont pas⁽²⁾.

Les personnes faisant l'objet d'autres vulnérabilités particulières sont aussi confrontées plus fréquemment à des troubles de la santé mentale. S'agissant de la grande précarité, « *les études épidémiologiques mettent en évidence une prévalence nettement supérieure des troubles psychiques chez les personnes en rue : pour les troubles psychotiques, le taux est de 20 % contre 1 % à 2 % dans la population générale ; pour les symptômes dépressifs, 46 % contre 11 % ; pour les traumas et les pathologies post-traumatiques, 30 % contre 2 % à 3 %* »⁽³⁾. Si un sens de causalité est malaisé à déterminer en l'espèce, la corrélation n'en est pas moins significative. **Les personnes en situation de handicap sont également bien plus exposées – quoique de manière fort différenciée selon la nature de leur handicap – aux troubles de la santé mentale.** Les facteurs de vulnérabilité que sont la dépression, les stigmatisations, les violences ou encore l'isolement majorent considérablement le risque suicidaire. Les personnes concernées par des troubles du spectre autistique sont à cet égard particulièrement exposées : les personnes diagnostiquées Asperger ont par exemple 9,6 fois plus de chances d'avoir des idées suicidaires, et 35 % d'entre elles déclarent avoir déjà mis en place des scénarios suicidaires⁽⁴⁾. Dans de moindres proportions, les personnes sourdes et malentendantes déclarent 2,5 fois plus de tentatives de suicides que la population générale⁽⁵⁾.

La prévalence des troubles de la santé mentale en France est enfin structurée par d'importantes variations géographiques, à la fois macroscopiques et microscopiques. **En premier lieu, le caractère rural ou urbain du lieu de vie constitue un facteur structurant pour les hommes.** Par exemple, en France hexagonale et en Corse, le fait de vivre dans une zone urbaine ou dans

(1) Santé publique France, « [Prévalence des pensées suicidaires et tentatives de suicide chez les 18-85 ans en France : résultats du Baromètre santé 2021](#) », 26 février 2024.

(2) DREES, Études et résultats, « [Santé mentale – un état des lieux au regard de la situation financière, de l'orientation sexuelle et des discriminations subies](#) », juin 2025.

(3) Mme Florence Louppe, Audition du mercredi 24 septembre 2025, compte rendu n°17.

(4) Sarah Cassidy et al., « [Suicidal ideation and suicide plans or attempts in adults with Asperger's syndrome attending a specialist diagnostic clinic: a clinical cohort study](#) », Volume 1, Issue 2.

(5) Réponses écrites de la Direction générale de la santé (DGS) consécutives à l'audition du mercredi 10 septembre 2025.

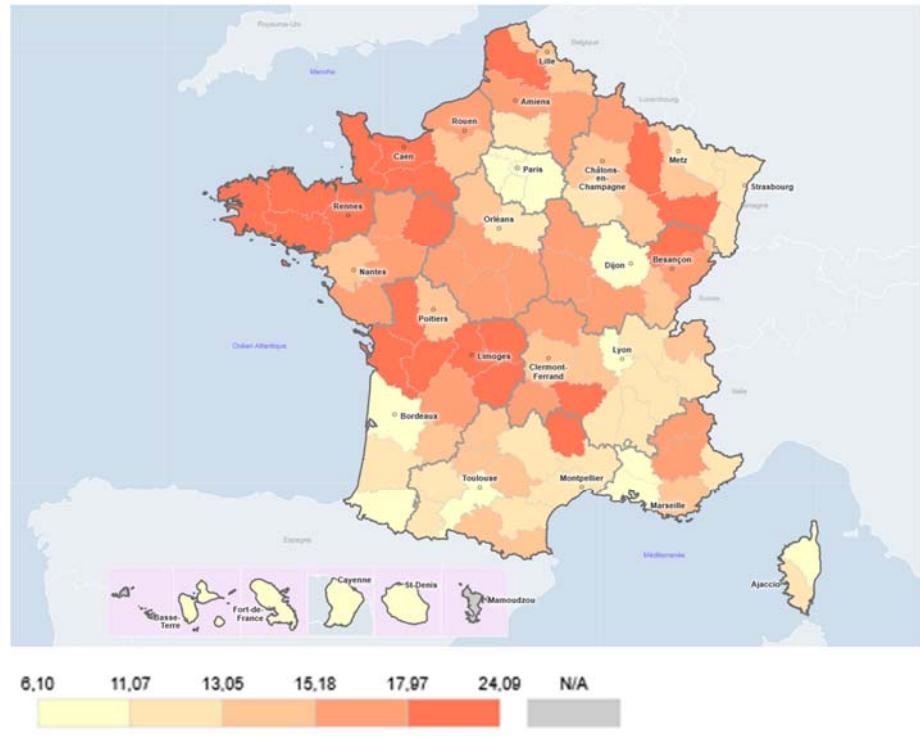
l'agglomération parisienne augmente respectivement de 1,5 et de 1,4 fois les chances pour les hommes de souffrir d'un épisode dépressif caractérisé (quand cette variable est neutre pour les femmes)⁽¹⁾. Mme Marion Leboyer, professeure de psychiatrie et directrice générale de la fondation Fondamental indiquait sur ce point que « *le nombre de patients est deux fois plus élevé en ville qu'à la campagne, probablement en raison d'une multiplicité de facteurs que nous sommes en train d'analyser, parmi lesquels l'urbanicité, la pollution ou encore le stress* »⁽²⁾. **En second lieu, les départements et régions d'outre-mer apparaissent particulièrement exposés, notamment s'agissant des états dépressifs.** La proportion de jeunes en souffrant y est estimée à hauteur de 39 %, quand elle l'est à hauteur de 29 % dans l'ensemble du pays. La Guyane (50 %) la Martinique (44 %) et Mayotte (43 %) sont particulièrement touchées⁽³⁾. **En troisième lieu, d'importantes variations entre départements peuvent être mesurées sur plusieurs indicateurs, notamment s'agissant de la mortalité par suicide.** La cartographie construite dans le cadre de l'Atlas de la santé mentale en France le met en évidence.

(1) Santé publique France, « [Prévalence des épisodes dépressifs en France chez les 18-85 ans : résultats du Baromètre santé 2021](#) », 10 novembre 2022.

(2) Audition du mercredi 3 septembre 2025, compte rendu n°[2](#).

(3) Institut Montaigne, Mutualité française et Institut Terram, « [Santé mentale des jeunes de l'Hexagone aux Outre-mer – Cartographie des inégalités](#) », septembre 2025.

Taux standardisé ⁽¹⁾ de mortalité par suicide par département



Source : Institut de recherche et documentation en économie de la santé (Irdes), Institut national de la statistique et des études économiques (INSEE), via le [Système d'information inter-régional en santé \(Sirsé\)](#), consulté le 23 octobre 2025.

Lecture : dans les Pyrénées-Atlantiques, le taux standardisé de mortalité par suicide est compris entre 6,10 et 11,07 pour 100 000.

d. La forte dégradation de la santé mentale des jeunes

Variable structurante quant aux disparités de prévalence de certains troubles de la santé mentale, l'âge polarise à sa première extrémité les variations de certains indicateurs. **Les jeunes de 18 à 24 ans sont ainsi particulièrement touchés par les épisodes dépressifs** (20,8 %, contre 12,5 % chez les 18-85 ans selon le baromètre Santé publique France) ⁽²⁾ et **les pensées suicidaires** (7,2 %, contre 4,2 % chez les 18-85 ans, selon la même source) ⁽³⁾, quand ils affichent une prévalence

(1) Taux tel qu'il serait observé dans le territoire étudié si celui-ci avait la même structure démographique que l'ensemble de la population de référence.

(2) Santé publique France, « [Prévalence des épisodes dépressifs en France chez les 18-85 ans : résultats du Baromètre santé 2021](#) », 10 novembre 2022.

(3) Santé publique France, « [Prévalence des pensées suicidaires et tentatives de suicide chez les 18-85 ans en France : résultats du Baromètre santé 2021](#) », 26 février 2024.

légèrement inférieure à la moyenne s'agissant des états anxieux⁽¹⁾. **Chez les jeunes de 15 à 29 ans, la sous-déclaration des troubles de la santé mentale apparaît très forte** : quand ils ne sont que 14 % à s'auto-déclarer en mauvaise santé mentale, l'administration du questionnaire standardisé de référence permet de déterminer que 25 % d'entre eux souffrent en fait probablement de dépression⁽²⁾. Pour les plus jeunes, l'étude Enabee réalisée en 2022 permet d'estimer que **8 % des 3-6 ans souffrent probablement d'un trouble de la santé mentale**⁽³⁾. S'agissant des 6-11 ans, près d'un enfant sur dix présente un trouble probable de la santé mentale, et **un enfant scolarisé en école élémentaire sur cinq a déjà consulté un professionnel de la santé mentale**⁽⁴⁾. Sur la tranche d'âge intermédiaire, un tiers des collégiens déclarent avoir déjà consulté un psychiatre, selon les résultats de l'enquête EnCLASS⁽⁵⁾, quand **24 % des lycéens déclarent avoir eu des pensées suicidaires au cours des 12 derniers mois et 13 % avoir déjà fait une tentative de suicide**⁽⁶⁾.

La différenciation genrée d'exposition est extrêmement marquée parmi eux, les jeunes filles étant nettement plus vulnérables que les jeunes garçons. Dans la tranche d'âge des 6-11 ans, l'étude Enabee identifie ainsi une prévalence du trouble émotionnel probable légèrement plus élevée chez les filles, quand la prévalence des troubles du comportement est plus marquée chez les garçons⁽⁷⁾. C'est cependant surtout lors de l'adolescence qu'un écart se creuse. **Au collège, les filles sont ainsi 3,1 fois plus exposées à des risques importants de dépression que les garçons** (21,4 % contre 6,9 %) ; au lycée elles le sont 2,8 fois plus (22,7 % contre 8,0 %). Des écarts de même ordre sont mesurés par l'enquête EnCLASS s'agissant des comportements suicidaires des lycéens, aussi bien pour les pensées suicidaires (30,9 % contre 17,4 % chez les garçons, soit un rapport de 1,8) que pour les tentatives (17,4 % contre 8,4 % chez les garçons, soit un rapport de 2,1)⁽⁸⁾. Entre 18 et 24 ans, d'importants écarts perdurent pour les troubles anxieux (les jeunes femmes y sont 3,3 fois plus exposées)⁽⁹⁾, les épisodes dépressifs caractérisés (les

(1) Santé publique France, « [Prévalence des états anxieux chez les 18-85 ans : résultats du Baromètre Santé publique France \(2017-2021\)](#) », 6 octobre 2025.

(2) Institut Montaigne, Mutualité française et Institut Terram, « [Santé mentale des jeunes de l'Hexagone aux Outre-mer – Cartographie des inégalités](#) », septembre 2025.

(3) Santé publique France, « [Santé mentale des enfants de 3 à 6 ans : Santé publique France publie de nouveaux résultats de l'étude Enabee](#) », consulté le 24 octobre 2025.

(4) Audition du mardi 9 septembre 2025, compte rendu n°4.

(5) Audition du mardi 23 septembre 2025, compte rendu n°15.

(6) Santé publique France, « [La santé mentale et le bien-être des collégiens et lycéens en France hexagonale – Résultats de l'enquête ENCLASS 2022](#) », 9 avril 2024.

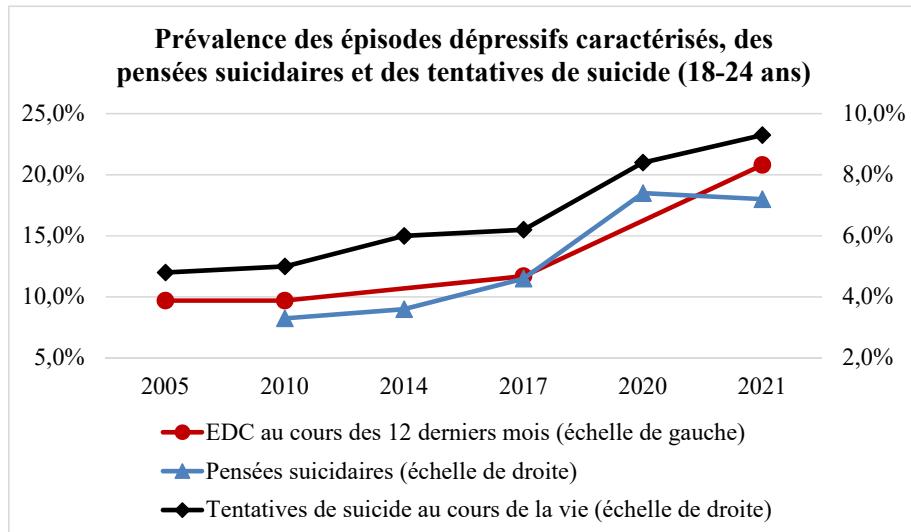
(7) Santé publique France, « [Premiers résultats de l'étude Enabee sur le bien-être et la santé mentale des enfants de 6 à 11 ans en France métropolitaine](#) », 20 juin 2023.

(8) Santé publique France, « [La santé mentale et le bien-être des collégiens et lycéens en France hexagonale – Résultats de l'enquête ENCLASS 2022](#) », 9 avril 2024.

(9) Santé publique France, « [Prévalence des états anxieux chez les 18-85 ans : résultats du Baromètre Santé publique France \(2017-2021\)](#) », 6 octobre 2025.

jeunes femmes y sont 1,7 fois plus exposées⁽¹⁾, et les tentatives suicidaires au cours de l'année écoulée (elles concernent 6,7 fois plus souvent des femmes)⁽²⁾.

Ces constats, dressés au cours des dernières années, s'inscrivent dans une trajectoire de forte dégradation de la santé mentale des jeunes. Est ainsi constatable « une dégradation de la santé mentale des Français en comparaison avec la période pré-covid » chez les jeunes notamment, pour qui les indicateurs « se maintiennent à un niveau élevé : ils ne redescendent pas au niveau d'avant la pandémie »⁽³⁾. **Le taux brut de décès par suicide avant 24 ans a ainsi progressé de 18 % entre 2019 et 2022**⁽⁴⁾, et les tentatives de suicide connaissent une hausse « spectaculaire » chez les jeunes filles⁽⁵⁾. M. Sébastien Bisac, pédopsychiatre au groupe hospitalier universitaire (GHU) Paris psychiatrie et neurosciences, résume cette évolution : « **on assiste effectivement à une explosion des passages à l'acte, en particulier chez les jeunes filles** »⁽⁶⁾. Sur chacun des principaux indicateurs disponibles dans le cadre des baromètres Santé publique France, la trajectoire est semblable.



Source : calculs sur la base des données de Santé publique France.

Lecture : en 2005, 4,8 % des 18-24 ans avaient déjà fait une tentative de suicide au cours de leur vie.

(1) Santé publique France, « [Prévalence des épisodes dépressifs en France chez les 18-85 ans : résultats du Baromètre santé 2021](#) », 10 novembre 2022.

(2) Santé publique France, « [Prévalence des pensées suicidaires et tentatives de suicide chez les 18-85 ans en France : résultats du Baromètre santé 2021](#) », 26 février 2024.

(3) Mme Caroline Semaille, audition du mardi 9 septembre 2025, compte rendu n°4.

(4) Réponses écrites de la direction générale de la santé (DGS) consécutives à l'audition du mercredi 10 septembre 2025.

(5) M. Bruno Falissard, audition du mercredi 10 septembre 2025, compte rendu n°6.

(6) Audition du mercredi 24 septembre 2025, compte rendu n°16.

Cette dégradation se mesure également à l'aune de la consommation médicamenteuse. Ainsi, « *la consommation d'antidépresseurs chez les jeunes a augmenté de plus de 60 % entre 2019 et 2023* »⁽¹⁾. Les données disponibles sur les passages aux urgences complètent ce tableau dramatique : « *en 2023, 500 jeunes femmes âgées de 15 à 19 ans sur 100 000 ont été hospitalisées pour des gestes auto-infligés, ce qui représente une hausse de 46 % par rapport à 2017* »⁽²⁾. **Le rapporteur fait part de sa grande préoccupation à cet égard, et s'alarme des perspectives que dessine cette trajectoire.**

Les causes de cette évolution semblent d'ores-et-déjà pour partie identifiables. Si la crise sanitaire de la pandémie de covid-19 a « *joué un rôle d'accélérateur* », l'augmentation des troubles et donc des besoins de prise en charge de la santé mentale des plus jeunes la précède⁽³⁾. **La littérature scientifique accorde avec consensus un rôle déterminant à l'évolution des usages des réseaux sociaux**, facteur susceptible d'expliquer tout à la fois les effets de genre et d'âge mesurés⁽⁴⁾. Une commission d'enquête parlementaire portant sur les effets psychologiques du réseau social TikTok sur les mineurs a d'ailleurs rendu ses conclusions en septembre 2025, constatant notamment des « *effets dévastateurs sur la santé mentale des mineurs, encore insuffisamment documentés* »⁽⁵⁾. Plus largement, un grand nombre d'hypothèses sont avancées pour expliquer une dynamique qui semble multifactorielle. Sont ainsi évoquées « *l'exposition aux réseaux sociaux, les considérations sur le climat [et] le confinement* »⁽⁶⁾, « *l'économie, la géopolitique, avec les conflits et les attentats, et les questions sociétales* »⁽⁷⁾, ou encore la pression scolaire et la consommation de substances toxiques⁽⁸⁾. Si des travaux de recherche sont en cours sur la question, la nécessité d'études longitudinales interdit pour l'heure toute réponse définitive.

e. La particulière vulnérabilité des plus âgés

À l'instar des jeunes, les personnes âgées sont particulièrement exposées aux troubles de la santé mentale. Si les plus de 65 ans sont la tranche d'âge qui déclare le moins d'épisodés dépressifs caractérisés⁽⁹⁾, de pensées suicidaires et de tentatives de suicide⁽¹⁰⁾, le nombre de décès par suicide s'accroît brutalement au-delà de 85 ans. **Le taux de suicide des personnes âgées de 85 à**

(1) M. Thomas Fatôme, *audition du mardi 9 septembre 2025, compte rendu n°4*.

(2) Mme Sarah Sauneron, *audition du mercredi 10 septembre 2025, compte rendu n°6*.

(3) M. Jérôme Antonini, *audition du mercredi 24 septembre 2025, compte rendu n°16*.

(4) *Audition du mercredi 3 septembre 2025, compte rendu n°2*.

(5) Laure Miller, *Rapport fait au nom de la commission d'enquête sur les effets psychologiques de TikTok sur les mineurs*, septembre 2025.

(6) Mme Ingrid Gillaizeau, *audition du mardi 9 septembre 2025, compte rendu n°4*.

(7) Mme Sarah Sauneron, *audition du mercredi 10 septembre 2025, compte rendu n°6*.

(8) *Audition du mercredi 24 septembre 2025, compte rendu n°19*.

(9) Santé publique France, « *Prévalence des épisodes dépressifs en France chez les 18-85 ans : résultats du Baromètre santé 2021* », 10 novembre 2022.

(10) Santé publique France, « *Prévalence des pensées suicidaires et tentatives de suicide chez les 18-85 ans en France : résultats du Baromètre santé 2021* », 26 février 2024.

94 ans est ainsi de 35 pour cent mille, soit près du triple de celui de la population générale⁽¹⁾, faisant des hommes âgés « la catégorie qui se suicide le plus »⁽²⁾.

Outre le fait que ses gestes suicidaires sont considérablement plus létaux⁽³⁾, cette population est particulièrement exposée à de fortes altérations des conditions de vie (perte de mobilité et d'autonomie, maladie, veuvage, solitude et isolement, etc.), et doit donc faire l'objet d'une vigilance particulière s'agissant des troubles de la santé mentale dans leur ensemble. M. Florian Porta Bonete insistait à cet égard lors de son audition : « *Il convient de militer pour la psychiatrie de la personne âgée, qui est une discipline magnifique. Elle demande des compétences somatiques ; c'est une psychiatrie très fine. Il s'agit d'un sujet essentiel, dont on ne parle pas assez* ».

Le rapporteur constate que l'état dégradé de la santé mentale des personnes âgées est néanmoins invisibilisé, tant dans le traitement médiatique de la santé mentale que dans l'action publique afférente. Cette invisibilisation est favorisée par l'isolement des personnes âgées les plus exposées et par l'intrication avec d'autres pathologies, mais elle repose aussi sur la persistance de représentations sociales biaisées chez les personnes âgées elles-mêmes et dans l'ensemble de la population⁽⁴⁾.

2. Des politiques de la santé mentale pourtant ambitieuses

a. L'organisation générale des politiques de la santé mentale en France

Les politiques publiques de la santé mentale ont, en France, une longue histoire que les travaux des historiens de la folie ou de la psychiatrie permettent de retracer⁽⁵⁾. D'abord envisagées par le seul prisme de la psychiatrie, les premières politiques de la santé mentale avaient vocation à prendre en charge l'aliénation mentale, en s'organisant autour du modèle de l'asile. La loi du 30 juin 1838 crée ainsi dans chaque département un asile pour les aliénés. Cette conception prévaut très largement jusqu'à la première guerre mondiale, de laquelle naît une remise en question de la représentation héréditaire de la folie, des troubles mentaux étant massivement apparus chez des personnes considérées comme saines d'esprit. Ce constat impose la prise en charge de ceux qui sont alors désignés comme des « petits mentaux », souffrant de troubles perçus comme plus légers. La circulaire du 13 octobre 1937, qui met en œuvre la politique de santé mentale du Front populaire, prolonge l'évolution : elle crée des dispensaires avec consultations externes, généralise les services libres d'observation et traitement, crée des services sociaux

(1) *Audition du mercredi 10 septembre 2025, compte rendu n°6.*

(2) *Audition du mercredi 17 septembre 2025, compte rendu n°11.*

(3) *Observatoire national du suicide (ONS), 6^{ème} Rapport, février 2025.*

(4) *Voir notamment Giordana, Roelandt, Porteaux, [La santé mentale des personnes âgées : prévalence et représentations des troubles psychiques](#), 2010.*

(5) *Hervé Guilemain, Rencontres du Comité d'histoire des administrations chargées de la santé (CHAS), « [Quelle histoire pour la santé mentale ?](#) », 20 mars 2025.*

dans les hôpitaux publics et amorce le développement de la psychiatrie infantile⁽¹⁾. La seconde guerre mondiale conduit à une autre rupture, marquée par l'intensification de la critique du modèle asilaire, et le développement renforcé des soins hors les murs. La politique de sectorisation en est l'aboutissement, concrétisée par la circulaire du 15 mars 1960 qui énonce un objectif de désinstitutionnalisation⁽²⁾. L'après-guerre voit également intervenir un autre changement profond : le recours aux médicaments (neuroleptiques, antidépresseurs et lithium notamment) s'accroît fortement et se diffuse *via* les médecins généralistes⁽³⁾.

Après la loi du 31 décembre 1985 relative à la sectorisation psychiatrique, qui consacre cette modalité organisationnelle, **la circulaire du ministre Claude Evin, en date du 14 mars 1990, introduit la notion de santé mentale en définissant un périmètre d'action plus large que la seule prise en charge des maladies mentales**⁽⁴⁾. S'agissant des soins contraints, la loi du 27 juin 1990 relative aux droits et à la protection des personnes hospitalisées en raison de troubles mentaux consacre notamment le principe de l'hospitalisation libre. Elle est complétée vingt ans plus tard par la loi du 5 juillet 2011, qui substitue la notion de « soins sans consentement » à celle d'« hospitalisation sans consentement », et par la loi du 27 septembre 2013. Enfin, la loi du 26 janvier 2016 de modernisation du système de santé parachève cette évolution en inscrivant dans la loi l'extension des politiques de santé publique des « maladies mentales » à la « santé mentale » dans son ensemble. À cette fin, le secteur est remis en question comme outil exclusif.

Le cadre législatif des politiques de la santé mentale qui en résulte trouve sa clef de voûte dans l'article L. 3221-1 du code de la santé publique, qui dispose que « *la politique de la santé mentale comprend des actions de prévention, de diagnostic, de soins, de réadaptation et de réinsertion sociale* », et qu'elle est mise en œuvre par des acteurs variés dont notamment « *les établissements de santé autorisés en psychiatrie, des médecins libéraux, des psychologues et l'ensemble des acteurs de la prévention, du logement, de l'hébergement et de l'insertion* ». **Le rôle pilote de l'agence régionale de santé (ARS) dans le déploiement des politiques de la santé mentale est consacré** dans le titre *ad hoc* du même code, qui complète les dispositions relatives aux missions et compétences de l'ARS⁽⁵⁾. Elle est ainsi chargée d'organiser les soins et parcours en santé mentale et de garantir leur accessibilité, de s'assurer du déploiement du projet territorial de santé (voir *infra*), d'organiser un dispositif d'urgence psychiatrique ou encore de coordonner le soutien et l'accompagnement des familles et des proches aidants des personnes faisant l'objet de soins psychiatriques en établissement de santé.

(1) Ibid.

(2) Cour des comptes, « [L'organisation des soins psychiatriques : les effets du plan « psychiatrie et santé mentale » 2005-2010](#) », 20 décembre 2011.

(3) Hervé Guilemain, Rencontres du Comité d'histoire des administrations chargées de la santé (CHAS), « [Quelle histoire pour la santé mentale ?](#) », 20 mars 2025.

(4) Journal officiel de la République française en date du 3 avril 1990, [Circulaire du 14 mars 1990 relative aux orientations de la politique de santé mentale](#).

(5) Articles L. 1431-1 à L. 1431-4 du code de la santé publique.

Ces politiques reposent sur l'intervention de professionnels très diversifiés. Quatre catégories doivent être distinguées en particulier s'agissant des soins en santé mentale :

- les **psychiatres**, titulaires du diplôme d'État de docteur en médecine et ayant opté, au cours de leur formation, pour une spécialisation en santé mentale ;
- les **psychologues**, qui ne sont pas des professionnels de santé mais sont titulaires d'une licence et d'un master en psychologie, rattachés aux sciences humaines⁽¹⁾, et peuvent se voir reconnaître la qualité de « psychologues cliniciens » lorsqu'ils ont obtenu un master de psychopathologie ;
- les **psychothérapeutes**, qui sont des médecins ou des psychologues ayant suivi une formation en psychopathologie clinique d'au moins 400 heures et ont effectué un stage pratique en établissement de santé ou médico-social⁽²⁾ ;
- les **psychanalystes**, dont le titre ne fait pas l'objet d'une protection juridique particulière, mais qui doivent être reconnus par une école de psychanalyse au terme d'une formation d'une dizaine d'années.

Outre ces quatre catégories, de nombreux professionnels concourent à la prise en charge des troubles de la santé mentale, à l'instar des infirmiers de pratique avancée (IPA), des ergothérapeutes, des orthophonistes, des psychomotriciens, des éducateurs, des assistants sociaux ou des médiateurs de santé-pairs (MSP).

Les médecins généralistes occupent une place de première ligne dans la prise en charge des troubles de la santé mentale. M. Pierre de Maricourt, chef de service à l'hôpital Sainte-Anne soulignait ainsi lors de son audition que « *les données montrent que 25 % à 30 % des files actives des généralistes sont constituées de patients qui les consultent pour des problèmes de santé mentale* »⁽³⁾. Les médecins généralistes consultés dans ce but ont une fonction d'orientation, tant vers les psychiatres que vers les psychologues⁽⁴⁾, mais aussi une fonction de traitement direct. Sur ce point, Mme Marie Daudé, directrice générale de l'offre de soins, relevait lors de son audition que « *73 % des personnes présentant une dépression sont traitées par leur médecin généraliste* »⁽⁵⁾.

Les soins en santé mentale se structurent, en principe, selon une gradation en trois niveaux progressifs, qui vise à garantir une prise en charge optimale des patients tout en garantissant une allocation optimale des ressources humaines et matérielles disponibles par le filtrage et la bonne orientation selon la nature des besoins. Le premier niveau correspond ainsi aux soins primaires,

(1) Décret n° 90-255 du 22 mars 1990 fixant la liste des diplômes permettant de faire usage professionnel du titre de psychologue.

(2) Décret n° 2010-534 du 20 mai 2010 relatif à l'usage du titre de psychothérapeute.

(3) Audition du mercredi 3 septembre 2025, compte rendu n°3.

(4) Audition du mardi 9 septembre 2025, compte rendu n°4.

(5) Audition du mardi 9 septembre 2025, compte rendu n°5.

auxquels concourent de fait médecins généralistes et infirmiers libéraux, les premiers assurant 76 % des premières consultations pour trouble psychiatrique⁽¹⁾. Le second niveau concerne les soins spécialisés, qui relèvent de la psychiatrie générale, notamment sectorisée. Enfin, le troisième niveau est constitué des soins surspécialisés, assurés en particulier par les centres experts. Cependant, *de facto*, les interactions entre ces niveaux de prise en charge ne sont pas exemptes de chevauchements, et l'insertion des psychologues libéraux dans cette organisation reste à clarifier (voir *infra*).

La gradation des soins se superpose avec une tripartition de l'offre de prise en charge, partagée entre secteurs associant établissements publics et privés non-lucratifs, prise en charge non sectorisée composée d'établissements publics et privés, et prise en charge exclusivement ambulatoire en cabinet libéral. La première catégorie, qui résulte donc d'un long processus historique, est régie par l'article L. 3221-3 du code de la santé publique et répond à trois objectifs : la mise à disposition d'un recours en soins psychiatriques assurés par des équipes pluriprofessionnelles, l'accessibilité territoriale et financière de ces soins, et leur continuité dans le temps, notamment pour les patients aux parcours complexes. Chaque secteur a pour cela vocation à couvrir une zone d'environ 80 000 habitants, en associant psychiatres, psychologues et infirmiers. Les actes ambulatoires dans ce cadre reposent, à 61 %, sur les centres médico-psychologiques (CMP)⁽²⁾, structures généralistes à vocation pluridisciplinaire. Cette catégorie est complétée par une offre non sectorisée dont la diversité s'est accrue, à la faveur du développement des établissements privés lucratifs, qui demeurent minoritaires (4 % des établissements en 2023, contre 80 % pour le public et 15 % pour le privé non-lucratif) mais dont la part dans les capacités de prise en charge à temps partiel a quadruplé en quinze ans⁽³⁾, et du renforcement de la psychiatrie non-sectorisée dans les centres hospitaliers généraux (CHG) et universitaires (CHU). Dans l'ensemble des établissements de santé, 84 % des prises en charge prennent désormais une forme ambulatoire, soit une progression de 2 points en 6 ans⁽⁴⁾.

b. Les hautes ambitions affichées en matière de santé mentale

Partant du constat de défaillances anciennes et d'une dégradation de la santé mentale, de nombreux dispositifs d'intervention aux portées diverses ont vu le jour au cours des dix dernières années.

Les trois programmes d'action pluriannuels de la Haute Autorité de santé (HAS), initiés en 2013, ont donné un cadre à l'évolution des politiques de la santé mentale. Le premier, qui a couvert la période 2013-2017, s'est concentré sur trois thèmes vastes : la prise en charge des troubles dépressifs, les parcours des personnes en situation de handicap psychique, et les droits et la sécurité en

(1) Ibid.

(2) Drees, « [Les établissements de santé en 2023](#) », juillet 2025.

(3) Ibid.

(4) En 2023, calculs sur la base des données publiées par la Drees.

psychiatrie. Ayant fait l'objet d'un bilan positif, il a été suivi d'un second programme pluriannuel, désormais quinquennal (2018-2023). S'inscrivant dans la continuité des travaux qui l'ont précédé, celui-ci a étendu son périmètre à la pédopsychiatrie ainsi qu'à des thèmes complémentaires précis tels que l'incidence du contexte de la pandémie de 2019 ou l'interaction avec la précarité. Un troisième programme pluriannuel a vu le jour en 2025, avec l'objectif annoncé d'« *améliorer durablement et significativement le repérage, le diagnostic et la prise en charge, en particulier pour les troubles les plus sévères et les plus invalidants* », notamment par la création de référentiels de bonnes pratiques⁽¹⁾.

Parallèlement au développement des travaux pluriannuels de la HAS, la coordination de l'action gouvernementale s'est structurée. D'abord, **à partir de 2018, une feuille de route de la santé mentale et de la psychiatrie a vu le jour, aux fins notamment de proposer une approche complète et transversale des politiques de la santé mentale**. Structurée en 53 actions, elle s'organise en 3 axes : la promotion du bien-être mental et la prévention de la souffrance psychique et du suicide, la coordination et la garantie des parcours des soins, et l'amélioration des conditions de vie et d'inclusion sociale des personnes en situation de handicap. Ensuite, **la fonction de Délégué ministériel à la santé mentale et à la psychiatrie a été créée par décret du 29 avril 2019**. Chargé de mettre en œuvre la stratégie nationale en faveur de la santé mentale et de la psychiatrie et de s'assurer de son déploiement dans les territoires en accompagnant les évolutions nécessaires, le Délégué ministériel coordonne depuis lors la feuille de route.

Les récentes évolutions des politiques de la santé mentale ont affecté un grand nombre de périmètres, de façon différenciée :

• **s'agissant de la prévention du suicide, un numéro national de prévention du suicide, le 3114, a été mis en place en 2021.** Offrant une permanence assurée par des professionnels de santé ou des psychologues, il est accessible vingt-quatre heures sur vingt-quatre et sept jours sur sept, et permet le déclenchement d'interventions d'urgence si nécessaire. Ouvert aux personnes en détresse ou à leur entourage, il reçoit plus de 1 000 appels par jour⁽²⁾. **Par ailleurs, le dispositif VigilanS a fait l'objet d'une généralisation progressive.** Consistant en un suivi par recontact téléphonique des personnes hospitalisées pour tentative de suicide, il s'organise en trois temps : à la sortie de l'hôpital, entre dix et vingt jours après, et au bout de six mois. Sa première évaluation, conduite par Santé publique France, conclue à une réduction de près de 40 % du risque de réitération⁽³⁾. **Cependant, une politique de prévention d'ensemble en santé mentale fait encore défaut** (voir *infra*).

(1) Mme Claire Compagnon, *Audition du 9 octobre 2025, Compte rendu n°28*.

(2) *Audition du mardi 9 septembre 2025, compte rendu n°4*.

(3) Santé publique France, *[« Évaluation d'efficacité de VigilanS de 2015 à 2017, dispositif de prévention de la réitération suicidaire »](#)*, 23 janvier 2024.

• s'agissant de la territorialisation des politiques publiques, les projets territoriaux de santé mentale (PTSM) créés par la loi du 26 janvier 2016 en ont été la « meilleure matérialisation »⁽¹⁾. Avec les conseils locaux de santé mentale (CLSM), ils ont vocation à faciliter l'accès à la prise en charge en santé mentale et à décloisonner les politiques publiques menées localement. Ils sont mis en œuvre par les professionnels et établissements compétents, les agences régionales de santé (ARS) étant chargées de s'en saisir si l'initiative est insuffisante⁽²⁾. Après une première génération mise en place à compter de 2018, ils ont fait en 2024 l'objet d'une évaluation positive à l'occasion d'un « tour de France » du Délégué interministériel à la santé mentale et la psychiatrie, qui a identifié des axes d'amélioration⁽³⁾.

• s'agissant de l'innovation dans la prise en charge des troubles de la santé mentale, un fond *ad hoc* a été créé en 2019 : le Fonds d'innovation organisationnelle de la psychiatrie (Fiop). Ayant vocation à financer des projets novateurs en matière d'organisation pendant une durée de trois ans, il a déjà financé 268 projets, pour un montant global de 288 millions d'euros⁽⁴⁾. Il fait cependant l'objet de critiques s'agissant des capacités d'évaluation qui lui sont associées et de son périmètre⁽⁵⁾. Son interaction avec le dispositif dit « article 51 » relatif à l'innovation organisationnelle issu de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2018 est aussi questionné⁽⁶⁾ (voir *infra*).

De manière transversale, les Assises de la santé mentale et de la psychiatrie, qui se sont tenues en 2021 sous le haut patronage du Président de la République, ont mis en lumière les enjeux de la santé mentale au sortir de l'épidémie de covid-19. Complétées par les volets consacrés à la santé mentale au sein des Assises de la pédiatrie et de la santé de l'enfant de 2024 et des Assises de la santé scolaire de 2025, elles ont notamment débouché sur le dispositif « Mon psy », devenu « Mon soutien psy ». Permettant le remboursement de 12 séances d'accompagnement psychologique par an, il a abouti à la prise en charge de 586 858 patients depuis 2022, au cours de 3,1 millions de séances⁽⁷⁾. Toutefois, ce dispositif présente également de nombreuses failles, s'agissant tant de la diversité de ses bénéficiaires que du suivi qu'il permet d'assurer (voir *infra*).

Dans le prolongement des Assises, la désignation de la santé mentale comme « grande cause nationale » de l'année 2025 par le Premier ministre Michel Barnier a suscité des espoirs. Quatre objectifs prioritaires ont été énoncés dans cette perspective : déstigmatiser les troubles psychiques, développer la

(1) M. Franck Bellivier, audition du mercredi 3 septembre 2025, compte rendu n°3.

(2) Article L. 3221-2 du code de la santé publique.

(3) Délégation ministérielle à la santé mentale et la psychiatrie, [Rapport du tour de France des projets territoriaux de santé mentale \(PTSM\)](#), 7 octobre 2024.

(4) Audition du mardi 9 septembre 2025, compte rendu n°5.

(5) Audition du mercredi 24 septembre 2025, compte rendu n°16.

(6) Audition du mercredi 24 septembre 2025, compte rendu n°18.

(7) Direction de la sécurité sociale et Délégation ministérielle à la santé mentale et la psychiatrie, [Rapport du Gouvernement au Parlement évaluant le dispositif « Mon soutien psy »](#), 27 mars 2025.

prévention et le repérage précoce, améliorer l'accès aux soins sur l'ensemble du territoire, et mieux accompagner les personnes concernées dans leur vie quotidienne. **Mais, pour l'heure, force est de constater qu'aucune avancée significative ne résulte de cette « grande cause ».** L'attention publique portée aux troubles de la santé mentale a certes été renforcée, mais des mesures concrètes font défaut. M. Charles Guépratte, directeur général de la Fédération des établissements hospitaliers et d'aide à la personne privés non lucratifs (Fehap), le résumait lors de son audition : « *cela nous a donné beaucoup d'espoir, mais, en réalité, il ne s'est pas passé grand-chose* »⁽¹⁾.

Le rapporteur exprime pour sa part une grande réserve quant à la matérialisation de la « grande cause nationale », et estime qu'au regard de la situation dramatique de la santé mentale en France, des déclarations d'intentions non suivies d'effets ne peuvent constituer une politique satisfaisante. Il porte donc un regard sceptique sur l'annonce, faite au mois de juin 2025, d'un plan de refonte de la psychiatrie dépourvu d'échéancier et de planification financière et d'objectifs qualitatifs.

B. ENTRE LA SITUATION MATÉRIELLE DES PERSONNES EN SITUATION DE HANDICAP ET LES DROITS QUI LEUR SONT RECONNUS, UNE DISSONANCE PERSISTANTE

Les données disponibles sur la situation matérielle des personnes en situation de handicap mettent en évidence leur surexposition persistante à des vulnérabilités économiques, à des difficultés sociales et même à la violence. Le décalage de ces constats avec les droits que reconnaît la loi aux personnes handicapées et les annonces répétées des pouvoirs publics est donc saisissant.

1. Le handicap en France : un enfermement dans la vulnérabilité

a. L'enjeu central de la définition du handicap

La variété et l'hétérogénéité des situations de handicap font peser sur leur définition un enjeu crucial, tout en complexifiant l'identification d'un périmètre opérant. Plusieurs définitions concurrentes se confrontent, en se fondant sur des critères distincts.

- La définition des Nations Unies, inscrite en préambule de la Convention internationale relative aux droits des personnes handicapées (CIDPH), fonde le handicap sur **une interaction entre des personnes présentant des incapacités et des barrières comportementales et environnementales faisant obstacle à une participation égale et effective à la société**. Elle adopte donc une perspective large, et s'inscrit dans un modèle interactionnel – selon les termes du *e*) de son préambule, le handicap naît d'une confrontation et ne relève pas, par essence, de l'individu qui le porte.

(1) *Audition du mercredi 24 septembre 2025, compte rendu n°16.*

• La définition retenue par l'Organisation mondiale de la santé (OMS) précise que le handicap naît d'une limitation relative à l'autonomie, à l'école ou à l'emploi dont l'origine peut être congénitale, liée à l'âge ou accidentelle⁽¹⁾. Si cette définition reste large – elle englobe explicitement les diminutions physiques comme mentales et passagères comme définitives –, et adopte une perspective plus clinique.

• **La loi du 11 février 2005, clef de voûte de la reconnaissance des droits des personnes en situation de handicap en France, retient un périmètre sensiblement plus restrictif. Elle limite notamment le handicap à l'existence d'une altération « substantielle, durable ou définitive »⁽²⁾.** En optant pour une caractérisation qui n'est pas absolue, elle entend s'inscrire dans un modèle dit « social », à l'instar de la définition de la CIDPH. M. Pierre-Yves Baudot, professeur de sociologie, relevait lors de son audition qu'« *en ce sens, une personne en fauteuil est handicapée non pas parce qu'elle a perdu l'usage de ses jambes mais parce qu'elle se trouve face à un escalier et non à un plan incliné, par exemple* »⁽³⁾. Si cette lecture présente d'évidentes limites et avait suscité un vif débat lors des travaux parlementaires ayant précédé l'adoption de la loi, **elle est désormais moins contestée pour sa dimension interactionnelle que pour sa restriction, qui affecte l'accès à certains droits** (voir *infra*).

• **Le guide-barème introduit par le décret du 4 novembre 1993⁽⁴⁾, qui prévalait avant 2005, avait mis en place un mécanisme de chiffrage additionnable de l'incapacité**, résultant historiquement de l'évaluation des dommages consécutifs aux accidents du travail et de la prise en charge des invalides de guerre⁽⁵⁾. Par l'intermédiaire de dispositions modifiées en 2007 et figurant désormais à l'annexe 2-4 du code de l'action sociale et des familles, il sert toujours de référence dans certaines procédures, comme celle relative à la détermination du taux d'incapacité permanente, critère d'attribution de l'allocation adulte handicapé (AAH).

• Enfin, dans le champ du travail, le droit français fait reposer la définition du handicap sur le constat d'une invalidité partielle ou complète, mesurée par la possibilité d'occuper et de conserver un emploi en cas d'altération physique, sensorielle, mentale ou psychique⁽⁶⁾.

(1) OMS, *Principaux repères*, « [Handicap](#) », consulté le 28 octobre 2025.

(2) Selon l'article L. 114 du code de l'action sociale et des familles, modifié par la loi du 11 février 2005, « *Constitue un handicap, toute limitation d'activité ou restriction de participation à la vie en société subie dans son environnement par une personne en raison d'une altération substantielle, durable ou définitive d'une ou plusieurs fonctions physiques, sensorielles, mentales, cognitives ou psychiques, d'un polyhandicap ou d'un trouble de santé invalidant* ».

(3) *Audition du mercredi 3 septembre 2025, compte rendu n°3*.

(4) *Décret n° 93-1216 du 4 novembre 1993 relatif au guide-barème applicable pour l'attribution de diverses prestations aux personnes handicapées et modifiant le code de la famille et de l'aide sociale, le code de la sécurité sociale*.

(5) *Audition du mercredi 3 septembre 2025, compte rendu n°3*.

(6) *Article L. 5213-1 du code du travail*.

Ces définitions, qui sont « *intrinsèquement incohérentes et, surtout, incompatibles entre elles* »⁽¹⁾, coexistent pourtant dans une large mesure dans la mise en œuvre des politiques du handicap. Exemple démonstratif, l'accès des enfants à la prestation de compensation du handicap (PCH), créée par la loi du 11 février 2005, est légalement conditionné depuis 2010 à la satisfaction des critères d'éligibilité à l'allocation d'éducation de l'enfant handicapé, qui s'inscrit dans la perspective du guide-barème de 1993⁽²⁾.

De fait, la pluralité et la concurrence des définitions résultent de la forte hétérogénéité qu'impose le regroupement des situations de handicap en un ensemble conceptuel unique. M. Jean-François Dufresne, président de l'association Vivre et travailler autrement, soulignait cet écueil lors de son audition par la commission d'enquête : « *La globalisation est un des grands problèmes. « Personne handicapée », ça ne veut rien dire du tout. Quel rapport y a-t-il entre une personne en fauteuil roulant titulaire d'un diplôme de niveau bac + 8 et mon fils, lourdement handicapé, qui n'est jamais allé à l'école ? Aucun !* »⁽³⁾.

b. Sources statistiques

L'enjeu de la production de statistiques sur les situations de handicap est intriqué avec celui de leur définition, dans la mesure où leur quantification nécessite de l'objectivation⁽⁴⁾. Il est appréhendé par un grand nombre d'acteurs, rassemblés en un groupe des producteurs de données animé par la Drees depuis 2020. Constitué des organismes du système statistique public, de la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA) et des caisses de sécurité sociale, des opérateurs de l'État compétents, ainsi que d'universités et d'organismes de recherche, il a permis la réalisation d'une cartographie des données disponibles⁽⁵⁾.

Les sources statistiques concernant le handicap sont pour l'essentiel de deux natures. D'une part, les données administratives, qui reposent sur la reconnaissance administrative du handicap, et portent *de facto* sur un périmètre restreint. D'autre part, les données d'enquêtes de nature déclarative, qui souffrent de la concurrence des différentes définitions du handicap. Trois critères sont usuellement utilisés pour collecter ces dernières :

- la déclaration d'une limitation fonctionnelle (motricité, mémoire, concentration, organisation, relationnel) ;
- la déclaration de restrictions pour réaliser des actes essentiels du quotidien ;

(1) M. Pierre-Yves Baudot, audition du mercredi 3 septembre 2025, compte rendu n°[3](#).

(2) Article L. 245-1 du code de l'action sociale et des familles.

(3) Audition du 8 octobre 2025, compte rendu n°[26](#).

(4) Audition du mercredi 17 septembre 2025, compte rendu n°[11](#).

(5) Drees, « [Les données statistiques sur le handicap et l'autonomie](#) », 11 février 2021.

- la déclaration de restrictions fortes et durables (d'une durée de plus de six mois) pour effectuer les activités habituelles de la population générale.

La combinaison de ces critères permet de produire des données en fonction des différentes définitions, des plus extensives aux plus restrictives. Le dernier critère déclaratif, en particulier, se fonde sur le GALI (*Global Activity Limitation Indicator*), un indicateur synthétique défini au niveau européen qui permet d'approcher la notion de handicap au sens de la loi du 11 février 2005, en ne distinguant que les altérations fonctionnelles qui sont substantielles, durables ou définitives⁽¹⁾.

Un panorama démographique à plusieurs niveaux peut donc être esquissé en associant plusieurs de ces critères. Sur cette base, des données sont produites et exploitées dans un grand nombre de publications, dont la plus holistique, « Le handicap en chiffre », est réalisée par la Drees depuis 2023. Elle porte notamment sur les champs de l'enfance, de la scolarisation, de la vie à domicile, des établissements et services médicaux-sociaux (ESMS), de l'emploi, du niveau de vie et des prestations sociales.

Subsidiairement, le secteur associatif produit un volume significatif de données relatives au handicap, en se fondant sur des méthodologies diverses. Ces données, qui doivent être considérées au cas-par-cas, complètent parfois utilement la statistique publique, et peuvent obvier à ses carences (voir *infra*).

c. Cadrage démographique

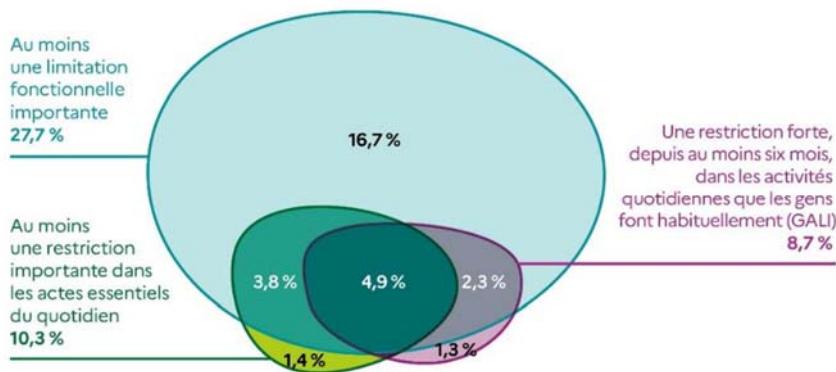
Ainsi, selon le périmètre retenu, entre 5,7 millions et 18,2 millions de personnes handicapées de plus de 5 ans vivent en France hexagonale, en Corse et dans les départements et régions d'outre-mer⁽²⁾. La fréquence des situations de handicap est sensiblement plus élevée dans les départements et régions d'outre-mer, quel que soit l'indicateur mesuré (+ 1,7 point pour les limitations sévères et + 0,5 point pour l'indicateur GALI)⁽³⁾.

(1) *Audition du mercredi 17 septembre 2025, compte rendu n°11.*

(2) Drees, *Le handicap en chiffres*, 3 décembre 2024.

(3) Ibid.

Fréquence des situations de handicap chez les personnes âgées de quinze ans ou plus selon différentes approches

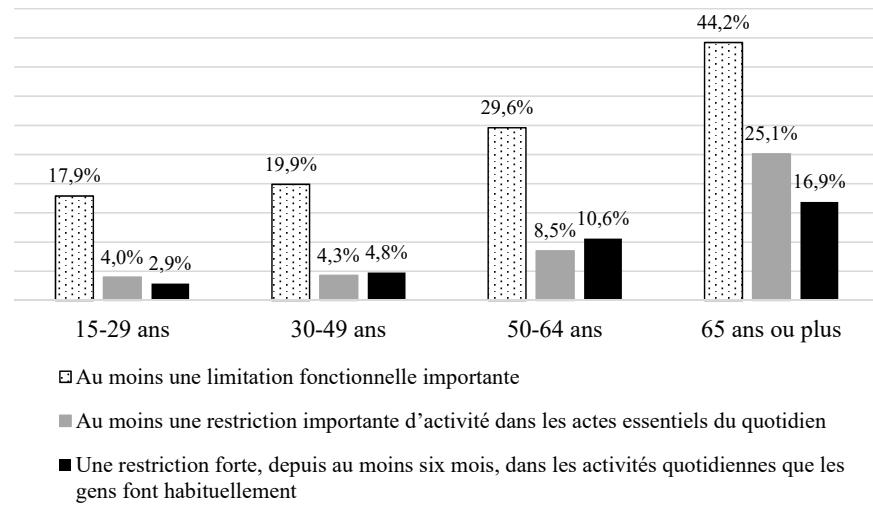


Source : Drees, [Le handicap, différentes approches pour une notion complexe – Premiers résultats de l'enquête Autonomie 2022](#), 14 novembre 2024.

Lecture : 3,8 % des personnes vivant en France hexagonale ou en Corse souffrent à la fois d'au moins une limitation fonctionnelle importante et d'au moins une restriction importante dans les axes essentiels du quotidien.

La répartition des situations de handicap par classe d'âge est très différenciée, la fréquence s'accroissant considérablement avec l'avancement en âge, quelle que soit la définition retenue.

Situations de handicap dans la vie selon la définition et l'âge



Source : Drees, [Le handicap en chiffres](#), 3 décembre 2024.

Lecture : 17,9 % des 15-29 ans souffrent d'au moins une limitation fonctionnelle importante.

Les femmes sont légèrement surreprésentées parmi les personnes en situation de handicap. Elles constituent ainsi 56 % des personnes handicapées au sens de l'indicateur GALI âgées de 16 ans et vivant à domicile, quand elles ne représentent que 52 % de la population générale⁽¹⁾. Ce déséquilibre se mesure sur l'ensemble des indicateurs de limitation, notamment pour les limitations motrices (entre + 1 et + 8 points d'écart lorsque l'âge croît)⁽²⁾.

S'agissant des données administratives, elles complètent utilement ce tableau. Les prestations sociales concernent un grand nombre de personnes : 1,29 million de bénéficiaires pour l'allocation adulte handicapé (AAH), 435 000 pour l'allocation d'éducation de l'enfant handicapé (AEEH), 429 000 pour la prestation de compensation du handicap (PCH), 157 000 pour l'aide sociale à l'hébergement (ASH) ou encore 843 000 pour les pensions d'invalidité de droit direct. Par ailleurs, 141 200 personnes sont hébergées en établissement pour personnes handicapées, et 590 000 le sont en établissement pour personnes âgées⁽³⁾. **À défaut d'autoriser un chiffrage absolu, ces données constituent un faisceau d'indices utile pour mesurer la proportion des personnes en situation de handicap qui bénéficient effectivement de prestations adaptées.**

Enfin, la démographie du handicap entretient des liens forts avec celle des proches aidants, qui représentent près de 9,3 millions de personnes en 2021⁽⁴⁾. À l'instar du handicap, l'aide apportée aux personnes directement concernées peut prendre de nombreuses formes, dont les périmètres sont variables. Ainsi, 5,7 millions de personnes apportent une aide à la vie quotidienne, 6,4 millions de personnes apportent un soutien moral, et 1,3 million apportent une aide financière. Ces populations sont en partie superposées : 30,1 % des proches aidants contribuent sous deux de ces formes et 6,5 % d'entre eux contribuent sous trois de ces formes. Toutes les tranches d'âge sont exposées, mais elles le sont dans des proportions variables. Ainsi, **522 000 mineurs âgés de plus de 5 ans sont proches aidants, soit près d'un enfant ou adolescent sur vingt.** Au sein de la tranche d'âge la plus concernée, celle des 55-64 ans, une personne sur quatre est proche aidant. Les déséquilibres de genre sont également marqués en la matière, **56 % des femmes déclarant être proche aidant, soit une surreprésentation de 4 points par rapport à la population générale.** Cette surreprésentation et particulièrement marquée s'agissant du soutien moral (57,8 %), quand les femmes sont sous-représentées parmi les personnes déclarant apporter une aide financière (48,6 %)⁽⁵⁾. Les biais déclaratifs ne doivent en outre pas être sous-estimés.

(1) INSEE, Femmes et hommes l'égalité en question, « [Handicap et dépendance](#) », 3 mars 2022.

(2) Drees, [Le handicap en chiffres](#), 3 décembre 2024.

(3) Données Drees pour 2022.

(4) Drees, « [9,3 millions de personnes déclarent apporter une aide régulière à un proche en situation de handicap ou de perte d'autonomie en 2021](#) », février 2023.

(5) Ibid.

d. L'exposition particulière des personnes en situation de handicap à un grand nombre de vulnérabilités

Les personnes en situation de handicap sont spécifiquement affectées par des difficultés que ne connaît pas le reste de la population. Au surplus, les personnes handicapées se trouvent davantage exposées à de nombreuses vulnérabilités.

D'abord, les personnes en situation de handicap font face à des discriminations multiformes. **Le handicap constitue ainsi le premier motif de saisine de la Défenseure des droits en matière de discrimination**, représentant 22 % de l'ensemble des procédures. En outre, 15 % des réclamations individuelles relatives aux droits de l'enfant portent sur la santé et le handicap. Les discriminations dont est saisie la Défenseure des droits portent surtout sur le domaine de l'emploi, à hauteur de 21 % pour l'emploi privé et 24 % pour l'emploi public⁽¹⁾. Cela s'inscrit dans le cadre d'une moindre insertion professionnelle, **les personnes en situation de handicap étant considérablement plus exposées à l'inactivité et au chômage que le reste de la population** (voir *infra*). Parmi les 15-64 ans bénéficiant d'une reconnaissance administrative de handicap, seuls 39 % sont en emploi au sens du Bureau international du travail (BIT), contre 68 % de l'ensemble des personnes du même âge, et leur taux de chômage est supérieur de 5 points à celui de la population générale. Elles sont en outre 2,5 fois plus souvent en situation de chômage de longue durée⁽²⁾.

Ce déficit d'insertion constitue le prolongement d'une scolarisation difficile : les élèves handicapés au sens de l'indicateur GALI sont substantiellement plus stressés par le travail (50 % des lycéens et 36 % des collégiens se déclarent très stressés, contre respectivement 28 % et 20 % de l'ensemble des élèves) et se sentent moins soutenus par les autres élèves (22 % des collégiens se sentent très soutenus par leurs camarades, contre 29 % de l'ensemble des élèves). **S'agissant des études supérieures, la part d'étudiants handicapés s'érode dans la longueur** (77 % des étudiants bénéficiant d'une mission handicap sont en licence, 22 % sont en master et 1 % sont en doctorat, contre respectivement 60 %, 38 % et 3 % pour l'ensemble des étudiants)⁽³⁾. Néanmoins, le nombre d'étudiants en situation de handicap progresse sur le long cours, et a été multiplié par sept depuis 2005⁽⁴⁾.

Dans une perspective plus large, les personnes en situation de handicap sont plus fréquemment confrontées à des difficultés d'ordre social. Ainsi, les personnes handicapées au sens de l'indicateur GALI et vivant à domicile vont deux fois moins au cinéma ou dans des lieux culturels, participent un tiers moins à des actions bénévoles ou caritatives, et sont deux fois et demi plus sujettes à un fort sentiment de solitude. **En outre, 29 % des personnes handicapées au sens de l'indicateur**

(1) *Audition du 16 septembre 2025, compte rendu n°7*

(2) *Drees, Le handicap en chiffres*, 3 décembre 2024.

(3) *Ibid.*

(4) *Audition du mardi 14 octobre 2025, compte rendu n°30*.

GALI et vivant à domicile se sentent exclues de la société, contre 10 % de l'ensemble de la population. Elles ne sont que 40 % à se déclarer heureuses la plupart du temps, contre 69 % de l'ensemble la population⁽¹⁾.

De nombreux facteurs intermédiaires semblent pouvoir expliquer ces écarts. En premier lieu, **les personnes handicapées au sens de l'indicateur GALI ont un niveau de vie nettement inférieur à celui la population générale** (parmi elles, 57 % des moins de 60 ans vivent dans un ménage modeste, contre 38 % dans le reste de la population). Elles sont 26 % à vivre sous le seuil de pauvreté, contre 14 % pour les personnes sans handicap⁽²⁾, et 39 % d'entre elles⁽³⁾ se déclarent en situation de privation matérielle et sociale, contre 14 % de la population générale⁽⁴⁾.

Les personnes en situation de handicap sont en outre considérablement plus exposées à toutes les formes de violence. À caractéristiques égales, les personnes s'auto-déclarant en situation de handicap indiquent ainsi plus souvent être victimes de violences physiques ou sexuelles (+ 3 points) notamment au sein de leur ménage (+ 1,2 point), et plus fréquemment encore être victimes de menaces (+ 3,3 points) ou d'injures (+ 4,2 points). Ces écarts sont plus forts encore entre les femmes handicapées et non-handicapées (respectivement + 4,8 points ; + 2,4 points ; + 4,6 points et + 6,7 points). Ces violences entraînent des préjudices physiques plus graves que chez les personnes non-handicapées (+ 21 % de fractures ou blessures visibles et + 50 % de prises en charge médicale). Le cadre médico-social n'est qu'imparfaitement protecteur : s'agissant des violences sexuelles, un tiers de l'ensemble des viols et agressions sexuelles de personnes handicapées mineures enregistrés par les services de sécurité sont commis dans des instituts médico-éducatifs (IME)⁽⁵⁾.

Les personnes handicapées sont enfin plus vulnérables aux troubles de la santé mentale (voir *supra*), et font face à un vieillissement plus difficile. L'appréhension de celui-ci est cependant malaisée à mesurer d'un point de vue administratif compte tenu de l'effacement statistique des personnes âgées porteuses de handicap qui résulte de leur basculement dans le champ du « grand âge »⁽⁶⁾. Si l'espérance de vie des personnes en situation de handicap demeure complexe à déterminer avec précision en raison de nombreuses difficultés méthodologiques et définitionnelles, le constat d'une forte progression sur le long terme est partagé dans la littérature scientifique⁽⁷⁾.

(1) Ibid.

(2) Entre 15 et 59 ans.

(3) Entre 16 et 64 ans.

(4) *La privation matérielle correspond au fait de ne pouvoir ouvrir, pour des raisons financières, les dépenses d'au moins cinq des treize éléments de la vie quotidienne jugés nécessaires ou souhaitables.* Source : Drees, [Le handicap en chiffres](#), 3 décembre 2024.

(5) Drees, « [Les personnes handicapées sont plus souvent victimes de violences physiques, sexuelles et verbales](#) », juillet 2020.

(6) Cour des comptes, [L'accompagnement des personnes en situation de handicap vieillissantes](#), septembre 2023.

(7) Bernard Azéma et Nathalie Martinez, *Revue française des affaires sociales*, « [Les personnes handicapées vieillissantes : espérances de vie et de santé : qualité de vie](#) », février 2005.

Enfin, **les proches aidants sont également surexposés à différentes catégories de vulnérabilités**. Cette surexposition peut résulter de l'investissement chronophage que constitue l'aide apportée à une personne vulnérable. Une étude conduite en 2024 par l'Observatoire social parisien constate en ce sens que 6 proches aidants parisiens sur 10 apportent une aide quotidienne, et 49 % des proches aidants consacrent plus de 20 heures hebdomadaires à la personne aidée⁽¹⁾. Des difficultés professionnelles fréquentes découlent de ces engagements, notamment matérialisées par de plus fréquents arrêts de travail⁽²⁾ et des ruptures de carrières. Un quart des proches aidants en recherche d'emploi indique ainsi avoir dû quitter son précédent emploi à cause de son rôle d'aidant⁽³⁾. Plus globalement, la santé des proches aidants apparaît particulièrement dégradée, et les personnes apportant une aide régulière déclarent moins souvent un bon état de santé que l'ensemble de la population (65,6 % contre 72,3 % de la population générale chez les femmes, et 67,1 % contre 75,5 % chez les hommes)⁽⁴⁾. M. Maëlig Le Bayon, directeur général de la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA), appuyait ce constat lors de son audition : « *Trop souvent, s'agissant des personnes âgées, notamment, des aidants meurent avant les personnes qu'ils aident* »⁽⁵⁾.

2. Les politiques de la prise en charge du handicap reposent pourtant sur la consécration d'un grand nombre de droits

a. Les principaux axes des politiques du handicap

Les politiques publiques du handicap en France sont récentes, bien qu'elles aient été préfigurées par une tradition ancienne d'assistance. Plusieurs jalons peuvent donc être distingués en amont de la structuration et de l'organisation des politiques contemporaines. La loi du 9 avril 1898 en constitue un premier, en reconnaissant un droit à réparation par la mise à la charge de l'employeur d'une indemnisation en cas d'infirmité acquise dans le cadre du travail. La loi du 15 avril 1909, qui crée des classes de perfectionnement pour les « enfants arriérés », amorce, dans un autre registre, l'histoire de l'enseignement spécialisé. Enfin, la loi du 23 novembre 1957 emploie pour la première fois la notion de « travailleur handicapé », et consacre cette qualité en introduisant le principe du travail protégé.

Les deux lois du 30 juin 1975 constituent l'acte de naissance d'une politique publique du handicap, d'une part en fixant le cadre juridique général de l'action publique en la matière, d'autre part en organisant les institutions médico-sociales. La première, « d'orientation en faveur des personnes handicapées », introduit notamment en son article premier la notion « d'obligation nationale » vis-à-vis des personnes handicapées, marquant un basculement lexical

(1) Ville de Paris – Observatoire social parisien, [Les proches aidantes et proches aidants à Paris](#), avril 2025.

(2) France Stratégie, [Engagement des entreprises pour leurs salariés aidants](#), février 2022.

(3) France Travail, [Les demandeurs d'emploi « proches aidants »](#), octobre 2024.

(4) Drees, « [9,3 millions de personnes déclarent apporter une aide régulière à un proche en situation de handicap ou de perte d'autonomie en 2021](#) », février 2023.

(5) Audition du mardi 9 septembre 2025, compte rendu n°4.

de l'assistance vers la solidarité. Elle énonce et consacre des droits appartenant aux personnes handicapées, et formule le principe d'un maintien dans le milieu ordinaire. En outre, de façon pratique, elle crée en ses articles 6 et 14 des commissions départementales chargées de reconnaître les situations de handicap des enfants et la qualité de travailleur handicapé aux adultes. Enfin, elle introduit des prestations sociales depuis pérennisées : l'allocation aux adultes handicapées (AAH), qui garantit un revenu minimum, et l'allocation d'éducation spéciale (AES) – depuis devenue l'allocation d'éducation à l'enfant handicapé (AEEH), qui vise à compenser les dépenses liées au handicap d'un enfant de moins de 20 ans. La seconde loi du 30 juin 1975, « relative aux institutions sociales et médico-sociales », définit les principes applicables aux établissements à destination des personnes en situation de handicap et organise leurs modalités de fonctionnement. C'est dans son prolongement et conformément aux dispositions de la loi d'orientation que sont créées les maisons d'accueil spécialisées (MAS)⁽¹⁾ et les foyers à double tarification (FDT) devenus foyers d'accueil médicalisés (FAM)⁽²⁾. Mais ces avancées sont bornées par une carence majeure : le handicap ne fait alors l'objet d'aucune définition légale.

La loi du 11 février 2005, en définissant le handicap, refonde donc et organise les politiques publiques du handicap. Elle introduit le droit à compensation, et dispose que « *toute personne handicapée a droit à la solidarité de l'ensemble de la collectivité nationale, qui lui garantit, en vertu de cette obligation, l'accès aux droits fondamentaux reconnus de tous les citoyens ainsi que le plein exercice de sa citoyenneté* »⁽³⁾. Ces principes sont déclinés dans un grand nombre de dispositions, qui peuvent être ventilées en quatre grandes thématiques.

• **La compensation du handicap**, d'abord, repose principalement sur la prestation de compensation du handicap (PCH) qui coexiste désormais, dans un objectif différent, avec l'allocation adulte handicapé (AAH) et l'allocation d'éducation de l'enfant handicapé (AEEH). Dans la perspective d'une compensation décentralisée et facilitée, **un guichet unique est créé avec les maisons départementales des personnes handicapées (MDPH)**. Celles-ci sont chargées de l'accueil, l'information, l'accompagnement et du conseil des personnes handicapées et de leur famille, ainsi que de l'aide à la formulation du projet de vie et de l'accompagnement nécessaire au cours de l'évolution du handicap⁽⁴⁾. Elle met en œuvre les décisions de la commission des droits et de l'autonomie des personnes handicapées (CDAPH), qui « *prend les décisions relatives à l'ensemble des droits de [la] personne [handicapée], notamment en matière d'attribution de prestations et d'orientation* »⁽⁵⁾.

(1) Décret du 26 décembre 1978.

(2) Circulaire du 14 février 1986.

(3) Codifié à l'article L. 114 du code de l'action sociale et des familles.

(4) Codifié à l'article L. 146-3 du code de l'action sociale et des familles.

(5) Codifié à l'article L. 146-9 du code de l'action sociale et des familles.

• **L'accessibilité**, ensuite, impose une adaptation multidimensionnelle, aussi bien du cadre bâti lorsqu'il accueille du public, des transports publics et de l'espace public en général, que des moyens de communication publics en ligne. La garantie de l'effectivité de l'exercice de la citoyenneté peut, au surplus, être inscrite dans cette perspective.

• **L'école pour tous** prolonge dans un cadre spécifique le principe de l'accessibilité, en garantissant le droit d'être scolarisé en milieu ordinaire. Dans cette perspective, la loi introduit la possibilité d'aménagements et d'adaptations, et dispose que l'Etat met en place les moyens financiers et humain qui y sont nécessaires. Elle crée ce faisant plusieurs outils, dont le projet personnalisé de scolarisation (PPS) et le programme personnalisé de réussite éducative (PPRE), et introduit des dispositions socles pour d'autres (voir *infra*).

• **L'inclusion professionnelle**, enfin, fait l'objet de plusieurs interventions. La loi étend notamment à la fonction publique **l'obligation d'emploi des travailleurs en situation de handicap (OETH)** introduite par la loi du 10 juillet 1987 à hauteur de 6 % des effectifs totaux des entreprises et administrations, crée en conséquence le fonds pour l'insertion des personnes handicapées dans la fonction publique (FIPHFP), réforme le travail protégé en muant les centres d'aide par le travail (CAT) en établissements et service d'aide par le travail (ESAT), et ouvre le champ du travail adapté en transformant les ateliers protégés en entreprises adaptées (voir *infra*).

De fait, ces quatre axes constituent depuis la loi du 11 février 2005 le principal cadre des politiques du handicap. **Ils sont complétés et prolongés par une offre multiforme de prise en charge au sein des établissements sociaux et médicaux sociaux (ESMS)** tels que définis par l'article L. 312-1 du code de l'action sociale et des familles. Cette prise en charge peut être préventive, prendre la forme d'un accompagnement en milieu ordinaire, ou intervenir en institution. Selon les dernières données disponibles, 174 000 enfants ou jeunes et 321 500 adultes sont ainsi pris en charge dans une grande variété d'établissements et services.

Nombres d'enfants et de jeunes pris en charge en ESMS en 2022	
Ensemble des établissements pour enfants	117 740
Instituts médico-éducatifs (IME)	76 120
Instituts thérapeutiques, éducatifs et pédagogiques (Itep)	19 290
Établissements pour enfants polyhandicapés	5 560
Instituts d'éducation motrice (IEM)	7 320
Établissements pour jeunes déficients sensoriels	7 750
Autres	1 700
Services d'éducation spéciale et de soins à domicile (Sessad)	58 150
Lieux de vie expérimentaux	830

Source : Drees, [Le handicap en chiffres](#), 3 décembre 2024.

Nombres d'adultes pris en charge en ESMS en 2022	
Ensemble des établissements pour adultes	295 170
Établissements et services d'aide par le travail (ESAT)	125 960
Centres de formation et d'orientation professionnelle	9 660
Établissements d'accueil non médicalisés (EANM)	94 260
Maisons d'accueil spécialisées (MAS)	30 420
Établissements d'accueil médicalisés (EAM)	32 210
Autres	2 660
Services pour adultes⁽¹⁾	69 510
Lieux de vie expérimentaux	1 080

Source : Drees, [Le handicap en chiffres](#), 3 décembre 2024.

Par ailleurs, les politiques du handicap ont amorcé une prise en compte, encore parcellaire, de la situation des proches aidants. Ceux-ci peuvent notamment bénéficier d'allocations *ad hoc* comme l'allocation journalière de présence parentale (AJPP) et l'allocation journalière du proche aidant (AJPA), mais le nombre de bénéficiaires de ces aides est extrêmement faible (20 848 pour la première et 1 652 pour la seconde au 30 juin 2024⁽²⁾) au regard de la démographie des aidants. Outre la méconnaissance du dispositif, une explication peut résider dans le fait que pour en bénéficier, « *les familles doivent faire preuve d'une grande réactivité et envoyer [à la Caisse nationale des allocations familiales (CNAF)] chaque mois le volume de jours non travaillés* »⁽³⁾. Si Mme Sophie Cluzel, secrétaire d'État chargée des personnes handicapées entre 2017 et 2022, soulignait lors de son audition que « *les aidants sont des piliers de la société, souvent invisibles, et qu'avec le vieillissement de la population, chacun d'entre nous sera un jour ou l'autre appelé à remplir ce rôle* »⁽⁴⁾, le rapporteur constate que les politiques du handicap ne prennent toujours pas la mesure de l'exposition particulière des proches-aidants, et singulièrement de celle des actifs et des mineurs.

b. Des ambitions affichées dans de récentes inflexions

Les politiques du handicap ont fait l'objet de nombreuses modulations récentes, notamment dans le cadre trisannuel des conférences nationales du handicap créées par la loi du 11 février 2005 (2008, 2011, 2014, 2016, 2020

(1) Services d'accompagnement à la vie sociale (SAVS) et services d'accompagnement médico-social pour adultes handicapés (Samsah).

(2) Audition du mardi 16 septembre 2025, Compte rendu n°[9](#).

(3) Ibid.

(4) Audition du mardi 7 octobre 2025, Compte rendu n°[25](#).

et 2023). En 2017, en particulier, le Président de la République a souhaité opérer une inflexion majeure en déclarant le handicap « priorité du quinquennat ». Les ambitions afférentes se sont matérialisées au travers de comités interministériels du handicap (CIH) tenus selon une fréquence annuelle, et le secrétariat d’État chargé des personnes handicapées a été rattaché au Premier ministre afin de renforcer la coordination interministérielle en la matière.

Si la « priorité du quinquennat » n'a pas abouti à l'adoption d'une loi *ad hoc*, elle a néanmoins donné lieu à de nombreuses réformes affectant les grands champs des politiques du handicap. Lors de son audition par la commission d'enquête, Mme Sophie Cluzel, indiquait à cet égard avoir privilégié un recours aux « *grandes lois de la République* », concentré sur plusieurs axes : la garantie des droits à vie pour les personnes handicapées, l'octroi du droit de vote aux majeurs protégés, ou encore l'acceptation de la différence dans la société⁽¹⁾. Ces priorités ont été complétées par de nombreuses actions ciblées.

• **S'agissant de l'école pour tous**, un module consacré à la scolarisation des enfants handicapés a été introduit dans la formation initiale des enseignants, et des unités d'enseignement spécialisées ont été créées dans le cadre de la stratégie nationale Autisme et troubles du neurodéveloppement. Le nombre d'accompagnants d'élèves en situation de handicap (AESH) et de dispositifs d'inclusions a progressé, sans toutefois suivre la trajectoire d'évolution de la démographie scolaire (voir *infra*).

• **S'agissant de l'insertion professionnelle**, la loi du 5 septembre 2018 pour la liberté de choisir son avenir professionnel a réformé en profondeur l'obligation d'emploi des travailleurs handicapés (OETH) pour couvrir un périmètre plus large, incluant notamment les apprentissages, stages et contrats à durée déterminée. Elle a également créé, pour une période expérimentale de 4 ans, les contrats à durée déterminée « Tremplin » dans la perspective de renforcer les passerelles entre l'emploi adapté et le milieu ordinaire. Enfin, les établissements et services d'aide par le travail (ESAT) ont bénéficié d'une refonte dans le cadre d'un plan de transformation initiée par la loi du 21 février 2022⁽²⁾.

Certaines initiatives conduites entre 2017 et 2022 ont toutefois fait l'objet de critiques marquées, soit pour leurs effets régressifs, soit pour leur cantonnement à la communication. Dans le premier cas, la loi du 23 novembre 2018 portant évolution du logement de l'aménagement et du numérique (Elan) est illustrative, en ce qu'elle a suscité l'opposition d'un grand nombre d'organisations de défenses des intérêts des personnes handicapées. Il lui est notamment reproché de constituer une régression par rapport au cadre normatif préexistant. La loi Elan a d'ailleurs fait l'objet d'un rapport critique de l'Inspection générale de l'environnement et du développement durable (IGEDD)⁽³⁾ quant au bilan du

(1) *Audition du mardi 7 octobre 2025, Compte rendu n°25*.

(2) *Article 136 de la loi du 21 février 2022 relative à la différenciation, la décentralisation, la déconcentration et portant diverses mesures de simplification de l'action publique locale.*

(3) *Ce rapport n'a fait l'objet d'aucune publication ou communication au Parlement.*

« logement évolutif » qui en constitue le cœur (voir *infra*). Dans le second cas, le Duoday, qui consiste en une journée annuelle de découverte en entreprise en binôme avec un professionnel volontaire, en est emblématique. Si « *25 % des binômes formés à cette occasion débouchent sur une insertion professionnelle* », Mme Sophie Cluzel concédait lors de son audition que l'évènement avait pu « *apparaître comme une opération de communication* »⁽¹⁾.

Depuis 2022, l'instabilité ministérielle affectant le champ du handicap n'a pas favorisé le déploiement de mesures suivies, en dépit de progrès notables constitués par exemple dans le champ de l'insertion professionnelle – par la mise en place d'un accompagnement unique des personnes handicapées en recherche d'emploi au moyen des teams handicap, par la pérennisation et généralisation des CDD « Tremplin » et des entreprises adaptées de travail temporaire (EATT), ou encore par la reconnaissance des droits de grève et syndical⁽²⁾. Le rapporteur tient d'ailleurs à souligner l'émoi qu'a suscité la tardiveté de la nomination d'une ministre déléguée chargée du handicap dans le gouvernement de M. Michel Barnier.

La principale évolution en cours réside dans la mutation qualitative que constitue le passage des « places » aux « solutions ». M. Benjamin Voisin, directeur adjoint de la direction générale de la cohésion sociale (DGCS) en résumait la genèse et l'objectif lors de son audition : « *depuis le rapport Piveteau du milieu des années 2010, nous essayons de remplacer la notion de place, encore très prégnante pour des raisons évidentes, par celle de solution, qui s'appuie davantage sur le milieu ordinaire pour apporter l'accompagnement le plus approprié possible* »⁽³⁾. Dans une perspective large, le principe est de « *ne pas assigner la personne à une place au motif qu'elle est en situation de handicap, mais de construire un projet avec et autour d'elle, en mobilisant notamment le milieu ordinaire* »⁽⁴⁾.

Cette transition a été accélérée par le plan « 50 000 solutions » lancé fin 2024 dans le prolongement de la conférence nationale du handicap de 2023, qui vise à créer un « *choc d'offre important au profit des personnes en situation de handicap qui ont besoin d'un accompagnement médico-social* ». La trajectoire cible en matière d'effectifs est pour l'heure suivie, selon Mme Charlotte Parmentier-Lecocq, ministre déléguée chargée de l'autonomie et des personnes handicapées. Lors de son audition par la commission, elle indiquait que 12 000 solutions avaient été ouvertes en 2025, sur un objectif de 15 000⁽⁵⁾. Un budget constant est prévu pour 2026 en l'état du projet de loi de financement de la sécurité sociale, et devrait permettre de cibler les besoins de solutions complexes, à l'instar de ceux des enfants

(1) Audition du mardi 7 octobre 2025, Compte rendu n°[25](#).

(2) Par la loi du 18 décembre 2023 pour le plein emploi.

(3) Audition du mercredi 10 septembre 2025, compte rendu n°[6](#).

(4) Ibid.

(5) Audition du mardi 28 octobre 2025, compte rendu n° [38](#).

en situation de « double vulnérabilité » – porteurs de handicaps et faisant l'objet d'une mesure de l'aide sociale à l'enfance (ASE)⁽¹⁾.

Ces éléments passés en revue, le constat d'un décalage entre le volontarisme affiché des pouvoirs publics et la situation matérielle des personnes en situation de handicap perdure cependant. M. Luc Gateau, président de l'Union nationale des associations de parents, de personnes handicapées mentales et de leurs amis (Unapei), soulignait en ce sens la place prise par les effets de communication : « *le manque de solutions est masqué par les annonces, comme celles faites lors de la dernière CNH autour du plan " 50 000 solutions "* »⁽²⁾. Le rapporteur souhaite attirer l'attention sur les effets délétères que ces décalages emportent pour les personnes en difficulté. Dans un contexte d'ineffectivité des droits et d'attente prolongée, l'existence de dispositifs intitulés « Réponse accompagnée pour tous » ou « Zéro sans solution » interroge.

(1) Ibid.

(2) *Audition du mercredi 24 septembre 2025, compte rendu n° 18.*

II. L'ANALYSE DES POLITIQUES DE PRISE EN CHARGE DU HANDICAP ET DE LA SANTÉ MENTALE MET EN ÉVIDENCE DES DÉFAILLANCES CRIANTES

Les politiques de la santé mentale et du handicap sont caractérisées par de nombreuses défaillances, qui résultent d'un décalage entre l'offre de prise en charge et les besoins existants. Ces défaillances se matérialisent tout au long de la vie.

A. UN DÉCALAGE ENTRE BESOINS ET OFFRE DE PRISE EN CHARGE

L'inadéquation entre besoins et offre de prise en charge n'est pas nouvelle. Le délégué ministériel à la santé mentale et la psychiatrie, M. Franck Bellivier, relevait ainsi que « *l'inadéquation entre les besoins et l'offre de soins, ainsi que les faiblesses des politiques publiques de prévention et d'inclusion sociale, ont largement préexisté à la crise covid* »⁽¹⁾. Le même constat peut être fait pour l'accompagnement et la prise en charge du handicap. D'importantes difficultés de prise en charge en résultent, aboutissant parfois à **des « situations de médecine de guerre »**⁽²⁾.

Le décalage existant entre besoins et offre peut être appréhendé par ses causes, que sont les carences multidimensionnelles qui affectent les politiques de la santé mentale et du handicap, ou par ses effets immédiats, que sont les délais prolongés de prise en charge qui en résultent.

1. Des carences de l'offre de prise en charge sur plusieurs plans

Sans dresser une liste exhaustive des défaillances des politiques publiques de la santé mentale et du handicap, il est possible d'identifier deux catégories transversales de carences : les carences quantitatives et les carences qualitatives.

a. Des carences quantitatives

i. Un effet de ciseaux entre offre et besoins

Les carences quantitatives des politiques de la santé mentale et du handicap s'inscrivent dans des contextes comparables de hausse des besoins et de relative stabilité de l'offre de prise en charge.

En matière de santé mentale, les capacités d'hospitalisation à temps complet sont en net recul (– 8 000 lits en dix ans, soit une contraction de 12 %), **quand les places d'hospitalisation à temps partiel affichent une maigre progression en volume** (+ 1 000 places, soit une augmentation de 3,4 % sur la

(1) *Audition du mercredi 3 septembre 2025, compte rendu n°3*

(2) *M. Bruno Falissard, audition du mercredi 3 septembre 2025, compte rendu n°2*

même période)⁽¹⁾. Ces évolutions s'inscrivent dans le contexte d'un « *virage ambulatoire* »⁽²⁾ qui n'est pas propre à la santé mentale mais l'affecte profondément. **Pourtant, la prise en charge ambulatoire ne connaît pas de progression compensatrice, et recule même en volume absolu** – le nombre d'actes réalisés en ambulatoire a diminué de 5,6 % en dix ans⁽³⁾. En particulier, le nombre de centres médico-psychologiques (CMP), qui est malaisé à établir avec précision, semble être en diminution⁽⁴⁾, quand le nombre d'actes qui y sont réalisés chaque année recule fortement (– 22,1 % en dix ans)⁽⁵⁾. À l'instar des effectifs de psychiatres libéraux (voir *infra*), les indicateurs disponibles n'évoluent pas selon une trajectoire qui permettrait de compenser la restriction des capacités d'hospitalisation à temps complet et l'augmentation dynamique de la prévalence des troubles de la santé mentale.

S'agissant du handicap, un faisceau d'indices permet d'aboutir à un constat différent mais également préoccupant. Les évolutions positives du taux d'accord moyen des Maisons départementales des personnes handicapées (MDPH) en matière de prestations sociales, passé de 71,3 % à 76,4 % en huit ans⁽⁶⁾, masquent un allongement significatif des délais de traitement des demandes et une considérable ineffectivité des droits accordés (voir *infra*). De fait, le nombre de places en établissement ou service médico-social est désormais stable (+ 3 % entre 2018 et 2022)⁽⁷⁾, alors que les demandes s'accumulent. Dans une perspective large, entre 2022 et 2023, le nombre de décisions rendues par les MDPH a progressé de 2,5 % et le nombre de droits attribués de 1,9 %, quand le nombre de demandes reçues a bondi de 9,1 %. Sur une échelle de temps plus longue, **le nombre de demande déposées auprès des MDPH a cru de 19,4 % en trois ans, quand le volume de droits et prestations accordés n'a progressé que de 7,5 %**⁽⁸⁾.

Des effets de ciseaux peuvent être constatés dans ces deux champs, entre d'une part une stabilité de l'offre et d'autre part une progression ou une accumulation croissante de besoins de prise en charge. Ce constat a été partagé à plusieurs reprises lors des auditions menées par la commission d'enquête. M. Sébastien Ponnou, professeur des universités en sciences de l'éducation et responsable du laboratoire commun Eole⁽⁹⁾ de l'université Paris 8, évoquait en ce sens « *un effet de ciseaux qui est tout à fait désastreux pour les enfants et pour les familles* »⁽¹⁰⁾. Mme Sylvie Clerc-Cuvelier, vice-présidente du conseil départemental

(1) Drees, [Les établissements de santé en 2023](#), juillet 2025.

(2) Cour des comptes, [Rapport sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale 2024](#), 29 mai 2024.

(3) Calculs sur la base des données Drees pour les années 2014 à 2023.

(4) Igas, [Les centres médico-psychologiques de psychiatrie générale et leur place dans le parcours du patient](#), juillet 2020.

(5) Calculs sur la base des données Drees pour les années 2014 à 2023.

(6) CNSA, [Attribution des droits par les MDPH en 2023](#), 14 avril 2025.

(7) Drees, [Le handicap en chiffres](#), 3 décembre 2024.

(8) CNSA, [Attribution des droits par les MDPH en 2023](#), 14 avril 2025.

(9) Observatoire épidémiologique et clinique de l'enfant et de l'adolescent : psychiatrie, handicap, protection de l'enfance.

(10) Audition du mercredi 3 septembre 2025, compte rendu n°2.

du Nord en charge du handicap, recourrait à des termes similaires pour qualifier la saturation des établissements sociaux et médico-sociaux, considérant que « *l'offre est insuffisante. Le nombre des places dans les instituts spécialisés est limité, qu'il s'agisse des établissements médico-sociaux, des instituts médico-éducatifs (IME), des maisons d'accueil spécialisées (MAS), des foyers d'accueil médicalisés (FAM) ou des instituts thérapeutiques, éducatifs et pédagogiques (Itep) [...]. Or les besoins augmentent* »⁽¹⁾. Ces constats, fondés sur des nombres d'actes réalisés ou de places disponibles, amorcent la distinction de deux principaux paramètres limitants : les ressources humaines et les capacités matérielles de prise en charge.

ii. Des tensions en matière de ressources humaines

Un état des lieux des ressources humaines sur lesquelles reposent les politiques de la santé mentale et du handicap laisse à voir des situations de sous-effectif sévères, qui concernent un grand nombre de professions.

• **Les médecins généralistes sont les premiers concernés dans les parcours de prise en charge.** Leur faible nombre se répercute notamment sur les urgences psychiatriques, et sur l'accès à des soins spécialisés. M. Pierre de Maricourt, chef de service à l'hôpital Sainte-Anne, déclarait à ce propos lors de son audition que « *la crise des urgences, dont on parle depuis plusieurs années, s'explique notamment par le fait que les généralistes ne parviennent pas à absorber les files actives et que de nombreux Français n'arrivent pas à avoir de médecin traitant* »⁽²⁾. Le rapport d'information sur les urgences psychiatriques de Mmes Nicole Dubré-Chirat et Sandrine Rousseau, publié en décembre 2024, soulignait en ce sens l'importance de renforcer la réponse de premier niveau que constituent les médecins généralistes⁽³⁾.

• **S'agissant des psychiatres, un paradoxe quantitatif peut-être observé, car la France présente une densité de psychiatres relativement élevée**⁽⁴⁾. S'établissant à 23,3 médecins pour 100 000 habitants, elle positionne la France dans la moyenne haute des pays de l'Union européenne et de l'OCDE⁽⁵⁾. Cependant, la densité en psychiatres ne peut être considérée uniquement sous un prisme comparatif. Le contexte de hausse mondiale des troubles de la santé mentale, en particulier, l'interdit. **En mesurant l'évolution de la densité des psychiatres à moyen terme, on constate ainsi une relative stabilité, qui détonne fortement avec le contexte de hausse brutale des troubles de la santé mentale.** L'âge moyen des psychiatres, qui s'établissait à 51,8 ans au 1^{er} janvier 2025⁽⁶⁾, constitue un indicateur complémentaire. Ces données sont à mettre en regard d'importantes vacances de postes. **Au sein des hôpitaux publics, un poste de psychiatre sur**

(1) *Audition du mardi 16 septembre 2025, compte rendu n°8.*

(2) *Audition du mercredi 3 septembre 2025, compte rendu n°3.*

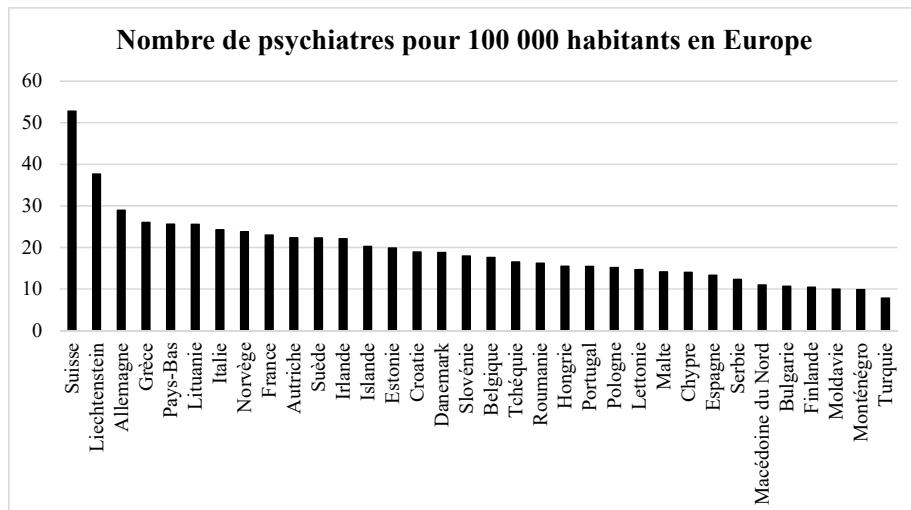
(3) *Nicole Dubré-Chirat et Sandrine Rousseau, [Rapport d'information déposé en conclusion des travaux de la mission d'information sur la prise en charge des urgences psychiatriques](#), décembre 2024.*

(4) *Audition du 23 octobre 2025, compte rendu n°37.*

(5) *Audition du 23 septembre 2025, compte rendu n°13.*

(6) *Drees, [La démographie des professionnels de santé depuis 2012](#), 28 juillet 2025.*

quatre était vacant en 2023⁽¹⁾, et la moitié des établissements publics étaient concernés⁽²⁾. Au sein des centres médico-psychologiques (CMP), les vacances atteignent parfois des taux critiques. Dans l'Essonne, 49 % des postes de psychiatres en CMP étaient ainsi vacants en 2024⁽³⁾. Au sein du secteur privé non-lucratif, le constat est du même ordre, 15 à 20 % des postes étant vacants⁽⁴⁾. En outre, l'inégale répartition des psychiatres sur le territoire est caractérisée par de très fortes disparités (voir *infra*). En excluant Paris, la densité nationale recule ainsi à 20,2 psychiatres pour 100 000 habitants⁽⁵⁾. Localement, un élément explicatif observé par M. Éric Martineau, député de la Sarthe, lors de sa visite de l'établissement public de santé mentale de son département, situé à Allonnes, peut être l'absence d'université à proximité qui rend difficile d'attirer les jeunes psychiatres une fois qu'ils se sont installés dans des lieux plus proches d'une faculté pour leur internat.



Source : Eurostat, [Physicians by category](#), consulté le 28 octobre 2025.

Lecture : la Suisse compte 52,8 psychiatres pour 100 000 habitants.

Note : en l'absence de données détaillées par spécialité médicale, le Luxembourg et la Slovaquie ont été écartés.

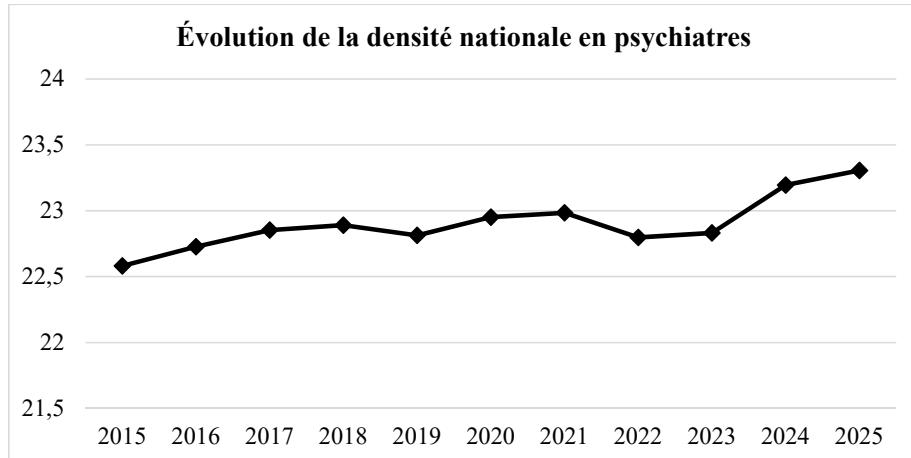
(1) Audition du mardi 9 septembre 2025, compte rendu n°5.

(2) Audition du mercredi 3 septembre 2025, compte rendu n°2.

(3) ARS Île-de-France, [Une enquête régionale sur les centres médico-psychologiques](#), novembre 2025.

(4) Audition du mercredi 24 septembre 2025, compte rendu n°16.

(5) Calculs sur la base de données [Drees](#) et [Insee](#) pour 2025.



Source : calculs sur la base des données [Drees](#) et [Insee](#) pour les années 2015 à 2025.

Lecture : en 2015, la France comptait 22,6 psychiatres pour 100 000 habitants.

• **Les psychologues ont vu leurs effectifs renforcés au cours des dernières années**, et sont aujourd’hui environ 84 000, dont 20 000 cliniciens⁽¹⁾, ce qui correspond à un doublement en dix ans. La densité en psychologues au niveau national est ainsi passée de 68,1 pour 100 000 habitants en 2014 à 113,2 pour 100 000 habitants en 2024⁽²⁾. Cependant, les effectifs restent insuffisants dans certains cadres de prise en charge, et notamment dans les structures du secteur public. La part des psychologues exerçant dans un hôpital public est ainsi passée de 21,4 % en 2012 à 17,4 % en 2024, quand la part des psychologues exerçant dans un cabinet libéral est passée de 18,7 % à 29,1 % sur la même période⁽³⁾. Mme Danièle Langloys, présidente d’Autisme France, considérait lors de son audition qu’il « *manque au bas mot 15 000 à 20 000 psychologues du développement* »⁽⁴⁾. De même, les psychologues scolaires ne sont que 7 000⁽⁵⁾, soit un pour 1 700 élèves. **Le rapporteur a pu constater à de nombreuses reprises lors des auditions qu'il s'agissait là d'une carence majeure.**

• **Les orthophonistes sont également en « déficit démographique »**⁽⁶⁾. Exerçant essentiellement en libéral (à hauteur de 84 %), ils sont 25 000 en exercice, soit une densité nationale de 37,0 pour 100 000 habitants en 2024⁽⁷⁾. Des manques particuliers sont constatés dans les centres médico-psychologiques (CMP) et les établissements et services médicaux-sociaux. Mme Nicole Dubré-Chirat, présidente de la commission, a pu observer lors de sa visite de l’institut Montéclair, établissement médico-social situé à Angers, un manque d’orthophonistes à la fois

(1) *Audition du 23 octobre 2025, compte rendu n°37.*

(2) *Drees, La démographie des professionnels de santé depuis 2012*, 28 juillet 2025.

(3) *Ibid.*

(4) *Audition du mercredi 22 octobre 2025, compte rendu n°35.*

(5) *Audition du jeudi 30 octobre 2025, compte rendu n°42.*

(6) *Mme Sarah Degiovani, audition du mardi 9 septembre 2025, compte rendu n°5.*

(7) *Drees, La démographie des professionnels de santé depuis 2012*, 28 juillet 2025.

salariés et libéraux, le différentiel de salaire de 40 % entre les deux statuts contribuant à raréfier davantage les premiers. Mme Sandra Delannoy, députée du Nord, a pu observer un même problème de recrutement lors de sa visite de l'IME Charles de Foucauld, à Jeumont, qui a fait état de difficultés à recruter des orthophonistes ainsi que des psychomotriciens. Les effectifs actuels interdisent de fait un suivi longitudinal des enfants accompagnés, ce dont résultent des pertes de chance (voir *infra*).

• **Les établissements et services médico-sociaux dans leur ensemble sont affectés par d'importantes tensions en matière de ressources humaines.** Trois variables les matérialisent particulièrement : le taux d'absentéisme, le taux de vacance des postes, et le taux de rotation. Le premier, qui s'établit à 11,5 %, est essentiellement lié à des arrêts maladie. Les journées d'absences pour maladie représentent ainsi 72 % de l'ensemble des journées d'absence relevées. Le taux de vacances s'établit à hauteur de 4,5 % en 2023, ce qui correspond à un doublement en cinq ans. Certains types d'établissements sont particulièrement touchés, à l'instar des maisons d'accueil spécialisées (6,9 %). Enfin, le taux de rotation, qui a nettement progressé au lendemain de la pandémie, atteint 24,4 %. Il est très différencié selon le type de structure, allant de 15,1 % au sein des services à destination des enfants en situation de handicap, à 34,6 % pour les établissements de prise en charge des adultes. À titre de comparaison, dans l'ensemble du secteur privé, le taux de rotation s'établit 21 %⁽¹⁾.

• **De nombreuses autres professions sont concernées par de semblables tensions ou carences.** Au cours des auditions de la commission d'enquête, beaucoup ont été citées. Il en va ainsi des **infirmiers**, dont M. Pierre de Maricourt a illustré le manque en relevant que « *sur les 200 postes d'infirmiers que compte [son] pôle, 50 demeurent vacants* »⁽²⁾. Cette pénurie concerne également ceux d'entre eux qui offrent à domicile⁽³⁾. Les **fonctionnaires territoriaux des MDPH** ont été évoqués, notamment par Mme Malika Boubeker, conseillère nationale de l'association APF France handicap, qui soulignait que « *les MDPH reçoivent chaque année plus de 4 millions de demandes* », alors même qu' « *il n'y a pas plus de 3 000 collaborateurs en leur sein* », précisant que « *les MDPH rencontrent des difficultés de recrutement, moins pour les postes de médecins, d'infirmiers, d'ergothérapeutes que pour composer les équipes d'évaluation* »⁽⁴⁾. Les **aides à domicile** souffrent aussi d'un sous-effectif chronique, au point que, parmi les métiers du domicile, « *200 000 postes [sont] à pourvoir d'ici à 2030, pour la seule branche d'aide et d'accompagnement de soins et de services à domicile* »⁽⁵⁾. Sans être exhaustive, cette liste met en évidence la variété des professions concernées, et l'ampleur des tensions en ressources humaines.

(1) CNSA, [Absentéisme, vacance et rotation dans les établissements et services médico-sociaux](#), 17 avril 2025.

(2) Audition du mercredi 3 septembre 2025, compte rendu n°[3](#).

(3) Audition du mercredi 22 octobre 2025, compte rendu n°[34](#).

(4) Audition du mercredi 24 septembre 2025, compte rendu n°[18](#).

(5) Mme Martine Gaboyer, Audition du mercredi 22 octobre 2025, compte rendu n°[34](#).

L'insuffisance quantitative de la formation des professionnels de la santé mentale et du handicap constitue un premier facteur explicatif des carences en ressources humaines. Elle résulte de deux limites, que sont d'une part les capacités de formation et d'autre part l'attractivité des filières de formation.

Pour certaines professions, le principal frein réside en effet dans l'offre de formation. L'exemple des orthophonistes est en ceci démonstratif : 30 000 lycéens et étudiants candidatent chaque année *via* Parcoursup pour intégrer un centre de formation universitaire en orthophonie, or les places y sont fortement restreintes en nombre – moins de 1 000 ont été ouvertes en septembre 2025. Avec une attrition moyenne pour un cursus universitaire, environ 880 étudiants terminent leur formation chaque année. Pour compenser le fort défaut de professionnels qui résulte de cette limitation, environ 200 diplômés formés en Belgique s'ajoutent chaque année aux cohortes⁽¹⁾. **Au regard des ordres de grandeur en jeu, le rapporteur observe que, de fait, la France délègue la formation de près de 23 % des nouveaux orthophonistes à un autre pays, et que le total d'étudiants formés demeure malgré cela insatisfaisant.** Une autre matérialisation des capacités limitées de formation réside dans le taux d'inadéquation, qui correspond, dans le cadre des études de médecine, au rapport entre le nombre de postes de stage à pourvoir et le nombre de candidats. Il s'établit au minimum à 7 %, et affecte particulièrement certaines spécialités, dont la psychiatrie. La directrice générale de l'offre de soin, Mme Marie Daudé, en mesurait les conséquences lors de son audition, en relevant que « *chaque année, il nous manque 30 % d'internes en psychiatrie* »⁽²⁾.

L'attractivité relative de certaines filières de formation constitue également un frein important, notamment dans le cadre des études de santé. La spécialité en psychiatrie en est emblématique. Elle fait régulièrement partie des « *dernières choisies par les internes* »⁽³⁾, au point qu'un cercle vicieux s'est progressivement installé : « *les externes qui font des stages dans des services de psychiatrie insuffisamment dotés, qui ne fonctionnent pas bien, n'ont pas très envie de revenir en psychiatrie par la suite* », indiquait Mme Marion Leboyer, professeure de psychiatrie et directrice générale de la fondation FondaMental⁽⁴⁾. Le même constat vaut pour les infirmières et infirmiers en pratique avancée (IPA), qui sont confrontés à une image particulièrement dégradée de la spécialité, qui gagnerait à être améliorée⁽⁵⁾.

Au-delà du cadre de la formation, la faible attractivité générale des professions de la santé mentale et du handicap constitue un second facteur explicatif des carences en ressources humaines. Ce défaut, qui concerne les métiers du soin dans leur ensemble, « *n'est pas spécifique à la France ; on le*

(1) *Audition du mardi 9 septembre 2025, compte rendu n°5.*

(2) *Ibid.*

(3) *Mme Marion Leboyer, audition du mercredi 3 septembre 2025, compte rendu n°2.*

(4) *Mme Marie Daudé, audition du mardi 9 septembre 2025, compte rendu n°5.*

(5) *Audition du mercredi 24 septembre 2025, compte rendu n°16.*

constate dans tous les pays occidentaux »⁽¹⁾. Il concerne plus particulièrement l'exercice au sein de l'hôpital public et du secteur public, notamment en raison de contraintes particulières. Mme Anne-Carole Bensadon, inspectrice générale des affaires sociales, soulignait lors de son audition que l'exercice libéral comporte des avantages comparatifs : « *le fait de devoir assurer des gardes et de collaborer à la permanence des soins nuit à l'attractivité des services psychiatriques et explique que les professionnels privilégient le mode d'exercice libéral* »⁽²⁾. Certains paramètres affichent un état très dégradé, dans des proportions variables selon les métiers : les conditions de travail, le sens au travail, la valorisation professionnelle et la rémunération.

• **Les conditions de travail de l'ensemble des professionnels considérés sont particulièrement difficiles.** Les données de la Drees issues de l'enquête nationale sur le vécu au travail depuis le début de la crise sanitaire mettent notamment en évidence une forte pénibilité physique, mentale et émotionnelle chez les professionnels de santé et du social (voir tableau ci-dessous). Le délégué ministériel à la santé mentale et la psychiatrie, M. Frank Bellivier, résumait lors de son audition le cercle vicieux qui en résulte : « *les pénuries provoquent des burn-out, donc des absences, et ceux qui restent ont plus de boulot. Le phénomène est connu et les équipes s'adaptent pour éviter que de telles situations leur fassent porter un fardeau supplémentaire* »⁽³⁾.

Pénibilité physique, mentale et émotionnelle des professionnels de la santé et du social en 2023			
	Professionnels de santé	Professionnels de l'action sociale et du médico-social	Ensemble des salariés
Effectue des mouvements douloureux ou fatigants	64 %	63 %	44 %
Travaille souvent sous pression	33 %	16 %	21 %
Continue toujours de penser à son travail hors de ses horaires	22 %	24 %	18 %
Doit toujours prendre des initiatives dans son travail	47 %	41 %	30 %
Est souvent bouleversé, ému ou secoué dans le cadre du travail	36 %	31 %	15 %

Source : Drees, [Près d'une professionnelle de santé sur deux et une professionnelle du social sur cinq travaillent sous pression en 2023](#), 24 juin 2025.

Lecture : 64 % des professionnels de santé effectuent des mouvements douloureux ou fatigants dans le cadre de leur travail, 44 % de l'ensemble des salariés.

(1) M. Pierre de Maricourt, audition du mercredi 3 septembre 2025, compte rendu n°3.

(2) *Audition du mercredi 1^{er} octobre 2025, compte rendu n°24.*

(3) *Audition du mercredi 3 septembre 2025, compte rendu n°3.*

• **Un déficit de sens au travail se superpose à la pénibilité constatée.** Il apparaît en effet difficile de donner une perspective d'action et un horizon quand l'action s'inscrit dans un contexte d'urgence ou de sous-effectif chronique. Le manque d'expression de valeurs cadres est aussi évoqué, et M. Frank Bellivier soulignait lors de son audition, en se fondant sur son expérience de clinicien, que « *les institutions ne professent pas souvent de telles valeurs* ». Tout en insistant sur le fait que « *la situation est caricaturale en psychiatrie* », il observait que « *le fait de définir son action par le service rendu aux usagers manque aux institutions hospitalières en général* »⁽¹⁾.

• **Un problème d'image et de valorisation de certaines professions essentielles complète ce tableau.** Les métiers du médico-social, en particulier « *sont encore considérés comme secondaires et l'orientation vers eux comme une voie de garage* »⁽²⁾. Les professionnels de santé sont également concernés, seule la moitié d'entre eux déclarant recevoir le respect et l'estime que mérite leur travail, contre 63 % pour l'ensemble des salariés. Cette proportion tombe même à 37 % pour les infirmiers, et 40 % pour les aides-soignants⁽³⁾. En outre, les préjugés culturels portés sur certains métiers exercent encore une influence. Mme Béatrice Noëllec, directrice des relations institutionnelles et de la veille sociétale de la Fédération de l'hospitalisation privée (FHP), évoquait en ce sens le fait que « *la déstigmatisation est corrélée à l'enjeu majeur de l'attractivité des métiers en psychiatrie et en pédopsychiatrie* »⁽⁴⁾. L'image des professions est un enjeu central à l'heure où la valorisation des expériences devient plus déterminante dans un contexte général favorisant les carrières fragmentées. L'attractivité des professions de santé offrant des passerelles fluides en est, par exemple, renforcée⁽⁵⁾.

• **Enfin, la question de la rémunération a été citée dans un très grand nombre d'auditions.** La sous-rémunération dénoncée est très différenciée selon les catégories de professionnels ; elle est parfois absolue, d'autres fois relative. Sur le plan sanitaire, le Ségur de la santé a revalorisé les rémunérations des praticiens hospitaliers, mais n'a pas constitué une réponse exhaustive et satisfaisante. Dans l'ensemble, les professionnels de santé sont mieux rémunérés dans le secteur public et dans le secteur privé non-lucratif que dans le secteur privé lucratif (respectivement + 20,1 % et + 13,1 % pour un temps plein)⁽⁶⁾, mais les rémunérations de ces trois catégories sont nettement inférieures aux revenus estimés dans le cadre de l'exercice libéral. Des données de comparaison anciennes existent en la matière, mettant en évidence des rémunérations inférieures de 20 % pour les médecins hospitaliers et de 40 % pour les médecins salariés non-hospitaliers⁽⁷⁾.

(1) Ibid.

(2) M. Maëlig Le Bayon, *audition du mardi 9 septembre 2025, compte rendu n°4*.

(3) Drees, *Près d'une professionnelle de santé sur deux et une professionnelle du social sur cinq travaillent sous pression en 2023*, 24 juin 2025.

(4) *Audition du mercredi 24 septembre 2025, compte rendu n°16*.

(5) Ibid.

(6) Drees, *Les établissements de santé en 2023*, juillet 2025.

(7) Drees, *Comparaison des revenus des médecins libéraux à ceux des autres professions libérales et des cadres*, juin 2007.

Pour des données plus récentes, la comparaison de revenus de natures différentes est ardue, mais les ordres de grandeurs demeurent significatifs : le revenu libéral⁽¹⁾ moyen des médecins libéraux s'établissait en 2021 à hauteur 114 700 euros annuels⁽²⁾, quand le personnel médical salarié percevait en moyenne 72 984 euros par an en 2022⁽³⁾. **S'agissant des psychiatres, ils sont « quasiment derniers » dans le classement des personnels de santé libéraux⁽⁴⁾, affichant un revenu libéral moyen de 81 500 euros, soit 28 % de moins que le revenu libéral moyen de l'ensemble des médecins libéraux⁽⁵⁾.** Pour certaines professions, les écarts entre exercice salarié public et exercice libéral est encore plus considérable. Il en va notamment ainsi des psychologues, à propos desquels M. José Presas Rodriguez, représentant du Syndicat national des psychologues, soulignait qu'« *être payé 8 % au-dessus du smic en début de carrière, avec un bac + 5, ce n'est pas très appétissant* »⁽⁶⁾. Les données de la Drees complètent cette affirmation – qui correspond précisément au cadre fixé par les dispositions applicables⁽⁷⁾ –, le salaire net moyen d'un psychologue salarié à temps plein s'établissant à 2 527 euros par mois en 2022⁽⁸⁾. Le même écart salariat-libéral se fait jour s'agissant des orthophonistes, à propos desquels Mme Sarah Degiovani, présidente de la Fédération nationale des orthophonistes, relevait que « *les grilles étant rédhibitoires, on ne trouve quasiment plus d'orthophonistes, que ce soit dans les établissements sanitaires ou dans les établissements et services sociaux et médico-sociaux (ESMS)* »⁽⁹⁾. La rémunération moyenne des rééducateurs salariés, dont font partie les orthophonistes, s'établissait à 2 463 euros nets mensuels en 2022⁽¹⁰⁾, quand leur salaire de départ dans le secteur public débute à environ 1 650 euros nets par mois⁽¹¹⁾. **Les psychologues, psychomotriciens et orthophonistes ont, de fait, progressivement déserté les centres médico-psychologiques (CMP) et médico-psycho-pédagogiques (CMPP).** Mme Amandine Buffiere, pédopsychiatre et présidente de la Fédération des CMPP le décrivait lors de son audition : « *ces structures, régies par la convention de 1966, proposent des salaires très bas aux orthophonistes et aux psychomotriciens ; ceux des psychologues commencent à poser un problème. Recruter des orthophonistes en CMPP et en CMP est devenu une gageure : il n'en reste que dans des équipes exceptionnelles, où les gens viennent travailler parce qu'il s'y passe des choses, avec un climat de travail très*

(1) Soit le revenu tiré des honoraires perçus une fois les charges déduites.

(2) Drees, [Revenu des médecins libéraux : une légère hausse entre 2017 et 2021, avec de fortes disparités selon la spécialité et l'ancienneté d'installation](#), décembre 2024.

(3) Drees, [Les établissements de santé en 2023](#), juillet 2025.

(4) Mme Marguerite Cazeneuve, audition du mardi 9 septembre 2025, compte rendu n°4.

(5) Drees, [Revenu des médecins libéraux : une légère hausse entre 2017 et 2021, avec de fortes disparités selon la spécialité et l'ancienneté d'installation](#), décembre 2024.

(6) Audition du mercredi 1^{er} octobre 2025, compte rendu n°22.

(7) Arrêté du 27 avril 2017 relatif à l'échelonnement indiciaire applicable aux membres du corps des psychologues de la fonction publique hospitalière.

(8) Drees, [Les établissements de santé en 2023](#), juillet 2025.

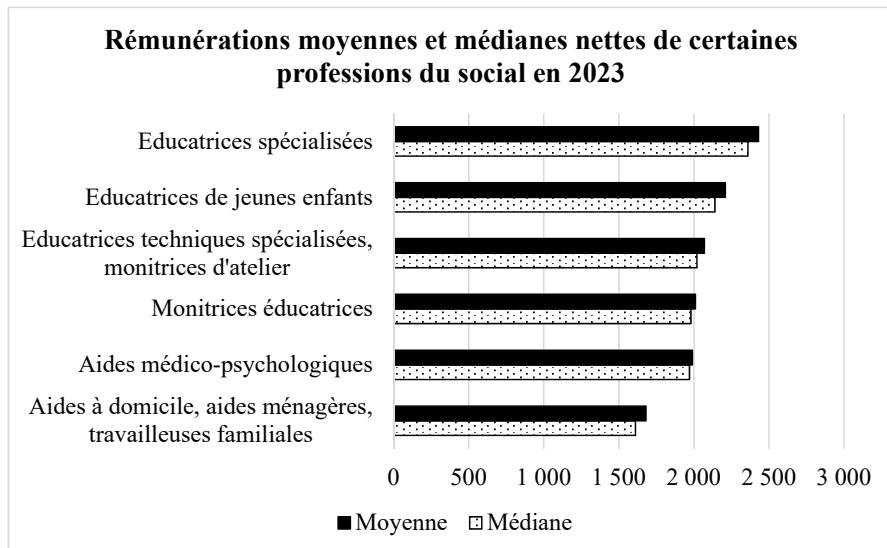
(9) Audition du mardi 9 septembre 2025, compte rendu n°5.

(10) Drees, [Les établissements de santé en 2023](#), juillet 2025.

(11) Décret n° 2021-1264 du 29 septembre 2021 fixant l'échelonnement indiciaire applicable aux corps des personnels de rééducation de la catégorie A de la fonction publique hospitalière.

favorable. En dehors de ces cas, il est très difficile pour nos structures de trouver des orthophonistes »⁽¹⁾.

Dans l'ensemble du secteur médico-social, le constat est particulièrement inquiétant. Les données de la Drees sur les salaires des professions du social – qui englobent l'exercice au sein de structures médico-sociales – en sont illustratives.



Source : Drees, [Les salaires des professionnelles du social, par profession, au niveau national et au niveau régional](#), 10 septembre 2024.

Lecture : les aides à domicile, aides ménagères et travailleuses familiales perçoivent en moyenne 1 680 euros nets par mois. Ces professions étant dans leur extrême majorité exercées par des femmes, le choix a été fait de privilégier l'usage du féminin.

iii. Des places et des solutions de prises en charge insuffisantes en nombre

Les capacités matérielles de prise en charge constituent un second grand paramètre limitant, dont l'ampleur est toutefois plus difficile à déterminer d'un point de vue statistique. Cet enjeu est très fortement entremêlé avec les tensions en ressources humaines, qui sont l'un de ses déterminants.

Les limitations matérielles affectent de façon directe les capacités de prise en charge hospitalière complète ou partielle, dont le nombre total ne cesse de reculer (voir *supra*), créant ainsi une tension sur les lits restants⁽²⁾. Mme Claire Hédon, Défenseure des droits, précisait en ce sens que « *la politique de désinstitutionnalisation conduite en France ces dernières années s'est traduite par une diminution importante de la capacité d'accueil dans les services hospitaliers psychiatriques, sans pour autant que soient développés des services de proximité* ».

(1) *Audition du mardi 23 septembre 2025, compte rendu n° 14.*

(2) *Audition du mardi 9 septembre 2025, compte rendu n° 5.*

susceptibles de prendre le relais »⁽¹⁾. Ces limitations exercent une contrainte forte sur la bonne prise en charge des troubles de la santé mentale qui exigent des séjours de longue durée et un suivi en aval, à l'instar de la dépression récurrente, des troubles bipolaires, du trouble anxieux graves, ou encore de certains troubles sévères du comportement alimentaire. M. Pierre de Maricourt relevait à cet égard qu'en diminuant drastiquement le nombre de lits de psychiatrie, l'on a « *oublié les patients qui, malgré les soins et les traitements, ont un handicap trop important pour vivre de façon autonome dans la cité* », au point d'en conclure que sur ce point, « *les politiques publiques sont totalement défaillantes* »⁽²⁾.

Les établissements et services médico-sociaux font face aux mêmes difficultés, dans un contexte de stabilité de l'offre de prise en charge. Les structures d'hébergement et de soins pour adulte, en particulier, voient leurs capacités d'accueil être saturées. Cela tient notamment au fait que « *les offres de prise en charge dans les foyers d'accueil médicalisé (FAM) et les maisons d'accueil spécialisées (MAS) sont en nombre bien trop insuffisant, les places ne se libérant qu'au décès des patients* »⁽³⁾. Les structures à destination des enfants et des jeunes ne sont pas davantage épargnées, si bien que « *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* »⁽⁴⁾. **S'agissant particulièrement de la situation des instituts médico-éducatif, Mme Claire Hédon, Défenseure des droits, qualifiait lors de son audition d'« effectivement effrayant » le nombre de places manquantes**⁽⁵⁾. Cette situation de crise est condamnée à s'aggraver si l'offre d'accueil ne croît pas à la même vitesse que les besoins, ce qui n'est pas le cas pour l'heure. À titre d'exemple, M. Pierre de Maricourt relevait que « *ces cinq dernières années, aucun chantier de FAM ou de MAS n'a été ouvert en Île-de-France* »⁽⁶⁾, alors même que les établissements de ces types sont saturés.

Les capacités de prise en charge en ambulatoire, notamment en santé mentale, souffrent aussi de limites quantitatives fortes, que leur recul numérique (voir *supra*) illustre. Les causes en sont plurielles, mais la mention d'un sous-financement chronique a été récurrente au cours des auditions. **Les centres médico-psychologiques (CMP) qui, « sous-financés, sont saturés »**⁽⁷⁾, sont les premiers concernés. Lors de son audition, Mme Amandine Buffiere, présidente de la Fédération des CMPP, étendait le constat aux centres médico-psycho-pédagogiques (CMPP), qui sont confrontés à une « *augmentation du nombre de consultations, de diagnostics et de prises en charge* », mais pour lesquels

(1) Audition du mardi 16 septembre 2025, compte rendu n°[7](#).

(2) Audition du mercredi 3 septembre 2025, compte rendu n°[3](#).

(3) M. Pierre de Maricourt, Audition du mercredi 3 septembre 2025, compte rendu n°[3](#).

(4) M. Charles Guépratte, Audition du mercredi 24 septembre 2025, compte rendu n°[16](#).

(5) Audition du mardi 16 septembre 2025, compte rendu n°[7](#).

(6) Audition du mercredi 3 septembre 2025, compte rendu n°[3](#).

(7) M. Raphaël Moreau, Audition du mercredi 24 septembre 2025, compte rendu n°[18](#).

« les moyens d'accompagnement et de soins n'ont jamais suivi »⁽¹⁾. Trente candidatures correspondent ainsi parfois à six places d'orthophonie, imposant des critères de sélection restrictifs et subjectifs⁽²⁾. De nombreuses structures assurant un suivi ambulatoire sont confrontées à d'importantes limitations matérielles, jusque dans le cadre étudiant, où « les services de santé étudiants (SSE), également saturés, ont souvent du mal à donner suite aux demandes de rendez-vous »⁽³⁾. Les équipes mobiles, dont l'utilité est démontrée pour assurer la prise en charge de publics particulièrement vulnérables, sont elles aussi sous-financées⁽⁴⁾.

Enfin, les prises en charge à domicile n'échappent pas à des carences matérielles importantes. En 2022, la Cour des comptes constatait ainsi que les financements des services de soins à domicile (Ssiad) et des services polyvalents d'aide et de soins à domicile (Spasad) étaient excessivement contraints et stables dans le temps, avec une évolution à peine supérieure à l'inflation au cours de la période 2007-2017⁽⁵⁾. Une réforme d'ensemble de l'offre de service à domicile est depuis lors intervenue, mais les carences quantitatives et les manques de moyens financiers dans certaines structures n'ont pas été résorbés. L'accès à un service d'accompagnement à la vie sociale (SAVS) ou à un Samsah (service d'accompagnement médico-social pour adultes handicapés) demeure très difficile en raison d'une offre limitée.

iv. Cartographie des disparités quantitatives

Le prisme quantitatif impose, en outre, de constater les importantes disparités géographiques qui affectent l'offre de prise en charge du handicap et des troubles de la santé mentale. Dans certains cas, ces disparités sont masquées par des données nationales en trompe-l'œil. Dans d'autres, elles aggravent des carences mesurables à l'échelle nationale.

S'agissant des troubles de la santé mentale, la cartographie de la répartition des médecins psychiatres libéraux sur le territoire illustre le biais qui résulte de l'agrégation des données au niveau national. Alors que Paris comptait 59,8 cabinets principaux de psychiatres libéraux pour 100 000 habitants de plus de 20 ans en 2024, 92 départements comptaient moins de 10,4 cabinets principaux pour 100 000 habitants de plus de 20 ans, et parmi eux 56 départements affichaient une densité inférieure à 5,3 cabinets principaux pour 100 000 habitants de plus de 20 ans. Des données aberrantes biaissent ainsi à la hausse la moyenne nationale, comme le met en évidence la moyenne nationale. La médiane s'établit ainsi à 5,3 cabinets principaux pour 100 000 habitants de plus de 20 ans⁽⁶⁾. Une

(1) *Audition du mardi 23 septembre 2025, compte rendu n° 14.*

(2) *Ibid.*

(3) *Mme Bénédicte de Percin, audition du mardi 14 octobre 2025, compte rendu n° 30.*

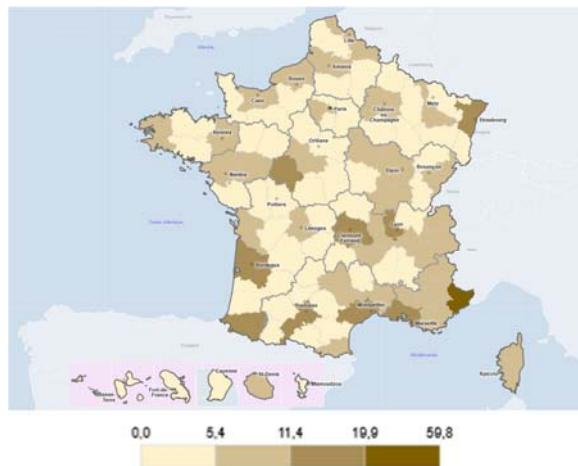
(4) *Audition du mardi 23 septembre 2025, compte rendu n° 14.*

(5) *Cour des comptes, Les services de soins à domicile, 24 janvier 2022.*

(6) *Institut de recherche et documentation en économie de la santé (Irdes), Institut national de la statistique et des études économiques (INSEE), via le Système d'information inter-régional en santé (Sirsé), consulté le 10 novembre 2025.*

cartographie départementale, comparée à la cartographie des décès par suicide (voir *supra*), met en évidence une corrélation négative forte. Une cartographie par arrondissement départemental illustre la concentration de l'offre de soins libérale sur les grands pôles urbains, et de fortes disparités entre le pourtour méditerranéen, l'Est et le centre du pays.

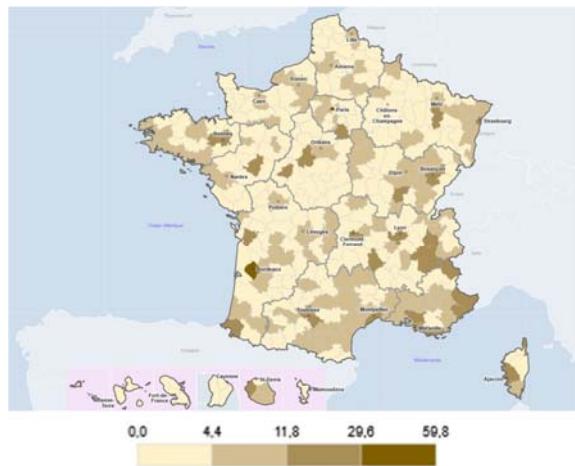
Densité de cabinets principaux de médecins psychiatres libéraux par département en 2024



Source : Institut de recherche et documentation en économie de la santé (Irdes), Institut national de la statistique et des études économiques (Insee), via le [Système d'information inter-régional en santé \(Sirsé\)](#), consulté le 10 novembre 2025

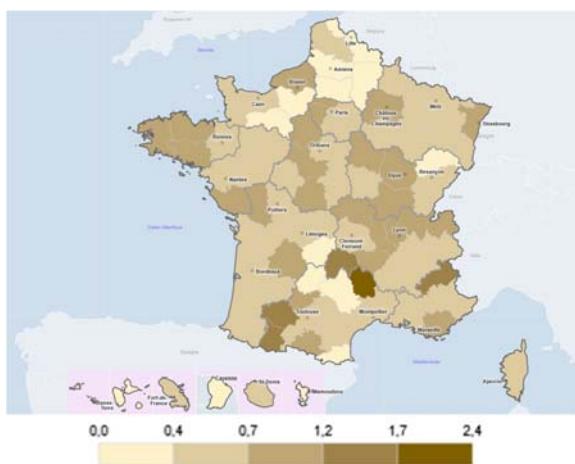
Lecture : le département des Alpes-Maritimes comptait 19,9 cabinets principaux de médecins psychiatres libéraux pour 100 000 habitants de plus de 20 ans en 2024.

Densité de cabinets principaux de médecins psychiatres libéraux par arrondissement départemental en 2024



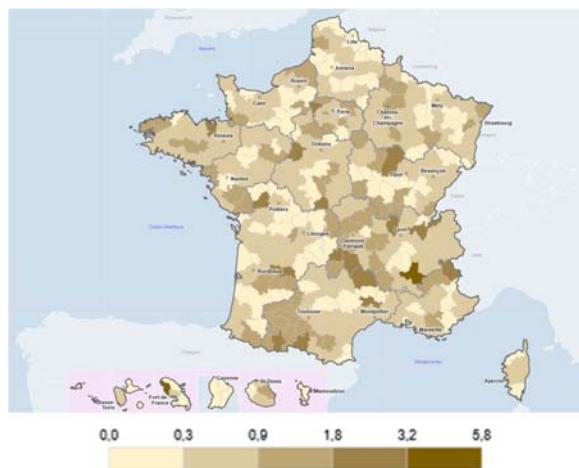
Source : Irdes, Insee, via le [Système d'information inter-régional en santé \(Siré\)](#), consulté le 10 novembre 2025
Lecture : l'arrondissement départemental de Bordeaux comptait 29,8 cabinets principaux de médecins psychiatres libéraux pour 100 000 habitants de plus de 20 ans en 2024.

Taux d'équipement en accueil et accompagnement médicalisé pour personnes handicapées par département en 2024



Source : Irdes, Insee, via le [Système d'information inter-régional en santé \(Siré\)](#), consulté le 10 novembre 2025
Lecture : le département du Gers comptait 1,2 place d'accueil ou d'accompagnement médicalisé pour personnes handicapées pour 1 000 habitants de plus de 20 ans en 2024.

Taux d'équipement en accueil et accompagnement médicalisé pour personnes handicapées par arrondissement départemental en 2024



Source : Irdes, Insee, via le [Système d'information inter-régional en santé \(Sirsé\)](#), consulté le 10 novembre 2025
Lecture : l'arrondissement départemental de Châlons-en-Champagne comptait 0,7 place d'accueil ou d'accompagnement médicalisé pour personnes handicapées pour 1 000 habitants de plus de 20 ans en 2024.

S'agissant des disparités quantitatives des politiques du handicap, il est malaisé d'isoler un indicateur central, tant les disparités de prise en charge varient d'une situation de handicap à l'autre. **Le taux d'équipement en accueil et accompagnement médicalisé pour personnes handicapées** fournit cependant un exemple relativement transversal. Au niveau départemental, les disparités sont relativement faibles, avec toutefois un sous-équipement notable en région Hauts-de-France et d'importantes variations en région Occitanie. Ventilé par arrondissement départemental, il met notamment en évidence des disparités géographiques moindres que celles observées en santé mentale, sans valeur aberrante significative, et une forte décorrélation des pôles urbains.

b. Des carences qualitatives

i. Une hyperspécialisation et des dispositifs insuffisamment ciblés

Les manques de prises en charge et de professionnels généralistes, évoqués plus haut, coexistent avec une hyperspécialisation qui, bien que nécessaire dans des cas précis, s'avère sous-optimale dans la situation de crise que connaissent les politiques du handicap et de la santé mentale. Cette hyperspécialisation concerne également les champs de la santé mentale et du handicap, mais s'y incarne de façon différenciée.

Dans le champ du handicap, l'hyperspécialisation est ancienne, et réside dans la segmentation catégorielle des établissements sur lesquels s'appuient les prises en charges les plus ciblées. Un tel paradigme repose sur une

« typologie fine du handicap », et se distingue fortement de l'approche d'autres pays européens, au sein desquels les établissements ont une « vocation universelle d'accueil dans la proximité »⁽¹⁾. **Un socle commun de prise en charge fait aujourd'hui défaut en France.** Les conséquences en sont plurielles. D'abord, cette spécialisation fait peser une charge supplémentaire sur les personnes handicapées et leurs familles, à qui il revient de trouver la meilleure prise en charge possible⁽²⁾. Ensuite, elle accentue l'iniquité territoriale, car « la spécialisation va de pair avec le regroupement », alors qu'un système polyvalent, organisé sur une base territoriale, offrirait « plus de leviers pour mieux répartir l'offre sur l'ensemble de la région »⁽³⁾. Enfin, la surspécialisation s'accompagne d'un risque de dispersions des moyens, qu'ils soient humains ou matériels, en interdisant toute économie d'échelle ou mutualisation de ressources entre structures. M. Denis Robin, directeur général de l'Agence régionale de santé (ARS) d'Île-de-France et président du collège des directeurs généraux d'ARS, évoquait une perspective prometteuse en île de France, qui n'est pas encore matérialisée : « *L'idée est de mettre fin à la spécialisation des établissements et de lui substituer une territorialisation des prises en charge, à l'instar de la sectorisation dans le domaine de la santé mentale. Autrement dit, les établissements devraient couvrir l'ensemble du spectre des handicaps à prendre en charge sur un même territoire. Une plateforme de régulation, qui serait l'interlocutrice des familles, aurait l'obligation de trouver une solution de prise en charge à toute personne du territoire dont elle a la charge* »⁽⁴⁾.

Le champ de la psychiatrie a été historiquement moins spécialisé. En effet, il a été organisé territorialement par la sectorisation. Au cours des trente dernières années, des structures plus spécialisées se sont développées, comme les maisons des adolescents. **Les centres experts sont apparus en 2010.** Au nombre de 53, ils ont vocation à réaliser des bilans diagnostiques exhaustifs, et s'appuient sur des professionnels hautement spécialisés. Conçus par la fondation FondaMental⁽⁵⁾ et déployés en lien avec la DGOS et les ARS, hébergés au sein des services hospitaliers, les centres experts interviennent en particulier dans les périmètres des dépressions résistantes, de la schizophrénie, des troubles bipolaires et des troubles du spectre autistique. Considérant qu'il s'agit d'une importante « innovation organisationnelle », Mme Marion Leboyer, professeure de psychiatrie et directrice générale de la fondation, soulignait lors de son audition par la commission d'enquête qu'ils ont fait l'objet d'évaluations d'impact particulièrement concluantes. En particulier, ils permettent d'améliorer le pronostic à court terme, de diminuer les symptômes ou de diminuer drastiquement le nombre de journées d'hospitalisation et de réhospitalisation pour les patients atteints de troubles bipolaires. Pour les patients souffrant de schizophrénie, un bilan au sein d'un centre expert permet de « diminuer la sévérité de la maladie, d'améliorer le fonctionnement, la qualité de vie et l'adhérence aux traitements,

(1) M. Maelig Le Bayon, *Audition du mardi 9 septembre 2025, compte rendu n°4*.

(2) *Audition du mardi 23 septembre 2025, compte rendu n°12*.

(3) M. Denis Robin, *Audition du mardi 23 septembre 2025, compte rendu n°12*.

(4) *Ibid.*

(5) *Fondation de coopération scientifique reconnue d'utilité publique.*

ainsi que de diminuer le nombre de journées d'hospitalisation et de réduire les symptômes, en particulier dépressifs »⁽¹⁾. Toutefois, les centres experts font l'objet de critiques, qui relativisent ces évaluations ou en récusent l'intérêt. M. Sébastien Ponnou, professeur des universités en sciences de l'éducation et responsable du laboratoire commun Eole⁽²⁾ de l'université Paris 8, affirmait ainsi, lors de son audition, qu'ils « *constituent l'archétype de ce qu'il ne faudrait pas faire si l'on veut retrouver les fondements des pratiques de soins, d'éducation et d'intervention sociale* », et même qu'ils « *ne sont pas des entités naturelles et ne font pas de diagnostics fiables* »⁽³⁾. **La controverse repose en particulier sur le fait que les centres experts ne sont pas dédiés aux soins mais seulement au diagnostic**, et n'accueillent donc que des patients par ailleurs pris en charge dans des services de soins. M. Sébastien Ponnou voyait en cela une défaillance de principe, considérant que l'*« on ne peut pas dissocier le diagnostic et le soin, a fortiori en psychiatrie* »⁽⁴⁾. Certains auditionnés ont au contraire souligné la complémentarité de ces structures avec l'offre de soins psychiatriques généralistes, à l'instar de M. Florian Porta Bonete, psychiatre, chef de service à l'hôpital Charles Perrens de Bordeaux, qui observait que les « *centres experts sont utiles par leur fonction d'évaluation, mais [qu']ils doivent rester à leur place* » soulignant notamment qu'il ne leur faut pas « *empiéter sur la psychiatrie sectorielle, chargée, quant à elle, du suivi* »⁽⁵⁾. Il n'en demeure pas moins que **ces structures sont consommatrices de ressources humaines et matérielles, dans un contexte de forte carence**. Leur attractivité comparative, notamment auprès des jeunes médecins, favorise la surspécialisation, notamment à raison d'un cadre plus favorable. Interrogée sur le risque de surspécialisation, Mme Anne-Carole Bensadon, inspectrice générale des affaires sociales, déclarait qu'*« il est certain qu'un psychiatre choisira plus volontiers de s'installer au sein d'une structure dotée de moyens que de rejoindre les urgences en psychiatrie* »⁽⁶⁾. Au regard de ces controverses, le rapporteur souligne la nécessité de procéder à une évaluation fine de ces dispositifs et de leur impact.

Paradoxalement, dans ce contexte d'hyperspécialisation, des surspécialisations professionnelles font défaut. S'agissant de la psychiatrie, **la surspécialisation en pédopsychiatrie est particulièrement affectée par des difficultés de ressources humaines, affichant un sous-effectif alarmant**. M. Philippe Gouet, président du conseil départemental du Loir-et-Cher, et président du groupe de travail « Santé » de l'association Départements de France, rappelait lors de son audition que « *le Conseil national de l'Ordre des médecins (Cnom)*

(1) Mme Marion Leboyer, audition du mercredi 3 septembre 2025, compte rendu n°2. Voir Henry et al., [Outcomes for bipolar patients assessed in the French expert center network: A 2-year follow-up observational study \(FondaMental Advanced Centers of Expertise for Bipolar Disorder \[FACE-BD\]\)](#), mars 2017 et Leboyer et al., [Key findings on bipolar disorders from the longitudinal FondaMental Advanced Center of Expertise-Bipolar Disorder \(FACE-BD\) cohort](#), mars 2022.

(2) Observatoire épidémiologique et clinique de l'enfant et de l'adolescent : psychiatrie, handicap, protection de l'enfance.

(3) Audition du mercredi 3 septembre 2025, compte rendu n°2.

(4) Ibid.

(5) Audition du mardi 23 septembre 2025, compte rendu n°13.

(6) Audition du mercredi 1^{er} octobre 2025, compte rendu n°24.

dénombré moins de 700 pédopsychiatres, dont près d'un tiers a au moins 60 ans »⁽¹⁾. Ainsi, vingt départements en France n'en comptent aucun, et trente-deux n'en comptent qu'un seul⁽²⁾, parmi lesquels l'Orne, département d'élection de Mme Chantal Jourdan à qui cette donnée a été confirmée lors de sa visite au Centre psychothérapique de l'Orne dans son département d'élection. Le manque de pédopsychiatres a également été constaté par Mme Lisette Pollet, députée de la Drôme, lors de sa visite du centre hospitalier Drôme-Vivarais, où la moitié des postes de pédopsychiatres sont vacants, phénomène qui s'explique par des départs à la retraite et des conversions vers le secteur libéral. **Sans atteindre une situation aussi critique, des professionnels surspécialisés font aussi défaut parmi les psychologues, notamment en neuropsychologie et en psychologie clinique.** Cette carence cause d'importantes difficultés pour suivre efficacement les troubles du développement et les maladies neurodégénératives⁽³⁾.

Enjeu voisin, le mauvais ciblage de certains dispositifs de prise en charge et fréquent. Le dispositif « Mon soutien psy » en constitue un exemple caractéristique. Consistant en un remboursement des consultations effectuées auprès de psychologues libéraux partenaires de l'assurance maladie (voir *supra*), il est caractérisé par plusieurs défaillances. En premier lieu, **il ne concerne que peu de patients**, en moyenne 131 par praticien pour un total de 4,7 millions de séances, **avec un niveau de persistance très faible**⁽⁴⁾. Cela résulte, notamment, de la limitation du remboursement à 12 séances, qui ne permet d'assurer un suivi longitudinal satisfaisant. En second lieu, **l'efficacité du dispositif est vraisemblablement diluée dans un effet d'aubaine qui n'est pas évalué pour l'heure**, tant le dispositif concerne un volume marginal des besoins, notamment du fait d'une offre contrainte par le **faible nombre de psychologues participants** – il s'établit à environ 27,6 % de l'ensemble des psychologues libéraux, chacun ne consacrant en moyenne qu'une part très minoritaire de son activité aux consultations dans le cadre du dispositif⁽⁵⁾. L'analyse des pouvoirs publics est d'ailleurs fortement partagée à l'égard de « Mon soutien psy ». Alors que M. Thomas Fatôme, directeur général de la Caisse nationale d'assurance maladie (CNAM), évoquait lors de son audition un « *levier très puissant* »⁽⁶⁾, le délégué ministériel à la santé mentale et la psychiatrie, M. Frank Bellivier, adoptait un discours différent, considérant que « *les premières analyses montrent que quelques séances avec un psychologue peuvent permettre de tiédir ou de refroidir certaines situations* »⁽⁷⁾. Auditionnés, les représentants du syndicat national des psychologues (SNP) se montraient très critiques. Ils déclaraient que le dispositif « *n'est pas du tout à la hauteur des enjeux* », considérant notamment qu'il se fonde sur l'*« invention*

(1) *Audition du mardi 16 septembre 2025, compte rendu n°8*.

(2) *Ibid.*

(3) *Audition du mardi 23 septembre 2025, compte rendu n°12*.

(4) *Données recueillies par sondage et accessibles sur le site internet de l'assurance maladie*, consulté le 11 novembre 2025.

(5) *Calcul sur la base des données démographiques Drees pour 2025*.

(6) *Audition du mardi 9 septembre 2025, compte rendu n°4*.

(7) *Audition du mercredi 3 septembre 2025, compte rendu n°3*.

administrative » que sont les troubles légers à modérés, catégorie « *qui ne correspond à aucune recherche internationale en psychopathologie clinique* »⁽¹⁾. Ils lui reprochaient en outre une liste d'exclusions trop longue, qui en interdit par exemple le bénéfice aux personnes ayant déjà effectué une tentative de suicide. Dénonçant un « *dispositif de saupoudrage et de communication, destiné à prétendre qu'on s'occupe de la santé mentale en France* », les représentants du syndicat approuvaient même l'idée d'une réallocation des fonds du dispositif aux structures publiques, soulignant une « *vraie différence entre le travail réalisé en libéral, avec un psychologue seul, et le travail pluridisciplinaire qui peut être mené dans d'autres structures, par exemple les CMP* »⁽²⁾. De fait, au-delà de ces prises de position qui doivent être considérées à l'aune de leur subjectivité, l'échec de « *Mon soutien psy* » illustre l'insuffisance d'une solution bornée au cadre libéral, qui ne connaît pas les mêmes restrictions que les structures publiques.

ii. Une forte rigidité et un empilement systématique

Outre leur hyperspécialisation, les politiques de prise en charge se caractérisent par une forte dépendance au sentier (*path dependence*), c'est-à-dire au maintien dans un système même s'il s'avère ne pas être le meilleur, dont résultent obsolescences et archaïsmes. Cela prend notamment la forme de prestations inadaptées, d'un sous-développement des dispositifs innovants et d'une persistance de modes d'intervention brutalisants.

Les deux principales prestations sociales à destination des adultes en situation de handicap, la prestation de compensation du handicap (PCH) et l'allocation adulte handicapé (AAH) sont marquées par une incohérence entre objectif affiché et exécution pratique. Cette incohérence se traduit de façon différente, dans le premier cas par une insuffisance de la prestation, et dans le second cas par une relative indéfinition de l'objectif visé.

La prestation de compensation du handicap (PCH), introduite par la loi du 11 février 2005 (voir *supra*), couvre ainsi un spectre non-exhaustif de modes d'aide, et ne permet pas de constituer une véritable compensation. Mme Claire Hédon, Défenseure des droits, insistait sur le fait que **l'aide humaine qu'est supposée permettre la PCH « se limite aux besoins essentiels – manger, se laver, s'habiller – et exclut d'autres aspects de la vie sociale »**⁽³⁾. En outre, le montant de la PCH n'a, hors composante dédiée à l'aide humaine, pas évolué depuis 2006. Il en résulte parfois d'importants restes à charge⁽⁴⁾. Dans son périmètre d'attribution, la PCH a connu une évolution importante en 2022, matérialisée par un décret visant à mieux inclure les personnes atteintes de handicaps psychiques et mentaux⁽⁵⁾. Mais malgré la mise à disposition des maisons départementales des personnes handicapées

(1) *Audition du mercredi 1^{er} octobre 2025, compte rendu n°22.*

(2) *Audition du mercredi 1^{er} octobre 2025, compte rendu n°22.*

(3) *Audition du mardi 16 septembre 2025, compte rendu n°2.*

(4) *M. Raphaël Moreau, audition du mercredi 24 septembre 2025, compte rendu n°18.*

(5) *Décret n° 2022-570 du 19 avril 2022 relatif à la prestation de compensation mentionnée à l'article D. 245-9 du code de l'action sociale et des familles.*

(MDPH) d'un guide pratique d'application réalisé par la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie⁽¹⁾, son application demeure parcellaire. Mme Danièle Langlois, présidente d'Autisme France, regrettait lors de son audition le fait que « *ces critères nouveaux sont mal connus et mal mis en œuvre* »⁽²⁾. Au surplus, la PCH parentalité, prestation complémentaire destinée aux parents handicapés de jeunes enfants introduite en 2021, « *est critiquée pour ses critères restrictifs et son forfait inadapté aux besoins réels des parents handicapés* »⁽³⁾. Enfin, s'agissant des parents d'enfants en situation de handicap, l'existence d'un droit d'option entre PCH et complément de l'allocation d'éducation de l'enfant handicapé (AEEH) les constraint à une lecture comptable des droits reconnus à leurs enfants, dont le rapporteur considère qu'elle ne peut être que préjudiciable à la bonne appréhension des dispositifs de compensation des besoins d'accompagnement et des frais liés au handicap⁽⁴⁾.

L'allocation adulte handicapé (AAH), qui constitue la première prestation à destination des personnes en situation de handicap en termes de bénéficiaires (1,3 million de personnes) et de financements (13,8 milliards d'euros), a longtemps présenté une carence majeure en plaçant par sa conjugalisation les personnes handicapées dans une situation de dépendance économique vis-à-vis de leur partenaire. **La déconjugalisation de l'AAH, mise en œuvre par la loi du 16 août 2022⁽⁵⁾, a autonomisé et amélioré la situation matérielle de nombreuses personnes en situation de handicap.** Attendue de longue date par les associations de défense des personnes handicapées, elle a été adoptée à l'Assemblée nationale à l'unanimité moins une voix, signe d'un consensus en la matière. **Cependant, l'objet de l'AAH ressort moins lisible de cette évolution : ce n'est plus un minimum social, tout en n'étant pas davantage une prestation de compensation⁽⁶⁾.** L'AAH a donc désormais un objet qui souffre d'une relative indéfinition. Elle demeure, en outre, insatisfaisante dans ses modalités d'attribution, notamment du fait de l'incompatibilité d'un temps de travail supérieur à un mi-temps en milieu ordinaire et l'attribution de l'*« AAH 2 »*, qui est conditionnée à l'existence d'une restriction substantielle et durable pour l'accès à l'emploi (RSDAE). Cela pose des difficultés prégnantes s'agissant de l'emploi des personnes en situation de handicap (voir *infra*).

Au-delà des prestations sociales généralistes, une rigidité se distingue aussi dans les outils de prise en charges de certains troubles et handicaps précis, notamment ceux dont la prévalence mesurée a évolué au cours des dernières décennies. Les carences dans l'appréhension des troubles du neurodéveloppement (TND) en sont symptomatiques. Les personnes atteintes de troubles du spectre de l'autisme voient leurs besoins être évalués par les MPDH au moyen d'outils « *obsoletes et inadaptés* », qui ont été conçus pour appréhender les

(1) CNSA, [PCH – Mise en œuvre du décret n°2022-570 du 19 avril 2022, articles 2 et 3](#), 11 avril 2023.

(2) Audition du mercredi 22 octobre 2025, compte rendu n°[35](#).

(3) Mme Claire Hédon, audition du mardi 16 septembre 2025, compte rendu n°[7](#).

(4) C'est notamment un point soulevé par la Cour des comptes dans son [rapport consacré la PCH](#), remis à la commission des Finances le 3 décembre 2025.

(5) Loi n° 2022-1158 du 16 août 2022 portant mesures d'urgence pour la protection du pouvoir d'achat.

(6) Audition du mardi 16 septembre 2025, compte rendu n°[9](#).

troubles moteurs et n'ont été qu'imparfaitement adaptés en dépit des évolutions législatives. En particulier, « *le guide barème qui permet par exemple d'apprécier le taux d'incapacité, ou le certificat médical officiel sont inadaptés à l'autisme* »⁽¹⁾. De même, dans le cas du trouble du déficit de l'attention avec ou sans hyperactivité (TDAH), « *les personnes concernées sont souvent classées parmi les troubles du comportement, à partir de guides-barèmes obsolètes* »⁽²⁾. La durée de validité des certificats médicaux, qui est limitée à un an, est illustrative d'un défaut structurel d'adaptation à des troubles qui sont pérennes. **Il en résulte, pour beaucoup de situations de handicap qui ne correspondent pas précisément aux cas de figure prévus en 2005, une non-effectivité des droits reconnus par la loi.** Lors de son audition par la commission d'enquête, Mme Elisa Rojas, avocate à la cour, affirmait en ce sens que la loi du 11 février 2005 « *est obsolète depuis quinze ans* »⁽³⁾.

Si des dispositifs innovants émergent dans la prise en charge de nombreux troubles de la santé mentale et handicaps, ils ne bénéficient que rarement d'un soutien effectif.

Ainsi, la pair-aidance ne jouit pas d'un cadre juridique satisfaisant. Définie par la Haute Autorité de santé (HAS) comme « *un ensemble de pratiques qui procède de formes d'accompagnement ou encore d'entraide et de soutien, par lesquelles une personne s'appuie sur son savoir expérientiel vécu [...] pour aider d'autres personnes vivant des parcours similaires, des situations comparables* »⁽⁴⁾, elle correspond en pratique à une grande variété de situations. Elle repose par ailleurs sur des pairs aux profils et statuts très variés. Un continuum s'étend des **patients partenaires** (terme générique qui désigne des patients collaborant régulièrement avec les équipes de soins dans diverses tâches) aux **médiateurs de santé pairs** (professionnels disposant d'une licence de pair-aidant) en passant par les **patients experts** (patients qui ont développé une connaissance fine de leur maladie et en font bénéficier leurs pairs). Pour chacune des catégories de ce continuum, des pratiques très hétérogènes sont observées, et appellent une harmonisation. M. Maximilien Durant, médiateur de santé pair, témoignait en ce sens avoir été « *successivement qualifié d'agent d'entretien, puis d'adjoint administratif* », quand « *des collègues sont agents administratifs ou éducateurs spécialisés* »⁽⁵⁾. Les médiateurs de santé pairs sont alternativement assimilés à des agents de catégories A, B ou C, ce qui entraîne d'importantes variations de statut d'un cas à l'autre. Selon Mme Deborah Sebbane, psychiatre, professeure de médecine et directrice de centre collaborateur de l'OMS, la France dispose du « *modèle le plus abouti dans le domaine de la pair-aidance professionnelle* »⁽⁶⁾, mais ce modèle n'est que faiblement soutenu à plusieurs égards.

(1) Mme Danièle Langlois, *Audition du mercredi 22 octobre 2025, compte rendu n°35*.

(2) Mme Christine Gétin, *Audition du mercredi 22 octobre 2025, compte rendu n°35*.

(3) *Audition du jeudi 23 octobre 2025, compte rendu n°36*.

(4) HAS, *Note de cadrage – Pair aidance dans les organisations sanitaires, sociales et médico-sociales*, 14 janvier 2025.

(5) *Audition du jeudi 9 octobre 2025, compte rendu n°29*.

(6) *Audition du 23 octobre 2025, compte rendu n°37*.

• En premier lieu, les pairs-aidants professionnels font fréquemment face à **un manque de reconnaissance** de la part des équipes de soins qu'ils intègrent. M. Maximilien Durant mentionnait ainsi lors de son audition que, dans la première équipe où il avait été affecté, « *les membres de celle-ci ne savaient pas ce qu'était un médiateur de santé pair* », au point qu'il était parfois assimilé à un patient, ou qualifié de « *boulet de l'équipe* »⁽¹⁾.

• En second lieu, le manque patent de reconnaissance des médiateurs de santé pairs se double d'une forte incertitude sur la pérennité des postes, causée par **l'absence de financements dédiés**. De ce fait, « *les MSP exercent généralement leurs fonctions dans le cadre de CDD [...] sans avoir la garantie que le poste sera renouvelé d'une année sur l'autre* »⁽²⁾.

• En troisième lieu, **la rémunération des pairs aidants professionnels n'est pas uniformisée et organisée**. À l'image des statuts, elle varie considérablement d'une situation à l'autre, et s'établit en pratique à des niveaux très bas⁽³⁾. Mme Philippa Motte, consultante et auteure, considérait lors de son audition qu'« *il faut créer un métier, le définir par un référentiel* », notamment dans la perspective de garantir un salaire « *d'un montant suffisant pour que [les pairs aidants professionnels] aient l'envie d'exercer ce métier* »⁽⁴⁾. Subsidiairement, s'agissant des pairs aidants non professionnels, l'indéfinition de leur situation interdit souvent une rémunération effective de leur action. M. Maxime Perez Zitzvogel, cofondateur de l'association La Maison perchée, indiquait en ce sens qu'en outre-mer notamment, certains pairs aidants « *perçoivent moins que l'allocation adulte handicapé (AAH)* »⁽⁵⁾.

En matière de prise en charge des troubles de la santé mentale, **les équipes mobiles constituent un autre exemple d'insuffisance de soutien à un dispositif novateur et efficace**. Si elles permettent notamment de limiter la perte d'autonomie et d'intégration dans l'emploi et le logement des personnes atteintes de troubles psychiques⁽⁶⁾, leur coût élevé à court terme grève leur déploiement. En l'état, l'organisation et les moyens dont disposent les centres médico-psychologiques (CMP) interdisent leur développement, qui nécessiterait des financements dédiés⁽⁷⁾. Les équipes mobiles auraient pourtant un intérêt certain dans une perspective de coûts évités, car elles sont « *moins coûteuses en ressources humaines [que des lits de psychiatrie] et elles jouent un précieux rôle de repérage et de prévention* », notamment parce qu'elles « *permettent d'éviter une dégradation de la situation qui imposerait ensuite d'hospitaliser la personne* »⁽⁸⁾.

(1) *Audition du jeudi 9 octobre 2025, compte rendu n°29.*

(2) *Ibid.*

(3) *Ibid.*

(4) *Audition du mercredi 8 octobre 2025, compte rendu n°27.*

(5) *Audition du jeudi 9 octobre 2025, compte rendu n°29.*

(6) *Audition du mercredi 3 septembre 2025, compte rendu n°2.*

(7) *Audition du mercredi 24 septembre 2025, compte rendu n°16.*

(8) *Mme Anne Hegoburu, audition du mardi 9 septembre 2025, compte rendu n°5.*

Le rapporteur se désole que de tels dispositifs ne fassent pas davantage l'objet d'arbitrages budgétaires favorables, compte tenu des économies considérables qu'ils permettraient de réaliser à moyen et long terme.

Enfin, les mesures brutalisantes demeurent habituelles dans le cadre des hospitalisations sous contrainte, en dépit des consécrations législatives successives des droits des personnes prises en charge dans ce cadre (voir *supra*). L'expérience de Mme Philippa Motte, retranscrite dans le récit autobiographique *Et c'est moi qu'on enferme*, illustre combien certaines pratiques constituent des démonstrations de brutalité pour les personnes. Il en va notamment ainsi de l'isolement dans des pièces fermées sans présence de soignants et de la contention mécanique, qui concernent respectivement 28 000 et 8 000 personnes en France⁽¹⁾. Ces pratiques, dont la nécessité est parfois avérée, s'inscrivent dans un cadre légal précis, qui les cantonne à un strict dernier recours : il ne peut en être fait usage que pour prévenir un « dommage immédiat ou imminent pour le patient ou autrui », après décision motivée d'un psychiatre et uniquement de façon « adaptée, nécessaire et proportionnée »⁽²⁾. Malgré cela, leur usage progresse, et s'établit à un niveau élevé par rapport à d'autres pays⁽³⁾. Lors de son audition par la commission d'enquête, la Défenseure de droits a souhaité signaler des fréquents manquements à l'obligation d'information des droits et voies de recours des personnes hospitalisées sans consentements. Elle a en outre déclaré que « *le manque d'effectifs conduit à des restrictions injustifiées des libertés – limitations des déplacements, isolements abusifs, recours excessifs à la contention* »⁽⁴⁾. La perspective d'une interdiction de certaines pratiques particulièrement attentatoires aux libertés se dessine toutefois. Une partie de l'Association des jeunes psychiatres et des jeunes addictologues s'est ainsi récemment prononcée en faveur de l'abolition de l'isolement et de la contention⁽⁵⁾.

Par ailleurs, le recours à la prescription médicamenteuse demeure extrêmement élevé et mal ciblé en France, notamment dans le cadre des consultations de médecine générale. M. Denis Raynaud, directeur de l'Institut de recherche et de documentation en économie de la santé (Irdes), relevait ainsi que « pour certaines classes thérapeutiques, notamment les anxiolytiques, les écarts entre l'Allemagne et la France vont de 1 à 10 »⁽⁶⁾. Entre 2019 et 2022, 13,6 % des personnes âgées de plus de 18 ans avaient perçu au moins 3 délivrances de traitement psychotrope (antidépresseurs, anxiolytiques ou hypnotiques

(1) Irdes, *Isolement et contention en psychiatrie en 2022 : un panorama inédit de la population concernée et des disparités d'usage entre établissements*, février 2024.

(2) Article L. 3222-5-1 du code de la santé publique.

(3) Audition du mercredi 3 septembre 2025, compte rendu n°2.

(4) Audition du mardi 16 septembre 2025, compte rendu n°2.

(5) Collectif, « *Nous plaidons pour l'abolition des pratiques d'isolement et de contention, en augmentation constante* », Le Monde, 27 mai 2025.

(6) Audition du mercredi 3 septembre 2025, compte rendu n°2.

notamment) ⁽¹⁾. Dans le même temps, d'autres traitements sont sous-prescrits, à l'instar de ceux permettant la prise en charge des troubles du déficit de l'attention avec ou sans hyperactivité (TDAH) ⁽²⁾.

iii. Des prises en charges parfois totalement inadaptées

Certaines prises en charge du handicap et des troubles de la santé mentale s'avèrent totalement inadaptées, notamment lorsqu'il s'agit de solutions de repli ou de publics particulièrement vulnérables.

En cas d'absence de solution dans le cadre médico-social, l'hospitalisation dans le cadre psychiatrique constitue encore parfois une solution de substitut. S'il est impossible d'évaluer le nombre de personnes concernées par de telles défaillances, les exemples individuels sont fréquents. Lors de son audition, Mme Claire Hédon a ainsi porté à la connaissance de la commission d'enquête un cas particulièrement dramatique : « *Nous avons reçu en 2023 la réclamation d'une mère au sujet de la prise en charge de sa fille atteinte d'autisme sévère. En l'absence de solutions d'accueil adaptées dans le secteur médico-social, faute de places disponibles et d'alternatives, cette jeune fille alors âgée de 15 ans avait été hospitalisée sans justification médicale pendant plus de deux ans dans un établissement psychiatrique, au sein d'un service destiné aux patients adultes. Elle y était confinée plus de vingt heures par jour dans une chambre d'isolement verrouillée et était déscolarisée. En outre, les soins somatiques nécessaires, notamment dentaires, semblaient avoir été négligés par l'équipe de cet établissement psychiatrique. Ce cas doit nous alerter sur les conséquences dramatiques des hospitalisations de mineurs au sein d'unités psychiatriques pour adultes* » ⁽³⁾.

Lors de son audition, M. Pierre de Maricourt voyait dans **l'absence de capacité de prise en charge en aval la principale cause de mauvaise orientation vers les services de psychiatrie**. Il estimait ainsi à environ 30 % le nombre de lits occupés par des patients « *qui n'ont rien à faire à l'hôpital psychiatrique* » dans les unités qu'il supervise, considérant qu'elles étaient à cet égard « *représentatives du fonctionnement du système de soins* » ⁽⁴⁾.

Dans une perspective plus systématique, le cas des « amendements Creton » constitue une difficulté majeure pour les institutions à destination des mineurs, en particulier médico-éducatives. Résultant d'une disposition introduite par la loi du 13 janvier 1989 ⁽⁵⁾, ce mécanisme permet le maintien des jeunes adultes accueillis dans des établissements et services pour enfants handicapés en attendant de trouver une place dans des structures pour adulte. De fait, il aboutit à une embolisation

(1) Institut de recherche et documentation en économie de la santé (Irdes), Institut national de la statistique et des études économiques (INSEE), via le [Système d'information inter-régional en santé \(Sirsé\)](#), consulté le 10 novembre 2025.

(2) Audition du mardi 23 septembre 2025, compte rendu n°[13](#).

(3) Audition du mardi 16 septembre 2025, compte rendu n°[7](#).

(4) Audition du mercredi 3 septembre 2025, compte rendu n°[3](#).

(5) Loi n° 89-18 du 13 janvier 1989 portant diverses mesures d'ordre social.

des instituts médico-éducatifs (IME), qui accueillent quatre cinquièmes des bénéficiaires du mécanisme, et dont près de 8 % des places étaient occupées par des adultes en 2022⁽¹⁾. Au total, 7 700 jeunes adultes bénéficiaient de l'amendement Creton la même année, contre 6 600 en 2018⁽²⁾ et 5 700 en 2014⁽³⁾. Une mission de l'inspection générale des affaires sociales (Igas) est en cours sur la situation spécifique des IME⁽⁴⁾.

Outre les options par défaut, l'inadaptation des solutions de prise en charge concerne aussi les publics vulnérables. Les personnes en situation de grande précarité font ainsi face à une carence totale de dispositif adapté, notamment en matière de santé mentale. Au-delà de la plus forte prévalence de troubles psychiques chez les personnes en situation de précarité (voir *supra*), « *il est évident que [celle-ci] amplifie de manière très importante les problèmes des personnes atteintes de troubles mentaux* »⁽⁵⁾. Pourtant, très peu de ressources matérielles et humaines sont dédiées à l'accompagnement des personnes en grande précarité. Les postes au sein des équipes mobiles psychiatrie précarité (EMPP) du groupe hospitalier universitaire (GHU) de Paris psychiatrie et neurosciences sont ainsi « *souvent occupés par des jeunes professionnels tout juste sortis de la fac, qui se retrouvent seuls face à des pathologies lourdes* »⁽⁶⁾. Si une prise en charge sectorisée des personnes vivant dans la rue est organisée, elles sont généralement mal accueillies au sein des structures du secteur désigné. En outre, la situation de saturation des centres médico-psychologiques (CMP) rend leur adaptation à l'accueil des personnes en grande précarité plus difficile encore. La prise en charge de la santé mentale des personnes sans abri repose donc en grande partie sur des associations qui n'ont pas la capacité de se substituer aux parcours de soins habituels, à l'instar du Samusocial de Paris, qui ne compte qu'un poste de psychiatre, deux à trois postes de psychologues, une neuropsychologue et une infirmière⁽⁷⁾.

Les enfants bénéficiant de mesure d'aide sociale à l'enfance (ASE) sont également particulièrement concernés par des inadéquations de prise en charge. De forts liens statistiques existent entre handicap et ASE, près de 15 % des jeunes handicapés dans les ESMS dédiés bénéficiant d'une mesure de l'ASE – soit 26 000 enfants. Parmi eux, la moitié ont comme déficience principale un trouble du psychisme, du comportement ou de la communication⁽⁸⁾. Lors de son audition, Mme Céline Greco, professeure de médecine et présidente de l'association Im'pactes, avançait des données alarmantes au sujet des jeunes confiés à l'ASE, déclarant qu'« *un jeune sur deux présente des troubles psychiques* », que « *près de*

(1) DREES, [Le handicap en chiffres](#), 3 décembre 2024.

(2) Ibid.

(3) Drees, [Les jeunes adultes relevant de l'amendement Creton](#), juin 2019.

(4) Audition du mercredi 10 septembre 2025, compte rendu n°[6](#).

(5) M. Denis Robin, Audition du mardi 23 septembre 2025, compte rendu n°[12](#).

(6) Mme Florence Louppe, Audition du mercredi 24 septembre 2025, compte rendu n°[17](#).

(7) Ibid.

(8) Drees, [Le handicap en chiffres](#), 3 décembre 2024.

40 % d'entre eux souffrent de troubles du sommeil » et que « plus de 55 % manifestent des troubles du comportement ». Elle s'inquiétait de ce que la non-prise en charge de ces troubles entraîne une aggravation progressive et, à terme, « une perte d'espérance de vie de 20 ans », soulignant le fait que **les enfants bénéficiant de mesure d'ASE sont 120 fois plus fréquemment hospitalisés en pédopsychiatrie que l'ensemble des enfants**⁽¹⁾.

En dépit de ces constats, de nombreuses défaillances persistent notamment en matière de coordination entre protection de l'enfance et psychiatrie, ce qui a conduit la HAS à formuler en mai 2025 une recommandation de bonne pratique *ad hoc* dans le cadre d'une auto-saisine⁽²⁾. La juxtaposition des différents âges de passage à l'âge adulte illustre cette carence qualitative majeure : « *le passage de l'enfance à l'âge adulte n'intervient pas au même moment selon qu'on se situe dans le champ du handicap – 20 ans –, de l'aide sociale à l'enfance – 21 ans – ou de la pédopsychiatrie – 16 ans* », ce qui conduit les différents acteurs à « *se renvoyer la balle* », au détriment de la bonne prise en charge du jeune adulte⁽³⁾. Par ailleurs, la non-effectivité du bilan de santé des mineurs suivis par l'ASE demeure d'actualité, et ne comporte pas de volet dédié aux troubles de la santé mentale, ainsi que le constatait un rapport parlementaire remis en juillet 2025⁽⁴⁾. Un grand nombre d'archaïsmes perdurent concomitamment, comme la nécessité d'une autorisation parentale pour le suivi sanitaire des enfants placés, qui entraîne des ralentissements et des retards de prise en charge considérables⁽⁵⁾.

iv. Une formation des professionnels de santé insuffisante

La formation des professionnels, et en particulier des médecins généralistes, constitue une autre défaillance qualitative transversale. Elle a été qualifiée de « *barrière importante à la prise en charge de la santé mentale en France* »⁽⁶⁾ lors des auditions conduites par la commission d'enquête, et porte tant sur la formation initiale que sur la formation continue.

En particulier, un défaut de considération pour la santé mentale dans la formation initiale des médecins et des professionnels de santé a été régulièrement relevé. M. Philippe Gouet, président du conseil départemental du Loir-et-Cher, et président du groupe de travail « Santé » de l'association Départements de France, rappelait en ce sens que les futurs médecins généralistes bénéficient d'environ cinquante heures d'enseignement consacrées à la psychiatrie au cours de l'ensemble de leurs études, et les futurs infirmiers d'environ dix-sept⁽⁷⁾. Alors que les médecins généralistes assurent la grande majorité des premières

(1) *Audition du mardi 21 octobre 2025, compte rendu n°33.*

(2) HAS, *Coordination entre protection de l'enfance et psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent*, 26 mai 2025.

(3) Mme Anne Morvan-Paris, *Audition du mardi 9 septembre 2025, compte rendu n°5.*

(4) Nathalie Colin-Oesterlé et Anne Stambach-Terrenoir, *Rapport d'information déposé en conclusion des travaux d'une mission d'information sur la santé mentale des mineurs*, juillet 2025.

(5) *Ibid.*

(6) Mme Coralie Gandré, *Audition du mercredi 3 septembre 2025, compte rendu n°2.*

(7) *Audition du mardi 16 septembre 2025, compte rendu n°8.*

consultations de psychiatrie (voir *supra*) et que les infirmiers sont omniprésents dans la prise en charge des troubles de la santé mentale, le volume horaire de l'approche théorique des troubles de la santé mentale dans leurs formations apparaît faible. L'évitement des stages en psychiatrie résultant de l'appréhension de conditions difficiles (voir *supra*) s'ajoutant à cette carence, les premiers contacts des jeunes professionnels de santé avec les troubles de la santé mentale interviennent souvent lorsque ceux-ci commencent à exercer.

Les carences de la formation initiale ne sont en outre pas compensées par la formation continue, qui constitue, s'agissant des médecins, un « système en échec » selon la Cour des comptes⁽¹⁾. Les informations collectées sur le nombre de médecins respectant leurs obligations de formation continue sont méthodologiquement insatisfaisantes, et n'excluent pas une sous-déclaration, mais elles constituent toutefois une indication utile d'ordre de grandeur. Ainsi, sur la période triennale 2020-2022, 14,4 % des médecins avaient pleinement satisfait à l'obligation de développement professionnel continu (DPC) qui résulte des dispositions du code de la santé publique⁽²⁾, et 12,3 % avaient engagé une démarche de DPC sans toutefois la terminer⁽³⁾.

Ces carences sont particulièrement ressenties dans le cadre de la prise en charge de certaines formes de handicap. En particulier, s'agissant des troubles du déficit de l'attention avec ou sans hyperactivité (TDAH), **42 % des parents d'enfants concernés estiment ainsi que « le premier médecin consulté ne possède pas une formation adéquate pour réaliser un repérage précoce, ni des connaissances suffisantes sur le TDAH »⁽⁴⁾.**

v. La complexité et la fragmentation des parcours

Les parcours des personnes souffrant de troubles de la santé mentale ou en situation de handicap sont en outre marqués par une complexité de l'offre de prise en charge, et par de fréquentes ruptures.

En premier lieu, la lisibilité de l'offre de prise en charge est très mauvaise. Une multiplicité de parcours, d'institutions et de dispositifs enchevêtrés se juxtapose, dans un environnement miné par une « *multitude de particularismes* »⁽⁵⁾. S'agissant en particulier de la santé mentale, l'absence de formalisation stricte de la gradation des soins – contrairement par exemple à ce qui prévaut au Royaume-Uni – constitue un écueil majeur⁽⁶⁾. M. Bruno Falissard, psychiatre et directeur de centre de recherche à l'Inserm, rapportait lors de son audition que « *l'Unafam, l'Union nationale de familles et amis de personnes malades et/ou handicapées psychiques, avait fait une liste des centaines*

(1) Cour des comptes, *La formation continue des médecins*, septembre 2024.

(2) Articles L. 4021-1 à L. 4022-11 du code de la santé publique.

(3) Cour des comptes, *La formation continue des médecins*, septembre 2024.

(4) Mme Claudine Casavecchia, *Audition du mercredi 22 octobre 2025, compte rendu n°35*.

(5) M. Frank Bellivier, *Audition du mercredi 3 septembre 2025, compte rendu n°3*.

(6) *Audition du mercredi 3 septembre 2025, compte rendu n°2*.

d'acronymes utilisés en psychiatrie – il y en a même plus de mille, dont 90 % me sont inconnus, même en pédopsychiatrie »⁽¹⁾. **Dans le champ du handicap, cette illisibilité entraîne parfois le choix de solutions inadaptées, tant les capacités d'accueil sont saturées et les institutions spécialisées.** M. Denis Robin témoignait en ce sens qu'il « *n'est pas rare d'entendre des familles nous dire qu'elles ont passé trente coups de téléphone dans la région et en dehors, et qu'elles ont fini par prendre la place qu'elles ont trouvée, même si elles avaient le sentiment que ce n'était pas ce qu'il aurait fallu* »⁽²⁾.

À la pluralité et l'atomicité de l'offre de prise en charge s'ajoute la complexité des parcours. Si les agences régionales de santé (ARS) expriment le souhait que la complexité des parcours soit intériorisée par les acteurs du système, de fait, la réalité matérielle en est encore loin⁽³⁾. Les remontées de terrain sont unanimes sur ce point, et la ministre déléguée chargée des personnes handicapées, Mme Charlotte Parmentier-Lecocq, affirmait lors de son audition en prendre la mesure⁽⁴⁾. Dans le champ du handicap, cette complexité prend essentiellement deux formes :

- **la complexité du droit applicable**, notamment dans le champ du handicap, qui, ainsi que le soulignait Mme Florence Magne, présidente de l'association des directrices et directeurs de MDPH, « *a un impact majeur sur les délais de traitement, sur la compréhension par les personnes et sur la réalité de la compensation du handicap* »⁽⁵⁾ ;

- **la complexité du système déclaratif et des dossiers MDPH**, qui peut causer d'importants ralentissements dans les procédures lorsque ces derniers ne sont pas complets. De manière illustrative, Mme Elvire Cassan, journaliste, évoquait lors de son audition le fait que cette complexité est si manifeste que « *certaines entreprises octroient des jours de congé à leurs collaborateurs concernés ou aidants, à travers des accords d'entreprise, pour la constitution de ces dossiers* »⁽⁶⁾. Dans le cas particulier de l'allocation adulte handicapé (AAH), M. Nicolas Grivel, directeur de la Caisse nationale des allocations familiales, observait ainsi que la complexité « *vient au détriment des bénéficiaires et les fragilise davantage encore* »⁽⁷⁾. **L'objectif de simplification qui sous-tendait la création du guichet unique que constituent les maisons départementales des personnes handicapées (MDPH) n'est en cela pas atteint.**

En second lieu, la fragmentation des parcours est patente, et conduit parfois à des situations d'errance. Cette fragmentation tient en grande partie à l'organisation morcelée du système de prise en charge, qui fera l'objet de

(1) *Audition du mercredi 3 septembre 2025, compte rendu n°2.*

(2) *Audition du mardi 23 septembre 2025, compte rendu n°12.*

(3) *Ibid.*

(4) *Audition du mardi 28 octobre 2025, compte rendu n°38.*

(5) *Audition du jeudi 25 septembre 2025, compte rendu n°21.*

(6) *Audition du mercredi 22 octobre 2025, compte rendu n°35.*

(7) *M. Nicolas Grivel, audition du mardi 16 septembre 2025, compte rendu n°9.*

développements ultérieurs (voir *infra*). Dans le champ du handicap, elle tient aussi à l’interaction entre l’exigence de renouvellement fréquent des dossiers MDPH et la longueur des délais de traitement de ceux-ci (voir *infra*). De façon générale, elle résulte donc directement ou indirectement de la saturation des structures et organes intervenant dans le processus de prise en charge.

Elle se caractérise par des ruptures dans les trajectoires de prise en charge, dont la fréquence et l’ampleur sont croissantes. Interrogé à ce propos, M. Bruno Falissard considérait sans ambiguïté que **la notion de « ruptures fréquentes dans les parcours de soins » relève désormais de l’« euphémisme, car il n’y a plus de parcours » et qu’en conséquence « la question de leur rupture ne se pose même plus »**⁽¹⁾. Lorsqu’elle s’aggrave, la rupture s’étend dans le temps, et aboutit au renoncement, qui entraîne dans un cercle vicieux aboutissant à une entrée dans la précarité physique et économique (voir *infra*)⁽²⁾.

Les tentatives d’obvier aux ruptures de parcours existent mais demeurent insuffisantes, tant dans le champ de la santé mentale que dans celui du handicap. Trente départements ont ainsi créé des commissions chargées d’examiner les cas complexes, et en particulier les cas de ruptures de parcours⁽³⁾. Ces initiatives apparaissent prometteuses, mais gagneraient à être systématisées et approfondies. Dans le même sens, la Caisse nationale des allocations familiales (CNAF) a créé des procédures cadrées permettant de prolonger les droits de certains bénéficiaires qui auraient déposé auprès de leur MDPH une demande dont il est certain que le risque de rejet est faible. S’agissant du handicap, le changement de perspective d’une logique de « places » à une logique de « solutions » est supposé renforcer la continuité des parcours, mais doit pour cela être accompagné d’un « choc d’offre »⁽⁴⁾, qui pour l’heure ne se concrétise pas.

vi. Inégalités de prise en charge

Des inégalités de prise en charge peuvent être identifiées en matière financière, socio-culturelle et géographique.

Les inégalités les plus apparentes sont financières, et passent par les coûts apparents, c’est-à-dire ceux assumés par les personnes prises en charge. **En matière de santé mentale, le principe de la gratuité prévaut au sein des structures publiques de prise en charge**, mais il est remis en cause par deux processus de fond.

D’une part, **la généralisation des dépassements d’honoraires** dans le cadre libéral contribue à rendre les consultations de psychiatrie inaccessibles aux personnes n’ayant pas les moyens financiers d’assumer les coûts qui en résultent. La psychiatrie, en particulier, est l’une des spécialités médicales les plus affectées

(1) *Audition du mercredi 3 septembre 2025, compte rendu n°2*

(2) *Audition du mardi 16 septembre 2025, compte rendu n°7*

(3) *Audition du mardi 16 septembre 2025, compte rendu n°8*

(4) *M. Benjamin Voisin, audition du mercredi 10 septembre 2025, compte rendu n°6*

par ce phénomène, les dépassements d'honoraires représentant en moyenne 40 % du revenu libéral des praticiens de secteur 2. La proportion de psychiatres conventionnés secteur 2 ou secteur 1 avec dépassement permanent est d'ailleurs en forte accélération : elle est passée de 26 % en 2000 à 30 % en 2010 et 48 % en 2024. Cette proportion s'établit même à 72 % chez les nouveaux installés, augurant d'une poursuite de cette trajectoire⁽¹⁾. Par ailleurs, les prises en charge libérales n'offrent pas les mêmes garanties de suivi et de coordination que celles intervenant dans le cadre hospitalier ou au sein de structures pluridisciplinaires. Mme Maude Espagnacq, maîtresse de recherche à l'Institut de recherche et de documentation en économie de la santé (Irdes), soulignait ainsi que « *lorsque l'on a besoin de soins pluridisciplinaires, piocher à droite et à gauche dans l'offre libérale peut se révéler complexe car cela demande du temps, des moyens et la capacité de les organiser* »⁽²⁾.

D'autre part, **l'essor du secteur privé lucratif**, qui revendique un coût global de prise en charge par patient plus faible, constitue *de facto* un facteur d'inégalité financière de premier ordre en se substituant progressivement au secteur public. En effet, l'offre de soins n'y est pas accessible financièrement, et les coûts sont souvent mal couverts par les complémentaires santé. De fait, « *le modèle économique de ces cliniques reposant sur la rentabilité, elles sélectionnent les patients* » relevait à ce titre M. Pierre de Maricourt⁽³⁾.

En matière de handicap, une inégalité de fait existe entre une prise en charge au sein d'établissements saturés et dont les personnels sont sur-sollicités, et un maintien à domicile qui peut être particulièrement onéreux. M. Jean-François Dufresne, président de l'association Vivre et travailler autrement, évoquait en ce sens son expérience lors de son audition par la commission d'enquête : « *tout le monde a voulu me faire envoyer [mon fils] en foyer d'accueil médicalisé (FAM) ou en maison d'accueil spécialisée (MAS), à commencer par la CDAPH (commission des droits et de l'autonomie des personnes handicapées). Je suis allé voir, et j'ai dit : « Jamais il n'ira ! » – réflexe de riche, car les pauvres, eux, n'ont pas le choix* ». La dégradation des conditions d'accueil en institution n'affectant que les personnes qui y sont prises en charge, elle a de fait un impact inégalitaire.

Les inégalités socio-culturelles face à la prise en charge sont moins apparentes mais, de fait, plus déterminantes. Des enquêtes qualitatives démontrent ainsi que les difficultés d'accès aux soins sont amoindries ou démultipliées selon la situation sociale des personnes, leur contournement étant considérablement plus aisé pour les personnes disposant d'importants capitaux socio-culturels⁽⁴⁾. Dans le contexte d'illisibilité et de forte complexité des prises en

(1) Haut Conseil pour l'avenir de l'assurance maladie, [Les dépassements d'honoraires des médecins : état des lieux](#), octobre 2025.

(2) *Audition du mercredi 3 septembre 2025, compte rendu n°2.*

(3) M. Pierre de Maricourt, *audition du mercredi 3 septembre 2025, compte rendu n°3.*

(4) Drees, [Accès aux soins et pratique de recours](#), avril 2021.

charge, la prévalence de telles inégalités ne fait pas de doute. Lors de son audition, Mme Deborah Sebbane faisait le constat d'un échec des politiques publiques à cet égard, qui ne parviennent pas à réduire les inégalités sociales et territoriales de santé, « *lesquelles se sont particulièrement aggravées en période de crise* »⁽¹⁾. Par conséquent, elle considérait qu'une politique de santé mentale publique « *ne doit plus se concevoir uniquement en termes d'offre de soins, mais désormais en termes de conditions de vie, d'environnement social et de justice territoriale* »⁽²⁾. En matière de handicap, **l'illisibilité et la complexité des procédures en général et des dossiers des maisons départementales des personnes handicapées (MDPH) en particulier** conduisent aux mêmes conclusions⁽³⁾.

Enfin, les inégalités géographiques résident, outre dans une offre de soins très différenciée territorialement, dans des variations de règles et procédures qu'appliquent les acteurs décentralisés des politiques de prise en charge (voir *infra*). Un exemple illustratif a récemment été mis en évidence dans un rapport conjoint de l'inspection générale des finances (IGF) et de l'inspection générale des affaires sociales (Igas) portant sur les modalités d'attribution des prestations sociales à destination des personnes en situation de handicap. Celles-ci varient encore d'un département à l'autre, y compris en tenant compte des disparités démographiques et de l'offre de service à destination des personnes âgées et en situation de handicap, et malgré l'harmonisation à laquelle œuvre la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA)⁽⁴⁾.

2. Des trop longs délais de prise en charge au non-recours : attente et renoncement

Pour les personnes souffrant de troubles de la santé mentale comme pour celles en situation de handicap, les carences de l'offre de prise en charge entraînent une inadéquation majeure entre besoins et offre de soins ou d'accompagnement. Il en résulte des délais d'attente prolongés. Par ailleurs, le non-recours à la prise en charge entretient un lien difficile à déterminer avec l'offre de soin et d'accompagnement.

a. Des délais d'accès aux soins et à l'accompagnement en santé mentale inégaux, qui compromettent parfois la perspective d'une prise en charge précoce

Les délais d'attentes auxquels sont confrontées les personnes souffrant de troubles de la santé mentale varient fortement selon le type de prise en charge considéré. Dans l'ensemble, ils constituent toutefois un problème de premier ordre dans l'accès à une prise en charge en santé mentale. Dans le cadre d'une enquête réalisée en 2025 par la Fédération hospitalière de France (FHF),

(1) *Audition du 23 octobre 2025, compte rendu n°37.*

(2) *Ibid.*

(3) *Audition du mercredi 22 octobre 2025, compte rendu n°35.*

(4) *IGF et Igas, Divergences territoriales dans les modalités d'attribution des aides sociales légales (AAH, AEEH, PCH, APA, ASH) et panorama des aides extralégales, mai 2025.*

47 % des personnes souffrant de troubles psychiatriques déclaraient rencontrer des difficultés d'accès aux soins à raison des délais d'attente pour obtenir un rendez-vous⁽¹⁾. Au regard de la structure de l'offre de soins et d'accompagnement en santé mentale, les éléments statistiques disponibles proviennent essentiellement de deux types de sources : soit d'enquêtes déclaratives, soit de bases insuffisamment larges pour être significatives.

Une enquête réalisée par l'institut de sondage Ifop en 2012 et renouvelée en 2017 correspond au premier cas de figure⁽²⁾. Ses données, par ailleurs anciennes, doivent être considérées avec précaution, un biais de déclaration à la hausse ne pouvant être exclu. En 2012 comme en 2017, les personnes interrogées déclaraient en moyenne avoir attendu **32 jours pour obtenir leur dernier rendez-vous chez un médecin psychiatre libéral**. Il s'agissait à ce titre de la catégorie de spécialistes pour laquelle les délais d'attente déclarés étaient les moins longs.

Plus satisfaisante quant à sa méthodologie, une étude réalisée par la fondation Jean Jaurès sur la base de données mises à disposition par la plateforme Doctolib a récemment mis au jour des délais d'attente plus modérés⁽³⁾. Ainsi, **le délai d'octroi médian d'un rendez-vous auprès d'un psychiatre libéral s'établissait en 2023 à 16 jours**. 8 % des rendez-vous étaient accordés sous deux jours, et 10 % l'étaient sous une semaine.

Une analyse approfondie des données de la plateforme Doctolib, réalisée en partenariat avec la fondation FondaMental, met en évidence des éléments complémentaires⁽⁴⁾. D'abord, les disparités géographiques sont fortes en matière de délai, l'attente médiane en région Auvergne s'élevant par exemple à 40 jours entre 2019 et 2022, quand elle n'était que de 12 jours en Île-de-France au cours de la même période. En outre, les données mettent en évidence de fortes disparités entre départements qualifiés de semi-ruraux et d'urbains, les délais d'attentes médians reculant à 11 jours pour ces derniers. Il apparaît vraisemblable qu'une analyse plus fine des délais recouperait la cartographie de densité figurant *supra*.

S'agissant des psychologues, l'exercice libéral se caractérise, selon les mêmes données, par des délais modérés, de l'ordre de 9 jours en médiane. Le nombre de consultations étant en forte progression, à hauteur de + 16 % entre 2019 et 2022, il laisse toutefois augurer d'un futur allongement. Les constats de disparités sont semblables à ceux effectués pour l'offre de soins en psychiatrie libérale, avec des délais variant de 8 à 11 jours en médiane selon que le département considéré est qualifié d'urbain ou de semi-rural. Là encore, il apparaît probable qu'une granularité plus fine mettrait en évidence une forte concentration sur les pôles urbains et semi-urbains au sein de chaque département.

(1) *Audition du mercredi 24 septembre 2025, compte rendu n°16*.

(2) Ifop, *Observatoire de l'accès aux soins, pour jalma et smartsanté*, consulté via le [site internet du Figaro](#), 2017.

(3) Fondation Jean Jaurès, *Carte de France de l'accès aux soins*, avril 2024.

(4) Doctolib et fondation FondaMental, *L'offre et la consommation de soins en santé mentale de 2019 à 2022*, octobre 2023.

Cependant, l'offre de soins et d'accompagnement libérale n'est pas la plus affectée par les contraintes liées aux délais de prise en charge. Les structures publiques d'accueil inconditionnel connaissent une évolution des délais d'une grande ampleur.

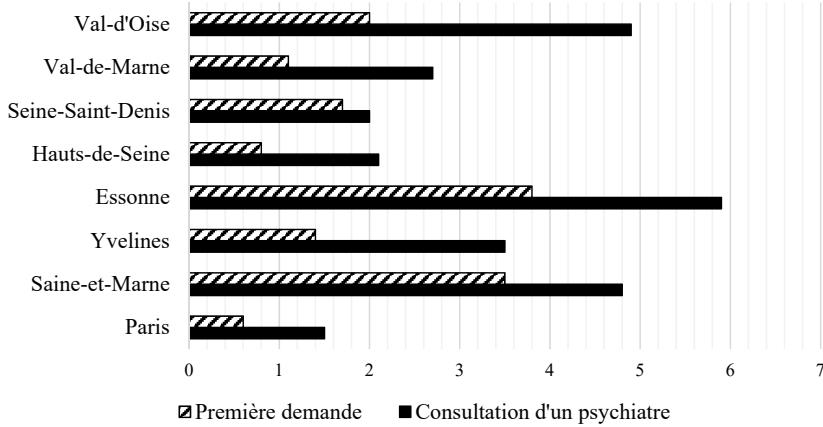
Les centres médico-psychologiques (CMP) font ainsi face à une forte augmentation des délais de consultations, qui compromet l'effectivité de leur action. Mme Natalia Pouzyreff, députée des Yvelines, a pu ainsi constater lors de sa visite du CMP John Bowlby à Saint-Germain-en-Laye une difficulté d'accès globale avec une attente d'environ un an, qui, combinée à un manque de places en hôpital de jour, met les familles en difficultés. Un rapport de l'inspection générale des affaires sociale (Igas) publié en 2019 mettait en évidence « *un allongement des délais d'attentes qui constitue un frein à l'accessibilité aux soins* », un « *possible tri des patients et le dépôt d'une partie d'entre eux sur les urgences* », ainsi que « *l'abandon de certaines missions historiques comme la prévention* » et le repérage précoce⁽¹⁾. Dans le cadre de ce rapport, l'Igas avait constaté des délais d'attente de durées très variables selon le type de rendez-vous et surtout selon le CMP examiné. Ils fluctuaient d'un jour à un mois pour un premier rendez-vous physique, et de 8 jours à 3 mois pour un premier rendez-vous médical. Des mesures quantitatives effectuées par plusieurs agences régionales de santé, dont notamment les agences de Centre-Val de Loire en 2020 et d'Île de France en 2025 dressent des constats plus inquiétants. Dans le premier cas, l'ARS Centre-Val de Loire estimait en 2020 à 20,9 jours l'attente en vue d'un premier rendez-vous, et à 67 jours le délai d'attente avant consultation d'un psychiatre. De fortes disparités départementales étaient constatées, les attentes en vue du premier rendez-vous variant de deux semaines à deux mois selon le département considéré. Dans les CMP infanto-juvéniles, les délais s'étendaient jusqu'à 72,8 jours pour un premier rendez-vous, et 92,2 jours en moyenne pour la première consultation avec un psychiatre. Les délais avant un premier rendez-vous variaient de 1 à plus de 5 mois selon le département⁽²⁾. En Île-de-France, en 2025, les délais mesurés par l'ARS atteignent des niveaux plus élevés encore, jusqu'à 6 mois d'attente pour un rendez-vous psychiatrie pour adulte dans l'Essonne, et plus de 9 mois d'attente pour un rendez-vous pédopsychiatrique en CMP infanto-juvénile dans le Val-d'Oise⁽³⁾.

(1) *Igas, Les centres médico-psychologiques de psychiatrie générale et leur place dans le parcours du patient, juillet 2020.*

(2) *Observatoire régional de la santé Centre-Val de Loire et ARS Centre-Val de Loire, Mesure des délais d'attente en CMP, avril 2020.*

(3) *ARS Île-de-France, Une enquête régionale sur les centres médico-psychologiques (CMP), novembre 2025.*

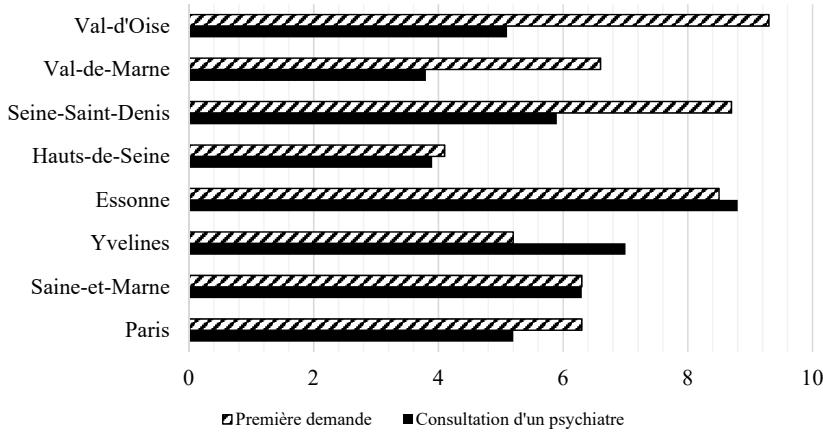
Délais d'attente avant consultation au sein des CMP pour adultes d'Île-de-France, en mois



Source : ARS Île-de-France, [Une enquête régionale sur les centres médico-psychologiques \(CMP\)](#), novembre 2025.

Lecture : le délai d'attente moyen avant un premier rendez-vous dans un CMP pour adultes est de 2 mois dans le Val-d'Oise.

Délais d'attente avant consultation au sein des CMP infanto-juvéniles d'Île-de-France, en mois



Source : ARS Île-de-France, [Une enquête régionale sur les centres médico-psychologiques \(CMP\)](#), novembre 2025.

Lecture : le délai d'attente moyen avant un premier rendez-vous dans un CMP infanto-juvénile est de 5,1 mois dans le Val-d'Oise.

Toutefois, ces données demeurent parcellaires. Il est par conséquent nécessaire de généraliser et d'approfondir la mesure des délais effectifs de prise en charge au sein des CMP. Le rapport susmentionné insistait en ce sens sur la

nécessité de « poursuivre les investigations sur les délais en faisant réaliser par l'ANAP un outil de mesure et d'identification des leviers d'amélioration »⁽¹⁾.

Les centres médico-psycho-pédagogiques (CMPP) affichent des données sur les retards plus préoccupantes encore que celles constatées s'agissant des CMP. Dans une étude publiée en mars 2025, la Drees estimait ainsi à hauteur de **6,1 mois le délai moyen d'attente avant la première consultation**, soit une augmentation de 3,5 mois (+ 135 %) depuis 2010⁽²⁾. Lors de son audition, Mme Amandine Buffiere, pédopsychiatre et présidente de la Fédération des CMPP faisait état de chiffres plus inquiétants encore, évoquant des délais pouvant s'étendre jusqu'à 18 mois en région pour un premier rendez-vous. À l'échelle nationale, elle évoquait des délais de l'ordre de 18 mois pour un diagnostic, et 18 mois pour un suivi, en indiquant en sus que « *les délais moyens entre l'inscription et la prise en charge sont de trois ans pour la psychomotricité, de deux ans pour une psychothérapie* »⁽³⁾.

Mme Claire Hédon, Défenseure des droits, soulignait à ce titre qu'une telle attente constitue un « *délai incompatible avec la prise en charge de troubles psychiques qui nécessitent une intervention rapide* »⁽⁴⁾, et M. Charles Guépratte, directeur général de la Fédération des établissements hospitaliers et d'aide à la personne privés non lucratifs (Fehap), observait de même que **les files d'attente accrues en pédopsychiatrie « compromettent le repérage précoce, pourtant décisif pour une bonne prise en charge »**⁽⁵⁾.

Outre l'incidence qu'ils ont par eux-mêmes en matière de perte de chance, (voir *infra*), les retards de prise en charge dans le cadre des CMP et CMPP ou dans le cadre libéral ont une **incidence en cascade sur les prises en charges situées en aval**, et notamment sur les urgences psychiatriques. Ainsi, M. Philippe Duverger, professeur des universités et chef de service au CHU d'Angers, relevait lors de son audition que « *parfois, les urgences psychiatriques deviennent le premier contact avec le monde soignant, en raison des listes d'attente dans les centres* »⁽⁶⁾. Mme Marion Leboyer, directrice générale de la fondation FondaMental et professeure de psychiatrie, faisait le même constat, soulignant le fait que « *les patients y arrivent à un stade de plus en plus sévère, ayant déjà développé des pathologies chroniques ou multiples, un déclin cognitif, une résistance aux traitements* », au point qu'il s'agit d'un « *véritable témoin de la catastrophe que représentent les retards de diagnostic* »⁽⁷⁾. Au total, elle relevait que plus d'« *un patient sur quatre hospitalisés en psychiatrie l'est à la suite d'une admission aux*

(1) Igas, *Les centres médico-psychologiques de psychiatrie générale et leur place dans le parcours du patient*, juillet 2020.

(2) Drees, *Les centres d'action médico-sociale précoce et les centres médico-psycho-pédagogiques ont accompagné 232 000 enfants en 2022*, mars 2025.

(3) Audition du mardi 23 septembre 2025, compte rendu n°14.

(4) Audition du mardi 16 septembre 2025, compte rendu n°7.

(5) Audition du mercredi 24 septembre 2025, compte rendu n°16.

(6) Audition du mardi 28 octobre, compte rendu n°39.

(7) Audition du mercredi 3 septembre 2025, compte rendu n°2.

urgences ». Ces déclarations s'inscrivent dans le prolongement des conclusions d'un **rapport d'information de Mmes Nicole Dubré-Chirat et Sandrine Rousseau publié en décembre 2024**. Il constatait que les services d'urgences deviennent le point d'entrée par défaut dans les soins psychiatriques, et préconisait notamment une restructuration d'ensemble de l'offre de soins⁽¹⁾.

Cette situation résulte, en outre, des délais plus longs qui affectent les soins et le suivi des troubles, après leur diagnostic. Si les moyens de diagnostics font désormais l'objet d'une attention particulière, par exemple par le développement des plateformes de coordination et d'orientation (PCO), la **mise en œuvre de soins suivis constitue un impératif négligé**, que les délais d'accès aux soins illustrent de façon aiguë. Mme Amandine Buffiere s'interrogeait en ce sens : « *comment peut-on faire du diagnostic sans renforcer également le soin ?* ». La volonté de poursuivre une politique de diagnostic sans renforcement simultané des capacités de prise en charge ne peut aboutir qu'à la constitution de goulots d'étranglement, ce dont l'exemple des CMPP est illustratif : « *beaucoup d'enfants arrivent des PCO (plateformes de coordination et d'orientation) ou même du libéral avec de très beaux diagnostics, puis attendent leur prise en charge pendant des mois, voire des années* »⁽²⁾.

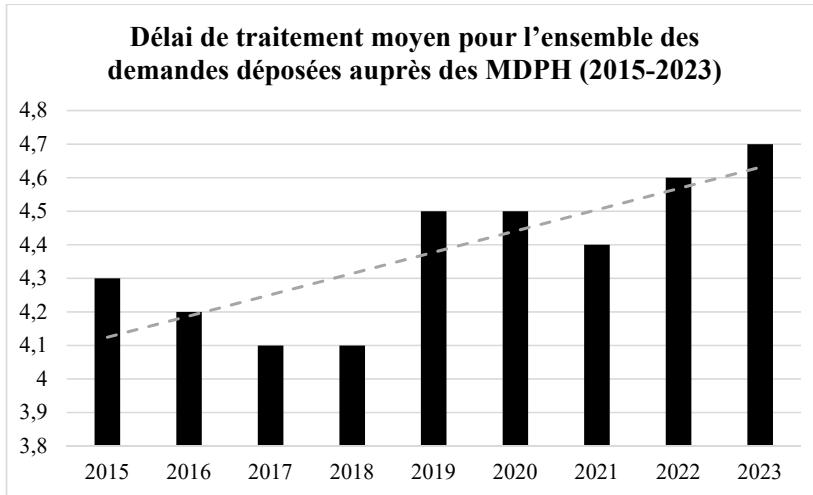
b. Du traitement des demandes à la non-effectivité des droits, l'attente interminable des personnes en situation de handicap

Les délais d'attente auxquels sont confrontées les personnes en situation de handicap lorsqu'elles sollicitent une prise en charge comportent plusieurs composantes distinctes.

La première réside dans les **délais de traitement administratif des demandes déposées auprès des maisons départementales des personnes handicapées (MDPH)**. Dans l'ensemble, toutes prestations confondues, les délais estimés sur la base des déclarations des MPDH accusent une légère progression au cours des dernières années, un plateau bas ayant été atteint en 2017 et 2018 (4,1 mois en moyenne) et un **pic haut lors de la dernière estimation effectuée, en 2023 (4,7 mois en moyenne)**. Ainsi exprimés, les délais correspondent à l'écart en jours entre la date de recevabilité de la demande et la date de décision ou d'avis. Cette estimation peut donc être légèrement inférieure au délai séparant la soumission du dossier de la décision ou de l'avis afférent.

(1) Nicole Dubré-Chirat et Sandrine Rousseau, [Rapport d'information déposé en conclusion des travaux de la mission d'information sur la prise en charge des urgences psychiatriques](#), décembre 2024.

(2) Audition du mardi 23 septembre 2025, compte rendu n°14.



Source : CNSA, [Attribution des droits par les MDPH en 2023](#), mars 2025.

Lecture : le délai de traitement moyen des demandes déposées auprès des MDPH était de 4,3 mois en 2015.

Ces délais globaux connaissent toutefois des évolutions et des niveaux contrastés selon le type de prestation considéré. Les délais avant orientation en établissement ou service médico-social (ESMS) pour adulte ont ainsi progressé de 27,5 % en huit ans, pour atteindre 5,1 mois en moyenne, quand les délais pour l'attribution de l'allocation adulte handicapé (AAH) demeurent stables (+ 4,2 % en huit ans), atteignant 4,9 mois en moyenne en 2023. Il en va de même pour le délai relatif à la prestation de compensation du handicap (+ 7,3 % en huit ans pour atteindre 5,9 mois en moyenne), qui constitue le délai le plus long toutes prestations confondues. Hors aménagements scolaires, les procédures les plus courtes concernent le maintien en ESMS au titre de l'amendement Creton (4,3 mois, en progression de 48,3 % par rapport à 2015) et la carte mobilité inclusion (CMI) stationnement (4,3 mois, en progression de 13,2 % par rapport à 2015).

Plusieurs facteurs peuvent expliquer cette évolution générale haussière. Lors de son audition par la commission d'enquête, Mme Florence Magne, présidente de l'association des directrices et directeurs de MDPH, soulignait à cette fin l'existence d'un « *effet ciseaux entre la hausse des demandes adressées au MDPH, la diversification des droits, des situations de plus en plus complexes dont l'évaluation demande du temps et une faible progression des moyens des MDPH, à laquelle s'ajoutent des difficultés de recrutement, comme dans nombre de structures publiques* »⁽¹⁾. La Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA), dans le cadre de sa mission d'accompagnement et d'évaluation des MDPH, s'efforce de limiter la progression de ces délais de traitement. Elle apporte à cette fin un appui ciblé, dont les résultats sont parfois très sensibles, à l'instar du recul du délai moyen de traitement de 9 à 2,5 mois au sein de la MDPH du

(1) *Audition du jeudi 25 septembre 2025, compte rendu n°21.*

Finistère⁽¹⁾. Néanmoins, les contraintes matérielles structurelles demeurent, et l'évolution générale des délais de traitement ne semble pas s'enrayer. Certains facteurs d'allongement sont récurrents, à l'instar des demandes de pièces complémentaires ou manquantes, qui repoussent en moyenne d'un mois la prise de décision, d'après une étude statistique menée dans la MDPH du Nord⁽²⁾.

S'ajoutent à cette composante administrative aisément mesurable **des délais d'attentes séparant notification des décisions et effectivité des droits**. Plus difficilement quantifiables, ils varient considérablement selon les formes de prise en charge, et concernent essentiellement l'accueil dans des ESMS dont les effectifs sont saturés. **Le rapporteur souligne que ces délais constituent la masse immergée de l'iceberg, et représentent dans beaucoup de parcours une attente insoutenable pour les personnes concernées et leurs familles**. De tels délais sont particulièrement fréquents s'agissant des prises en charge au sein de maisons d'accueil spécialisées (MAS) ou de foyers d'accueil médicalisés (FAM). Si l'absence de données disponibles empêche la production de statistiques d'ensemble, les témoignages auxquels le rapporteur a pu avoir accès sont particulièrement préoccupants. **Les délais signalés s'élèvent toujours à plusieurs années, et peuvent parfois attendre 10 ans**, comme dans le département des Yvelines⁽³⁾. Une telle saturation était pourtant anticipable, dans la mesure où elle résulte en grande partie du vieillissement des personnes accueillies dans ces structures, dont la pyramide des âges converge désormais avec celle des établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (Ehpad)⁽⁴⁾.

À cet égard, **les droits notifiés revêtent de plus en plus un caractère purement théorique**, ainsi que le relevait en 2024 un rapport de l'inspection générale des affaires sociales consacré au traitement des demandes d'usagers par les MDPH⁽⁵⁾.

Par ailleurs, les procédures concernant les enfants et adolescents concentrent un fort allongement des délais à ces deux titres. D'abord, s'agissant du traitement administratif, les délais globaux des procédures relatives aux enfants ont progressé de 31,4 % en moyenne, pour atteindre 4,6 mois. Cette progression affecte l'ensemble des prestations et solutions, et est particulièrement marquée dans le cas de l'allocation d'éducation de l'enfant handicapé (AEEH), dont le délai de traitement moyen a bondi de 30,6 % en huit ans.

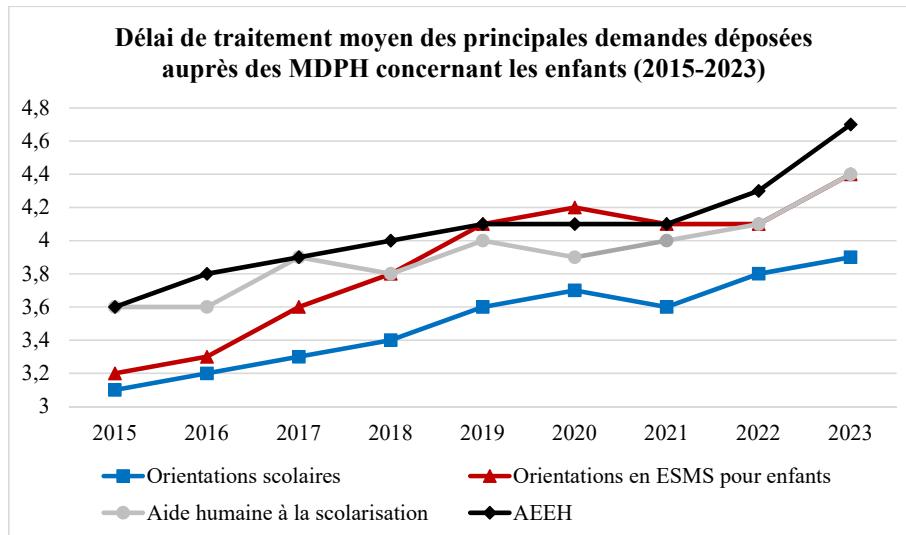
(1) *Audition du mardi 9 septembre 2025, compte rendu n°4.*

(2) *Audition du jeudi 25 septembre 2025, compte rendu n°21.*

(3) *Audition du mercredi 22 octobre 2025, compte rendu n°35.*

(4) *Audition du mercredi 24 septembre 2025, compte rendu n°16.*

(5) *Igas, Accueillir, évaluer, décider - Comment les maisons départementales des personnes handicapées traitent les demandes des usagers ?, juin 2024.*



Source : CNSA, [Attribution des droits par les MDPH en 2023](#), mars 2025.

Lecture : le délai de traitement des demandes d'attribution de l'allocation d'éducation de l'enfant handicapé (AEEH) s'établissait en moyenne à 4,7 mois en 2023.

Ensuite, la non effectivité des droits est particulièrement marquée pour certains ESMS accueillant des enfants et adolescents. **Les instituts médico-éducatifs (IME), en particulier, font face à un état de saturation comparable à celui des maisons d'accueil spécialisées (MAS) et des foyers d'accueil médicalisés (FAM).** La carence de données chiffrées interdit de façon semblable de produire des statistiques d'ensemble, mais les témoignages de **délais dépassant 5 ans** sont nombreux. Lors des auditions conduites par la commission d'enquête, les personnes entendues les ont estimés entre 3 et 8 ans⁽¹⁾ sans exception notable, dépassant 3 à 4 ans « *même à Paris intra-muros* »⁽²⁾. Les IME ayant vocation à accueillir des enfants et adolescents de 3 à 20 ans, ces délais considérables altèrent fortement leur activité.

Enfin, compte tenu de l'évolution rapide de certaines formes de handicap ou de la nécessité de prise en charge précoce, **les délais relatifs à l'accompagnement paramédical en général revêtent une importance particulière pour les jeunes enfants.** Les orthophonistes, dont l'extrême majorité exerce dans le cadre libéral, sont particulièrement concernés, au point que 90 % d'entre eux ne sont pas en mesure d'indiquer un délai d'attente avant prise en charge⁽³⁾, et que la Fédération nationale des orthophonistes déploie une « liste d'attente commune » à l'échelle nationale. Lors de son audition, la Défenseure des droits estimait toutefois que les délais d'attente moyens étaient compris entre **18 mois et 2 ans**⁽⁴⁾.

(1) *Audition du mercredi 22 octobre 2025, compte rendu n°35*.

(2) *M. Sébastien Bisac, audition du mercredi 24 septembre 2025, compte rendu n°16*.

(3) *Audition du mardi 9 septembre 2025, compte rendu n°5*.

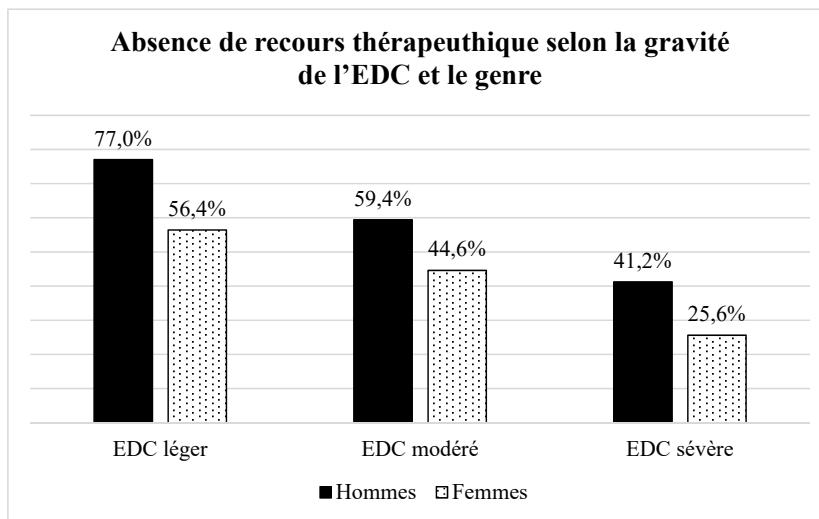
(4) *Audition du mardi 16 septembre 2025, compte rendu n°7*.

L'allongement des délais mesurés sur l'ensemble des catégories concernées entraîne, selon les situations et besoins de prise en charge, des pertes de chance, un risque de surhandicap et une incidence sur les tiers impliqués (voir *infra*). À court terme, il peut aussi être un facteur de renoncement et de non recours, comme en matière de santé mentale.

c. La difficile mesure du non-recours à la prise en charge

Par nature, le non-recours est difficile à estimer, aussi bien en matière de santé mentale que de handicap. Des données déclaratives peuvent permettre d'identifier des ordres de grandeur, mais doivent être interprétées avec précaution. La déclaration d'un renoncement aux soins est, par exemple, très sensible à la formulation des questions⁽¹⁾.

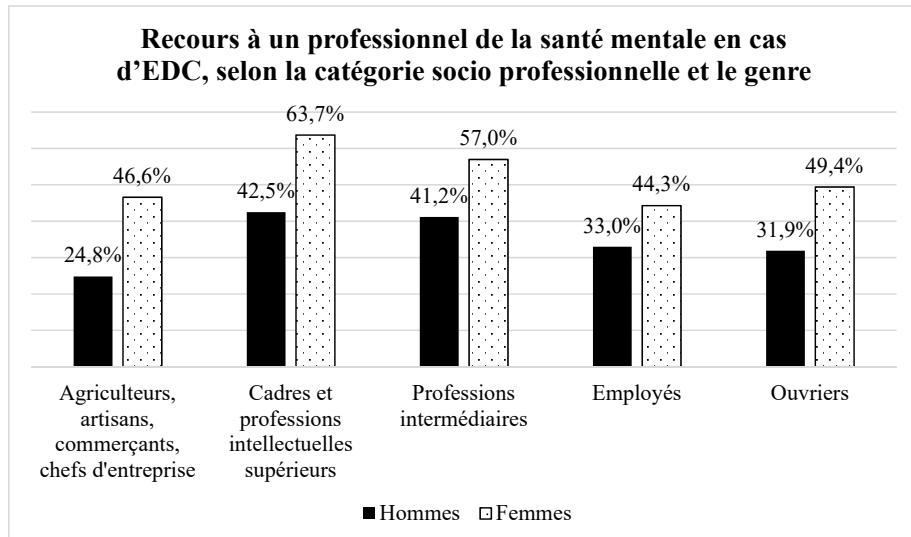
Dans le cadre de la dernière édition du baromètre de Santé publique France, publiée alors que la commission d'enquête concluait ses travaux, le non recours a ainsi fait l'objet d'une attention particulière, permettant de mettre en évidence des données alarmantes. **En 2024, plus de la moitié des hommes interrogés présentant les symptômes d'un état dépressif caractérisé au cours des 12 derniers mois n'avaient eu aucun recours thérapeutique (53,9 %)**, contre 37,9 % des femmes dans la même situation. Ces proportions s'élevaient à des niveaux très différents selon la gravité de l'état dépressif déclaré et le genre.



Source : Santé publique France, *Épisodes dépressifs : prévalence et recours aux soins*, novembre 2025.
Lecture : 77 % des hommes présentant les symptômes d'un épisode dépressif caractérisé léger au cours des 12 derniers mois ne recourent à aucune forme de prise en charge thérapeutique.

(1) Drees, *Suivi dans le temps et impact de la formulation des questions sur la mesure du renoncement aux soins*, août 2023.

En outre, la catégorie socio-professionnelle joue un rôle déterminant. Ainsi, 55 % des ouvriers présentant les symptômes d'un état dépressif caractérisé ne recourent à aucune prise en charge thérapeutique, contre seulement 39,2 % des cadres et professions intellectuelles supérieures. Cet écart est encore plus marqué pour le recours à une consultation auprès d'un professionnel (médecin généraliste, psychologue, psychiatre, ou autre).



Source : Santé publique France, [Épisodes dépressifs : prévalence et recours aux soins](#), novembre 2025.
Lecture : 49,4 % des ouvrières présentant les symptômes d'un état dépressif caractérisé au cours des 12 derniers mois ont consulté un professionnel.

Certaines formes de prise en charge adaptées à des troubles sévères souffrent de niveaux de non-recours particulièrement préoccupants. Ainsi, **seules 20,8 % des personnes présentant les symptômes d'un état dépressif caractérisé sévère déclarent avoir consulté un psychiatre**, alors qu'elles sont 32,9 % à déclarer prendre des médicaments pour faire face à ce trouble⁽¹⁾.

En matière de prise en charge du handicap, les données permettant d'évaluer l'ampleur du non-recours aux différentes formes d'accompagnement font défaut. Des études connexes permettent toutefois d'appréhender l'enjeu à la marge.

S'agissant des **prestations sociales**, des données produites par la Drees en 2023 dans le cadre d'une étude sur la connaissance de différentes prestations⁽²⁾ ont mis en évidence la **relative méconnaissance de l'allocation adulte handicapé (AAH)**, qui est la plus attribuée des prestations à destination des personnes en situation de handicap (voir *supra*). En 2020, 74 % des personnes interrogées en avaient entendu parler, et seules 26 % savaient précisément qui pouvait en

(1) Santé publique France, [Épisodes dépressifs : prévalence et recours aux soins](#), novembre 2025.

(2) Drees, [Prestations sociales : pour quatre personnes sur dix, le non recours est principalement lié au manque d'information](#), avril 2023.

bénéficier. En outre, ces proportions étaient respectivement en baisse de 5 et 11 points par rapport à 2016. Si ces chiffres ne permettent pas d'appréhender d'autres causes de non-recours, ils fournissent une indication comparative sur le risque de non-recours par méconnaissance.

S'agissant des **établissements et services médico sociaux (ESMS)**, une étude réalisée par la Fédération des centres régionaux d'études, d'actions et d'informations en faveur des personnes en situation de vulnérabilité en 2020⁽¹⁾ fournit des éléments de cadrage utiles sur le profil des personnes en non recours après avoir reçu une notification. Elle porte sur un effectif limité, mais permet de dresser un panorama. Majoritairement des hommes (70 %), les personnes en non-recours vivent le plus souvent chez leurs parents (à 70 % également), et sont plus souvent atteintes de déficiences psychiques que l'ensemble des personnes accueillies en ESMS. 45 % d'entre eux déclaraient n'avoir jamais souhaité intégrer un ESMS, et 12 % n'avaient aucun accompagnement alternatif.

B. TOUT AU LONG DE LA VIE, LES DÉFAILLANCES D'INCLUSION SE SUCCÈDENT

Au-delà du décalage constaté entre offre de prise en charge et besoins, l'inclusion des personnes concernées par le handicap et les troubles de la santé mentale apparaît défaillante à plusieurs titres. Tout au long du parcours de vies des personnes, de l'école au grand âge en passant par la vie professionnelle, carences et inadéquations se succèdent.

1. La promesse non tenue de l'inclusion scolaire

a. L'inclusion scolaire, principe et dispositif

Procédant de la loi du 11 février 2005, le **concept d'inclusion scolaire constitue la pierre angulaire des politiques de prise en charge du handicap dans le cadre scolaire**. Elle succède à l'idée de rééducation, qui prévalait depuis la loi du 15 avril 1909 relative à la création de classes de perfectionnement pour les enfants arriérés⁽²⁾, et surtout à la politique d'intégration initiée par la loi du 30 juin 1975⁽³⁾. L'inclusion scolaire « *vise à assurer une scolarisation de qualité à tous les élèves par la prise en compte de leurs singularités et de leurs besoins éducatifs particuliers* »⁽⁴⁾, traduisant une approche pensée comme complémentaire à celle de l'enseignement spécialisé. Elle trouve donc, par définition, à s'appliquer également en matière de santé mentale. Matériellement, l'inclusion scolaire repose sur un

(1) ANCREAI, *Le non-recours aux établissements et services médico-sociaux pour personnes en situation de handicap*, novembre 2020.

(2) *Loi du 15 avril 1909 relative à la création de classes de perfectionnement annexées aux écoles élémentaires publiques et d'écoles autonomes de perfectionnement pour les enfants arriérés*.

(3) *Loi n° 75-534 du 30 juin 1975 d'orientation en faveur des personnes handicapées*.

(4) *Cour des comptes, L'inclusion scolaire des élèves en situation de handicap*, septembre 2024.

dispositif législatif pluriel ⁽¹⁾ et sur une **grande variété de formes d'aménagement**. Les principaux dispositifs sont les suivants, certains excédant en grande partie les champs du handicap et des troubles de la santé mentale :

- les **programmes personnalisés de réussite éducative (PPRE)**, qui consistent en un soutien pédagogique spécifique sur une période de temps courte, constituent les dispositifs les plus proches du droit commun, et peuvent être mis en place au bénéfice de tout élève à besoins éducatifs particuliers ;
- les **plans d'accompagnement personnalisé (PAP)**, qui peuvent se substituer le cas échéant aux PPRE, et visent à compenser des difficultés scolaires durables résultant de troubles de l'apprentissage ne faisant pas l'objet d'une reconnaissance administrative de handicap, notamment par la mise en place d'aménagements et d'adaptations pédagogiques ;
- les **projets personnalisés de scolarisation (PPS)**, spécialement à destination des élèves présentant un handicap faisant l'objet d'une reconnaissance administrative, qui définissent et coordonnent les modalités de la scolarité, les actions pédagogiques, psychologiques, éducatives sociales, médicales et paramédicales, dont notamment les aménagements matériels et accompagnements humains nécessaires ;
- les **projets d'accueil individualisés (PAI)**, à destination des élèves atteints de pathologie ou troubles de la santé au long cours, qui définissent les adaptations et aménagements nécessaires à apporter à la scolarité, et permettent le cas échéant la délivrance d'un traitement médical au sein de l'établissement.

Ces dispositifs d'inclusion dans le milieu ordinaire sont en outre complétés par les **unités localisées pour l'inclusion scolaire (Ulis)**, qui constituent, dans une logique hybride, des structures d'enseignement adapté installées au sein des établissements. Elles représentent des effectifs conséquents, en forte progression. Lors de son audition par la commission d'enquête, M. Édouard Geffray, ministre de l'éducation nationale, en dénombrait 11 416, avec une augmentation continue de 300 à 400 dispositifs par an. Il indiquait vouloir faire de leur renforcement une priorité, dans l'objectif d'« *assurer un maillage territorial intégral, faisant de l'Ulis un élément constitutif de l'organisation normale de tout établissement scolaire* »⁽²⁾.

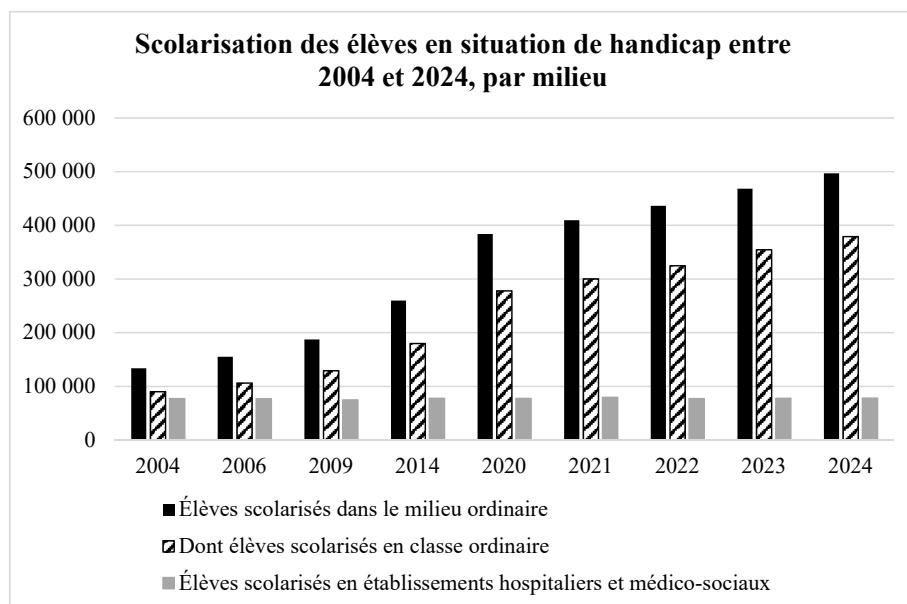
Les **pôles d'appui à la scolarité (PAS)** déployés en septembre 2025 et les **équipes mobiles d'appui médico-social (EMAS)** réformées à cette occasion s'inscrivent dans ce dispositif, pour fournir un soutien immédiat aux élèves à besoins particuliers – notamment dans le cadre de procédures auprès des maisons départementales des personnes handicapées (MDPH), qui peuvent être longues. Les premiers consistent en une coordination renforcée entre établissements scolaires et

(1) Notamment : loi n° 2013-595 du 8 juillet 2013 d'orientation et de programmation pour la refondation de l'école de la République ; loi n° 2015-991 du 7 août 2015 portant nouvelle organisation territoriale de la République ; et loi n° 2019-791 du 26 juillet 2019 pour une école de la confiance.

(2) Audition du jeudi 30 octobre 2025, compte rendu n°42.

établissements médico-sociaux pour mettre à disposition des ressources humaines et matérielles de façon réactive, et les secondes en des groupes de professionnels médico-sociaux ayant vocation à appuyer le personnel enseignant. De nouvelles créations de PAS sont prévues à moyen terme, pour atteindre 3 000 organes en 2027.

La création et le renforcement des différents modes d'inclusion scolaire s'inscrivent dans **un contexte de forte hausse du nombre d'élèves scolarisés en situation de handicap**. L'ensemble des élèves scolarisés dans le milieu ordinaire a ainsi progressé de 271,2 % en vingt ans, quand le nombre d'élèves scolarisés au sein d'établissements hospitaliers et médicaux sociaux est demeuré stable sur la même période. Cette hausse affecte essentiellement les établissements publics, où sont scolarisés 90,6 % des élèves en situation de handicap dans le premier degré, et 83,2 % dans le second degré⁽¹⁾.

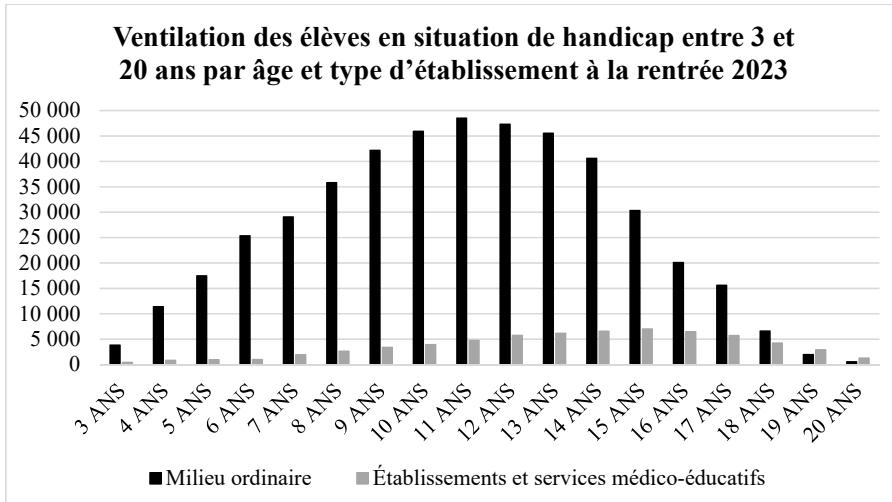


Source : Depp, [Repères et références statistiques 2025](#), août 2025.

Lecture : en 2024, 496 839 élèves en situation de handicap étaient scolarisés dans le milieu ordinaire, dont 378 934 dans des classes ordinaires, quand 78 232 élèves étaient scolarisés dans des établissements hospitaliers ou médico-sociaux.

La pyramide des âges des enfants, adolescents et jeunes adultes en situation de handicap scolarisés met en évidence **des entrées plus tardives et des départs plus précoces que la population générale**, qui peuvent également être la traduction statistique de **retards dans la mise en place d'aménagements adaptés et du retrait anticipé de ceux-ci**.

(1) Direction de l'évaluation, de la prospective et de la performance (Depp) du ministère de l'éducation nationale, [Repères et références statistiques 2025](#), août 2025.



Source : ministère de l'éducation nationale, données transmises à la commission d'enquête.

Lecture : en 2023, 45 525 enfants de 13 ans étaient scolarisés dans le milieu ordinaire.

b. Cartographie des carences d'aménagement

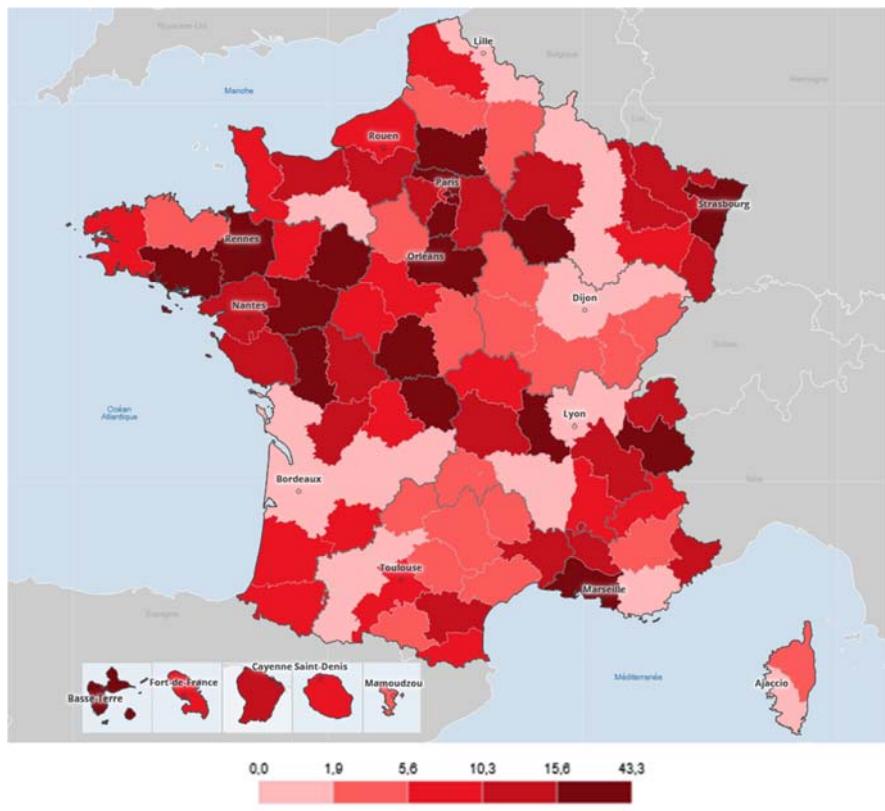
Cependant, la notification d'un aménagement n'est pas systématiquement suivie d'effets. L'accompagnement par une aide humaine, qui a fait l'objet de plus des 350 000 notifications en amont de la rentrée scolaire, est particulièrement affecté. Usant des prérogatives dont il dispose au titre des dispositions de l'article 6 de l'ordonnance du 17 novembre 1958⁽¹⁾, le rapporteur a obtenu transmission de données inédites relatives à l'effectivité de ces aménagements. Sur cette base, il a pu établir que près de 50 000 enfants étaient en attente d'un accompagnant à date de la rentrée scolaire. Lors de son audition, M. Édouard Geffray, ministre de l'Éducation nationale a confirmé que 42 000 enfants étaient toujours en attente à la fin du mois d'octobre⁽²⁾.

Surtout, le rapporteur a pu réaliser une cartographie des manques d'accompagnants, qui met en évidence de très fortes disparités géographiques. Ainsi, dans les Bouches-du-Rhône, 6 949 élèves ne disposaient pas de l'accompagnement humain notifié à la date de la rentrée, représentant 43,3 % du total des notifications. À l'inverse, dans plusieurs départements (Ardèche, Gers ou encore Tarn-et-Garonne) l'aide humaine effective correspondait aux notifications à la date de la rentrée.

(1) Ordonnance n° 58-1100 du 17 novembre 1958 relative au fonctionnement des assemblées parlementaires.

(2) Audition du jeudi 30 octobre 2025, compte rendu n°42.

Taux de non-effectivité des notifications d'accompagnement humain par département à la rentrée scolaire 2025



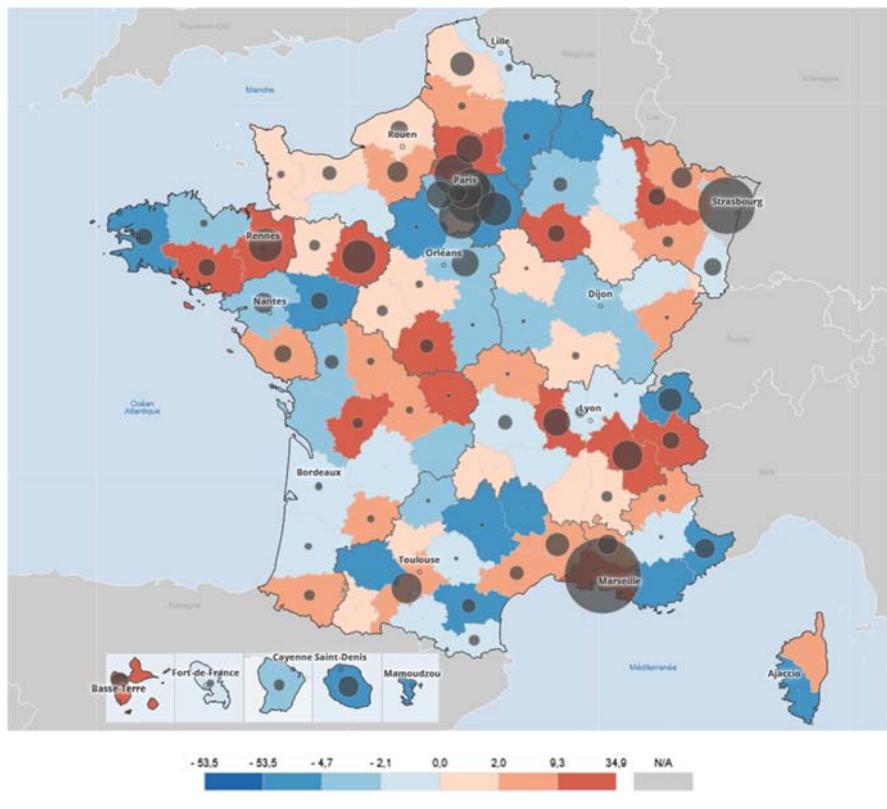
Source : ministère de l'éducation nationale, données transmises à la commission d'enquête, cartographiées via [l'outil de visualisation de données de l'Insee](#).

Lecture : en Dordogne, 1,4 % des personnes ayant reçu une notification d'aide humaine n'en bénéficiaient pas effectivement lors de la rentrée scolaire 2025 ; dans les Bouches-du-Rhône, ils étaient 43,3 %.

Note : en raison d'une vraisemblable erreur de saisie des services sollicités, les données du Bas-Rhin ont dû être remplacées par celles de la rentrée 2024.

Au-delà du simple état des lieux, le rapporteur a, en outre, pu mettre en évidence une dégradation sensible de la situation entre la rentrée 2024 et la rentrée 2025, le taux national de non-effectivité passant de 10,9 % à 13,8 %. Une analyse géographique met en évidence de très fortes disparités géographiques dans cette évolution, certains départements progressant notamment (− 18,7 points de pourcentage dans l'Aveyron) quand d'autres régressent (+ 34,9 points de pourcentage dans l'Aube). À ce titre, les Bouches-du-Rhône affichent une situation particulièrement inquiétante, associant forte dégradation (+ 34,6 points de pourcentage) et non-effectivité record.

Évolution des taux de non-effectivité de l'aide humaine entre 2024 et 2025, en points de pourcentage, et nombre d'enfants en attente en valeur absolue



Complément de légende : le cercle affiché en Ille-et-Vilaine correspond à 1 523 personnes, celui affiché dans les Bouches-du-Rhône correspond à 6 949 personnes.

Source : ministère de l'éducation nationale, données transmises à la commission d'enquête, cartographiées via l'[outil de visualisation de données de l'Insee](#).

Lecture : dans la Sarthe, le taux de non-effectivité a progressé de 22,1 points, et 1 355 personnes étaient en attente de solution lors de la rentrée scolaire 2025.

Note : en raison d'une vraisemblable erreur de saisie des services sollicités, la variation affectant le Bas-Rhin n'a pu être affichée, et les effectifs en valeur absolue correspondent à la rentrée scolaire 2024.

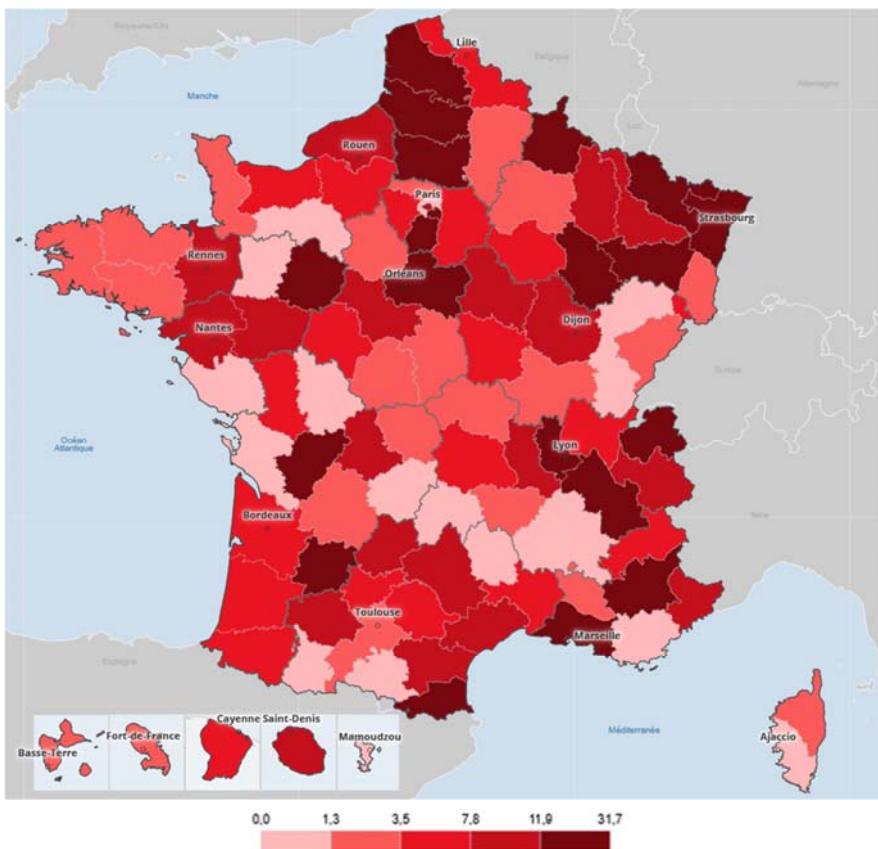
Toutefois, ces données demeurent insatisfaisantes, notamment s'agissant du temps effectif auquel correspond l'accompagnement humain mis en place. Ainsi, exprimé en volume horaire, **le taux de couverture des besoins pendant la pause méridienne n'est que de 43,4 %**. Le rapporteur souhaite attirer l'attention sur le fait que dans certains départements, la couverture effective des besoins exprimés en volume horaire s'établit à moins de 5 %. **En outre, le rapporteur déplore l'incapacité des services du ministère de l'éducation nationale à identifier l'effectivité précise, sur l'ensemble du temps scolaire, de la couverture en aide humaine.** En particulier, le ministre de l'Éducation nationale, M. Édouard Geffray,

relevait dans un courrier adressé au rapporteur que « *ni le ministère, ni les académies ne disposent de données centralisées sur l'absentéisme des accompagnants des élèves en situation de handicap (AESh) »*⁽¹⁾. Cela entrave la bonne lecture des chiffres relatifs à l'école inclusive, et nourrit légitimement les plus grandes inquiétudes. Le ratio moyen d'élèves par équivalent temps plein d'AESH, qui s'établit à 6,8 en 2024, donne toutefois un indice fort de l'état de saturation des effectifs déployés.

L'aide humaine ne constitue toutefois pas l'alpha et l'oméga des politiques d'inclusion scolaire, qui reposent sur un grand nombre d'autres aménagements et dispositifs d'accompagnement. Toutefois, à cet égard le constat n'est guère plus rassurant. L'effectivité des notifications relatives aux classes Ulis l'illustre, 8,8 % des élèves ayant reçu une notification en ce sens étant scolarisés en classe ordinaire, dans l'attente d'une place. De fortes inégalités territoriales peuvent être constatées pour cet indicateur.

(1) *Courrier du ministre de l'Éducation nationale au rapporteur, en date du 2 décembre 2025.*

Proportion des élèves notifiés pour une scolarisation avec appui d'une Ulis en attente dans une classe ordinaire, par département



Source : ministère de l'éducation nationale, données transmises à la commission d'enquête, cartographiées via l'[outil de visualisation de données de l'Insee](#).

Lecture : dans l'Ain, 7,5 % des élèves ayant reçu une notification pour une scolarisation avec appui d'une Ulis sont en attente dans une classe ordinaire.

Enfin, si M. Édouard Geffray, ministre de l'éducation nationale, évoquait lors de son audition l'existence de 45 000 plans d'accompagnement personnalisé (PAP) ⁽¹⁾, il demeure impossible d'en évaluer l'effectivité.

(1) *Audition du jeudi 30 octobre 2025, compte rendu n°42.*

c. Mais les défaillances dépassent largement le manque de solutions adaptées

Les défaillances de la politique d'inclusion scolaire ne sauraient toutefois être résumées au manque d'aide humaine et de place en classes adaptées.

Premièrement, les données relatives à la santé mentale des collégiens et lycéens (voir *supra*) mettent en évidence **d'importantes défaillances en matière de prévention des troubles de la santé mentale**. En 2022, 14 % des collégiens et 15 % des lycéens présentaient un risque important de dépressions, quand **24 % des lycéens avaient eu des pensées suicidaires au cours des 12 derniers mois**, et **13 % avaient déjà fait une tentative de suicide**. Au surplus, 21 % des lycéens et 27 % des lycéens déclaraient souffrir d'un sentiment de solitude⁽¹⁾.

Ces constats peuvent être rapprochés de la « **pénurie criante** » **d'infirmières et de médecins scolaires** signalée par Mme Céline Greco, professeure de médecine et présidente de l'association Im'pactes, lors de son audition par la commission d'enquête⁽²⁾. En effet, entre 700 et 750 postes de médecins scolaires sont pourvus chaque année malgré l'ouverture de 1 500 postes en loi de finances⁽³⁾, soit un médecin scolaire pour 16 000 à 17 000 élèves. Cette pénurie affecte en outre considérablement le délai de traitement de certains aménagements, le médecin scolaire intervenant notamment dans les plans d'accompagnement personnalisé (PAP) et la majeure partie des projets d'accueil individualisés (PAI). En particulier, « *les aménagements des examens connaissent également de très grandes difficultés en raison de la pénurie de médecins scolaires* » relevait Mme Elvire Cassan, journaliste⁽⁴⁾.

La **formation des enseignants** fait, en outre, l'objet de critiques répétées. Si la direction générale de l'enseignement scolaire (Dgesco) considère qu'elle a été renforcée et développée au cours des dernières années⁽⁵⁾, elle demeure un point de crispation majeure. Lors de son audition, Mme Nathalie Groh, présidente de la Fédération française des dys (FFDys), considérait ainsi « *les formations nettement insuffisantes pour les enseignants, avec trop peu d'heures consacrées à ces problématiques dans leur cursus initial* »⁽⁶⁾. Mme Sophie Cluzel, secrétaire d'État chargée des personnes handicapées entre 2017 et 2022, en esquissait l'enjeu, soulignant que « *les enseignants doivent se sentir capables d'enseigner à des enfants différents, pour qui les objectifs sont différents* », ce qui peut appeler décloisonnement et réorganisation du travail.

(1) Santé publique France, « [La santé mentale et le bien-être des collégiens et lycéens en France hexagonale – Résultats de l'enquête ENCLASS 2022](#) », 9 avril 2024.

(2) Audition du mardi 21 octobre 2025, compte rendu n°[33](#).

(3) Audition du jeudi 30 octobre 2025, compte rendu n°[42](#).

(4) Audition du mercredi 22 octobre 2025, compte rendu n°[35](#).

(5) Audition du mardi 23 septembre 2025, compte rendu de réunion n°[15](#).

(6) Audition du mercredi 29 octobre 2025, compte rendu de réunion n°[41](#).

Ces carences se superposent aux défaillances transversales auxquelles fait face l'éducation nationale dans son ensemble. En particulier, **le nombre important d'élèves par classe** grève la capacité des enseignants à prendre en charge dans de bonnes conditions les élèves à besoins spécifiques et dont les aménagements ne sont pas autonomes. En 2024, les classes des lycées généraux et technologiques publics comptent ainsi 30,4 élèves en moyenne, quand les classes des collèges publics en comptent 24,7⁽¹⁾.

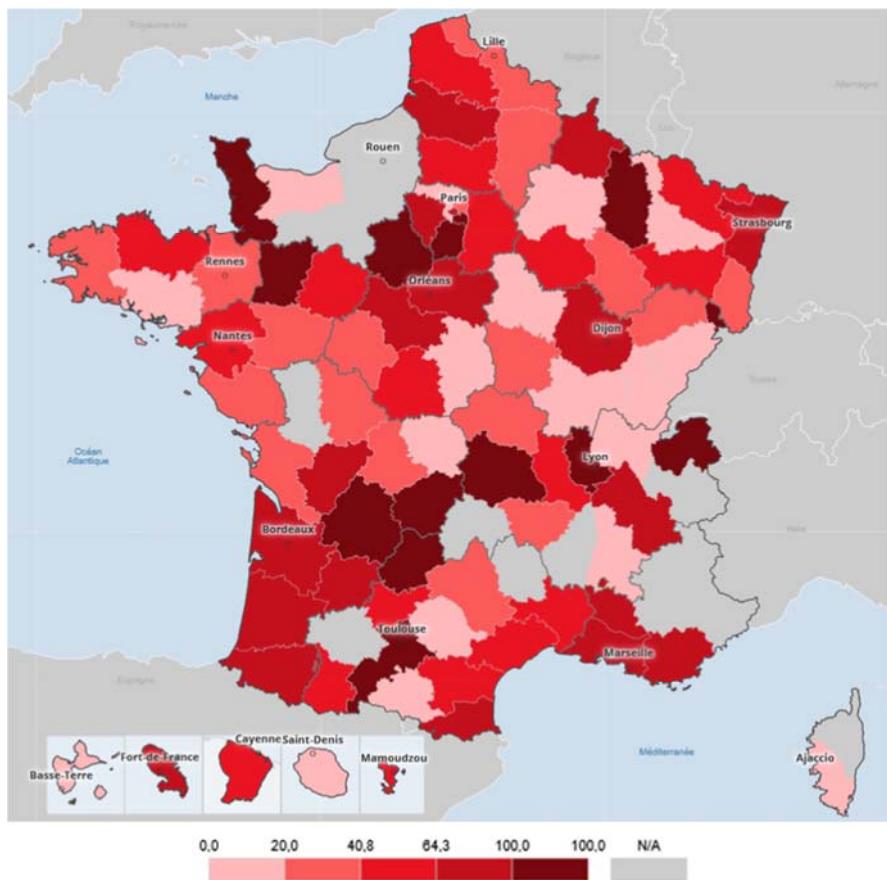
Enfin, **un grand nombre d'élèves dont les besoins d'aménagement sont particuliers demeurent confrontés à des solutions inadaptées à une bonne inclusion**. Il en va notamment ainsi des enfants et adolescents souffrant de troubles du neurodéveloppement. L'inadaptation des aménagements proposés présente un caractère systémique, qu'illustre le **caractère restrictif de certains dispositifs** : l'ouverture des projets personnalisés de scolarisation (PPS) est par exemple conditionnée à l'existence d'un taux d'incapacité d'au moins 50 %, ce qui traduit une approche médicalisée peu adaptée à certaines formes de handicap. Constituant un autre symbole des défaillances structurelles de l'école inclusive, les **manuels scolaires** ne sont généralement pas adaptés pour être accessibles aux élèves présentant des troubles dys, « *alors même qu'une impulsion nationale pourrait permettre de généraliser ces adaptations essentielles* »⁽²⁾. La création de dispositifs adaptés, à l'instar des unités d'enseignement maternelle autisme (UEMA), des unités d'enseignement élémentaire autisme (UEEA) et des dispositifs d'autorégulation (DAR), est prometteuse, mais **quantitativement insuffisante**. Mme Danièle Langlois, présidente d'Autisme France, soulignait à cet égard que, dans ce cas précis, « *le problème concerne le manque de suite car les UEEA, les unités d'enseignement élémentaire autisme, ne sont pas financées de la même manière* » que les UEMA, et qu'elles « *ne peuvent donc pas répondre aux besoins d'un public qui garde des troubles sévères tout au long de son parcours* ». Par conséquent, « *au-delà de 11 ans, il n'y a plus rien, les enfants autistes aux troubles les plus sévères sont totalement laissés à l'abandon* »⁽³⁾. Les données obtenues par le rapporteur illustrent ce manque qualitatif avec précision : **sur l'ensemble du territoire national, 643 élèves ayant reçu une notification pour une scolarisation avec l'appui d'une UEEA ou d'un DAR étaient encore en attente au moment de la rentrée 2025, soit un taux d'ineffectivité de 46,6 %**. Là encore, les inégalités géographiques sont criantes. Dans 14 départements, la totalité des élèves ayant été notifiés étaient en attente.

(1) Depp, *Repères et références statistiques*, consulté le 18 novembre 2025.

(2) Audition du mercredi 22 octobre 2025, compte rendu n°[35](#).

(3) Audition du mercredi 22 octobre 2025, compte rendu n°[35](#).

Proportion des élèves notifiés pour une scolarisation avec appui d'une UEEA ou d'un DAR demeurant en attente



Source : Ministère de l'Éducation nationale, données transmises à la commission d'enquête, cartographiées via [l'outil de visualisation de données de l'Insee](#).

Lecture : en Isère, 64,3 % des élèves ayant reçu une notification pour une scolarisation avec appui d'une UEEA ou d'un DAR demeuraient en attente lors de la rentrée scolaire 2025.

Ces défaillances se poursuivent et s'aggravent au cours des études supérieures, au point que, malgré une augmentation de la fréquence des poursuites d'études des étudiants en situation de handicap, leur proportion baisse progressivement avec l'avancement des études supérieures (voir *supra*). **20 % des étudiants handicapés ne disposent d'aucun aménagement lorsqu'ils passent des examens dans le cadre de leur formation**, et lorsque ces aménagements existent, il s'agit essentiellement d'un temps majoré (cité par 84 % des étudiants). Le matériel pédagogique adapté, les temps de pause et les salles particulières sont plus rares (cités par respectivement 23 %, 20 % et 20 % des étudiants), et l'aide

humaine est marginale⁽¹⁾. Ainsi, Mme Claire Hédon, Défenseure des droits, s'inquiétait d'être « *de plus en plus saisi[e] par des jeunes qui, une fois arrivés dans l'enseignement supérieur, se voient refuser une adaptation alors qu'ils en avaient bénéficié pendant toute leur scolarité* »⁽²⁾.

2. Les progrès insuffisants de l'inclusion professionnelle

Les politiques d'inclusion professionnelle reposent sur un large ensemble de dispositifs d'aide et de structures constituant un continuum dense de l'emploi protégé au milieu ordinaire. En dépit de visées prometteuses, des défaillances les caractérisent, et ils souffrent parfois d'un manque de soutien des pouvoirs publics.

a. *Une politique d'inclusion professionnelle qui repose sur plusieurs grands axes*

Les politiques d'inclusion professionnelle reposent d'abord, s'agissant des personnes en situation de handicap, sur un cadre législatif contraignant applicable au milieu ordinaire. **L'obligation d'emploi des travailleurs handicapés (OETH) résultant des dispositions du code travail⁽³⁾ impose ainsi à tous les employeurs d'au moins 20 salariées d'employer *a minima* 6 % de bénéficiaires (BOETH)**, notion qui correspond à un périmètre large⁽⁴⁾. Afin de soutenir l'emploi des personnes de plus de 50 ans, celles-ci sont comptabilisées avec un coefficient de 1,5. Lorsqu'ils ne respectent pas cette obligation, les employeurs doivent verser une contribution aux organismes de recouvrement, qui est reversée à l'association de gestion pour l'insertion professionnelle des personnes handicapées (Agefiph) ou au fonds pour l'insertion des personnes handicapées dans la fonction publique (Fiphfp). En pratique, l'OETH se traduit par une part croissante de travailleurs bénéficiaires employés au sein des entreprises assujetties. En 2024, 720 800 personnes bénéficiaient effectivement de l'OETH, pour un total de 490 400 équivalents temps plein. Cela correspond à un taux d'emploi avant majoration de 4 % et à un taux après majoration de 5,1 %⁽⁵⁾.

(1) Source : Drees, [Le handicap en chiffres](#), 3 décembre 2024.

(2) Audition du 16 septembre 2025, compte rendu n°[7](#)

(3) Articles L. 5212-1 à L. 5212-17 du code du travail.

(4) *Elle englobe notamment les personnes faisant l'objet d'une reconnaissance de la qualité de travailleur handicapé, les bénéficiaires de l'allocation adulte handicapé, les victimes d'accident du travail ou de maladies professionnelles entraînant une incapacité d'au moins 10 %, les titulaires de certaines pensions d'invalidité, ou encore les titulaires de la carte mobilité inclusion mention « invalidité ».*

(5) Dares, [L'obligation d'emploi des travailleurs handicapés en 2024](#), novembre 2025.

Nombre de bénéficiaires de l'OETH, équivalents temps plein et taux d'emploi

	2020	2021	2022	2023	2024
Nombre de personnes physiques	637 000	651 100	682 900	699 600	720 800
Nombre d'équivalents temps plein	424 100	438 900	451 300	470 900	490 400
Taux d'emploi avant majoration en équivalent temps plein (en %)	3,5	3,7	3,7	3,8	4
Taux d'emploi de bénéficiaires de l'OETH (en %)	4,5	4,7	4,8	4,9	5,1

Source : Dares, *L'obligation d'emploi des travailleurs handicapés en 2024*, novembre 2025.

Lecture : en 2020, 637 000 personnes bénéficiaient de l'OETH.

Les recettes de l'OETH financent notamment, par l'intermédiaire de l'Agefiph et du Fiphfp, **l'aide à l'emploi des travailleurs handicapés (AETH)**, qui a pour objet de compenser les conséquences du handicap sur l'activité professionnelle et les coûts en résultant pour l'entreprise. Elle s'inscrit dans le cadre d'une reconnaissance de la lourdeur du handicap (RLH). Par ailleurs, diverses aides à destination des entreprises ou des personnes visent à compenser les contraintes résultant du handicap, à l'instar de :

- l'aide à l'accueil, l'intégration et l'évolution professionnelle des personnes handicapées (AAIEPPH), qui a pour objet d'accompagner l'intégration et l'évolution professionnelle des personnes en situation de handicap ;
- l'aide à l'aménagement des situations de travail (AST), qui a vocation de financer les moyens techniques, humains et organisationnels permettant d'aménager le poste de travail, pour l'employé et l'employeur ;
- l'aide à la recherche et la mise en œuvre de solutions de maintien en emploi des travailleurs handicapés, qui visent à compenser financièrement l'identification et la matérialisation des solutions nécessaires au maintien dans l'emploi d'un travailleur handicapé ;
- l'aide à la formation pour le maintien dans l'emploi, qui permet de financer la formation professionnelle d'une personne dont le maintien dans l'emploi est menacé par l'inadaptation de son poste au handicap qu'elle porte ;
- l'aide à l'embauche en contrat d'apprentissage ou de professionnalisation d'une personne en situation de handicap.

En sus de ces aides financières, le **dispositif d'emploi accompagné**, mis en œuvre sur décision de la commission des droits et de l'autonomie des personnes handicapées (CDAPH), permet aux personnes handicapées évoluant vers l'emploi en milieu ordinaire ou déjà en emploi dans le milieu ordinaire de bénéficier d'un accompagnement médico-social et d'un soutien à l'insertion professionnelle, notamment par la désignation d'un référent emploi accompagné. Il s'adresse plus

spécifiquement aux personnes porteuses de handicaps invisibles, notamment de troubles du spectre de l'autisme, de déficiences intellectuelles, ou de troubles du neurodéveloppement. De nombreuses études internationales évaluant des modes d'accompagnement comparables suggèrent l'existence d'un effet important de ceux-ci sur l'insertion professionnelle en milieu ordinaire, notamment comparativement aux modes d'accompagnement traditionnels⁽¹⁾.

Dans un cadre proche de celui des entreprises ordinaires, les **entreprises adaptées**, créées par la loi du 11 février 2005, visent à permettre l'exercice d'une activité professionnelle dans un environnement adapté au handicap, et emploient au moins 55 % des travailleurs handicapés parmi les effectifs de productions. Les employés des entreprises adaptées sont recrutés parmi les personnes éloignées du marché du travail, et peuvent proposer des emplois à longue durée ou à courte durée dans la perspective d'une transition professionnelle. La loi du 18 décembre 2023⁽²⁾ a en ce sens généralisé deux expérimentations, le contrat à durée déterminée (CDD) « tremplin » et les entreprises adaptées de travail temporaire, dans l'objectif d'un renforcement des trajectoires de transition vers les entreprises ordinaires. En 2025, 42 000 personnes en situation de handicap sont salariées dans 825 entreprises adaptées, ce qui représente 5 % de l'emploi des personnes handicapées en France, un chiffre d'affaires cumulé de 1,8 milliard d'euros⁽³⁾.

Enfin, ce tableau doit être complété par le travail en milieu protégé, à destination des personnes souffrant d'incapacités incompatibles avec l'exercice professionnel en milieu ordinaire. Il repose sur les **établissements et services d'aide par le travail (Esat)**, anciens centres d'aide par le travail (CAT) qui sont des établissements médico-sociaux et associent activités professionnelles fortement adaptées, soutien médico-social, et le cas échéant soutien éducatif. Régis par le code de l'action sociale et des familles, les Esat et les personnes qui y travaillent ne sont pas soumis au droit du travail. Des passerelles existent vers le milieu ordinaire, notamment par le détachement ou la mise à disposition des travailleurs dans le cadre l'emploi protégé dans le milieu ordinaire (EPMO). Au total, les Esat accompagnaient 125 960 personnes en 2022, pour 120 470 places disponibles – soit un taux de sureffectif de 4,6 %. Les personnes ayant une déficience intellectuelle constituaient alors la majeure partie des personnes accompagnées (63 %), et les déficiences légères y étaient surreprésentées (37 % contre 21 % dans la moyenne des autres ESMS)⁽⁴⁾.

Les personnes souffrant de troubles peuvent, lorsqu'elles bénéficient d'une reconnaissance administrative de handicap, bénéficier des dispositifs susmentionnés. Toutefois, **peu de dispositifs et de structures ont pour objet principal l'aide ou l'accompagnement des travailleurs souffrant de troubles de**

(1) Voir par exemple Drake, Bond, Becker, [*Individual Placement and Support: An Evidence-Based Approach to Supported Employment*](#), octobre 2012.

(2) Loi n° 2023-1196 du 18 décembre 2023 pour le plein emploi.

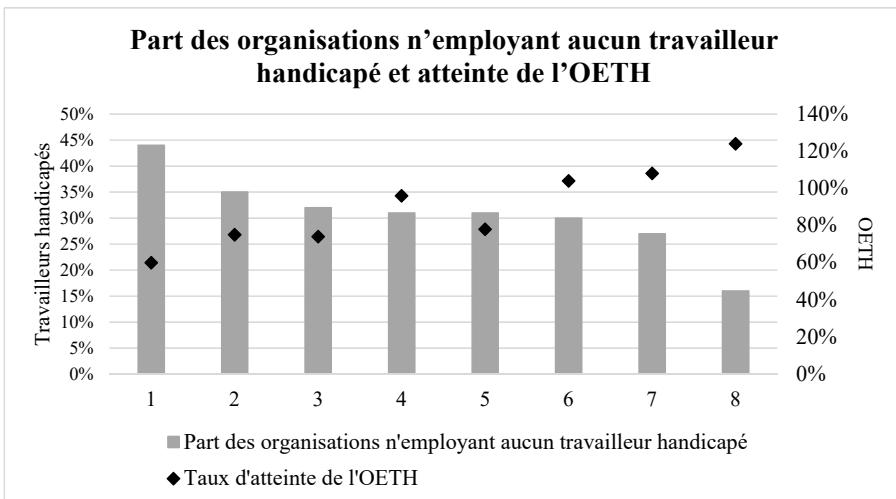
(3) Audition du jeudi 25 septembre 2025, compte rendu n°[20](#).

(4) Drees, [*Le handicap en chiffres*](#), 3 décembre 2024.

la santé mentale, alors même que leur maintien dans l'emploi constitue un enjeu de premier ordre. Peuvent notamment être citées les **plateformes de réhabilitation psychosociale**, structures de coordination constituées dans le cadre des projets territoriaux de santé mentale (voir *supra*) ayant vocation à proposer un accès aux soins ciblé pour permettre une trajectoire de rétablissement qui corresponde aux compétences et aspirations des personnes. Les **établissements de réadaptation professionnelle** offrent par ailleurs un soutien médico-social, constitué de professionnels pluridisciplinaires, pour identifier et écarter les freins au retour à l'emploi. *De facto*, les **collectifs d'entraide et d'insertion sociale et professionnelle** jouent un rôle clef pour pallier les carences de l'offre d'accompagnement, et reposent en grande partie sur des mécanismes de pair-aidance.

b. Des insuffisances nombreuses

Les politiques d'inclusion professionnelle se heurtent à un grand nombre de défaillances, dont **l'insatisfaction des objectifs fixés par les pouvoirs publics** est la traduction. Plusieurs indicateurs peuvent être considérés à cet égard. Le taux d'emploi des personnes bénéficiaires de l'OETH demeure ainsi significativement inférieur à la cible fixée, s'établissant à 4 % avant majoration, et à 5,1 % après application d'un coefficient de 1,5 aux travailleurs de plus de 50 ans. Cette valeur demeure basse dans les petites et moyennes entreprises (PME), où le taux d'atteinte de l'objectif est de 86 %, et 38 % des entreprises de moins de 50 salariés n'emploient aucun BOETH⁽¹⁾. En outre, de fortes disparités entre secteur d'emploi demeurent.



Légende : information et communication (1) ; services aux entreprises (2) ; construction (3) ; activités financières, d'assurance et immobilières (4) ; commerce, hébergement et restauration (5) ; industrie (6) ; transport (7) ; administration publique, enseignement, santé et action sociale (8).

Source : Dares, [L'obligation d'emploi des travailleurs handicapés en 2024](#), novembre 2025.

Lecture : en 2020, 637 000 personnes bénéficiaient de l'OETH.

(1) Dares, [L'obligation d'emploi des travailleurs handicapés en 2024](#), novembre 2025.

De même, l'objectif gouvernemental de 30 000 bénéficiaires du dispositif d'emploi accompagné en 2027 semble encore loin d'être atteint : en décembre 2024, 10 200 personnes en bénéficiaient, soit une progression d'à peine 15 % en un an⁽¹⁾. S'agissant des entreprises adaptées, la cible d'un taux de sortie vers le milieu ordinaire de 30 % dans le cadre des CDD tremplin semble également hors de portée, les sorties vers le milieu ordinaire s'établissant en l'état à moins de 8 %⁽²⁾. Plus largement, les indicateurs d'emploi des bénéficiaires de l'obligation d'emploi progressent légèrement, mais s'établissent à un niveau qui demeure très largement inférieur à celui de la population générale.

Indicateurs de l'insertion professionnelle des bénéficiaires de l'OETH en 2024

	Bénéficiaires OETH	Évolution en un an	Population générale
Taux d'activité	46 %	+ 1 point	75 %
Taux d'emploi	41 %	+ 2 points	69 %
Taux de chômage	12 %	—	7 %

Source : Agefiph, [Tableau de bord 2024 « Emploi et chômage des personnes handicapées »](#), juillet 2025.

Lecture : 46 % des bénéficiaires de l'OETH sont actifs.

Les facteurs explicatifs de ces résultats sont pluriels. En premier lieu, **la discrimination dans l'accès à l'emploi demeure prégnante**. Mme Claire Hédon, Défenseure des droits, indiquait lors de son audition par la commission d'enquête que « *l'emploi est le premier domaine dans lequel s'exercent les discriminations fondées sur le handicap* ». Plus précisément, « *sur les 5 679 réclamations motivées par des discriminations, 22 % portaient sur le handicap ; parmi ces dernières, 21 % concernaient l'emploi privé et 24 % l'emploi public* »⁽³⁾. À l'occasion du dernier baromètre sur la perception des discriminations dans l'emploi⁽⁴⁾, 27 % des personnes interrogées déclaraient avoir déjà été témoin de discrimination à raison de l'état de santé ou du handicap, et 19 % des personnes concernées disaient avoir déjà fait l'objet de discriminations dans l'emploi.

La forme et le niveau de l'OETH peuvent aussi susciter un regard critique. L'obligation d'emploi, dans sa forme actuelle et compte tenu de sa stabilité, contribue davantage au maintien dans l'emploi qu'à l'insertion professionnelle. Surtout, **la nature et le niveau des sanctions financières afférentes n'apparaissent pas suffisamment dissuasifs**. En outre, la majoration du décompte des travailleurs âgés de plus de 50 ans issue de la réforme de l'OETH de 2018⁽⁵⁾ ne s'est pas accompagnée d'une hausse de l'objectif universel de 6 %, et demeure

(1) Agefiph, [Tableau de bord 2024 « Emploi et chômage des personnes handicapées »](#), juillet 2025.

(2) *Audition du mercredi 17 septembre 2025, compte rendu n°10*.

(3) *Audition du mardi 16 septembre 2025, compte rendu n°7*.

(4) Défenseure des droits, [17^e baromètre sur la perception des discriminations dans l'emploi](#), décembre 2024.

(5) *Par la loi n° 2018-771 du 5 septembre 2018 pour la liberté de choisir son avenir professionnel*.

insatisfaisante dans ses effets : les personnes handicapées passaient en moyenne 7,9 années sans emploi ni retraite après 50 ans en 2022, contre 1,8 année pour la population générale⁽¹⁾.

Par ailleurs, le soutien aux entreprises adaptées demeure insuffisant, en dépit d'un rôle décisif dans l'inclusion professionnelle. L'Union nationale des entreprises adaptées (Unea) a souhaité évaluer l'effet global des mesures soutenant l'emploi des travailleurs handicapés au sein des entreprises adaptées, en déterminant un niveau de rémunération où le « retour sur investissement » – entendu comme la différence entre la dépense publique et les contributions perçues – serait positif. L'étude afférente, réalisée par le cabinet de conseil KPMG en 2010 et plusieurs fois mise à jour depuis, a ainsi conclu, dans sa dernière édition, à l'existence d'un retour sur investissement positif dès lors que la rémunération considérée était supérieure à 117,9 % du salaire minimum interprofessionnel de croissance (SMIC)⁽²⁾. Toutefois, les résultats de cette tentative de chiffrage sont biaisés par l'absence de prise en compte des contreparties aux cotisations sociales, au point que les hypothèses soutenant le calcul sont « *susceptibles de remettre en cause la crédibilité du chiffrage présenté* », ainsi que le relevait l'inspection générale des affaires sociales en 2016⁽³⁾. La méthodologie de calcul n'ayant, depuis lors, pas évolué, les résultats demeurent sujets à caution. Néanmoins, **le rapporteur tient à saluer l'initiative d'un raisonnement en termes de coûts évités**, qui, s'il s'accompagnait de meilleures garanties méthodologiques, permettrait d'éclairer les politiques publiques. Il mesure, en outre, que les externalités positives de ce dispositif ne peuvent être appréhendées uniquement de façon financière, notamment s'agissant de l'estime de soi ou de l'insertion sociale.

S'agissant des dispositifs d'aide à l'emploi des personnes en situation de handicap, une incohérence majeure demeure dans l'interaction entre la reconnaissance d'une « réduction substantielle et durable de l'accès à l'emploi » (RSDAE), critère d'attribution d'une forme de l'allocation adulte handicapé (AAH), dite « AAH 2 », et la durée de travail en milieu ordinaire. En pratique, conformément aux dispositions de l'article D. 821-1-2 du code de la sécurité sociale⁽⁴⁾, le fait d'avoir une durée de travail inférieure ou égale à un mi-temps en milieu ordinaire est interprété comme une condition *sine qua non* pour bénéficier de l'AAH lorsque le taux d'incapacité est compris entre 50 % et 79 %. De fait, cette lecture subjective de ce qui constitue une « réduction substantielle et durable de l'accès à l'emploi » **empêche les personnes concernées de cumuler AAH et travail à plus de mi-temps**. L'effet sur l'inclusion professionnelle en est délétère, et de nombreuses personnes auditionnées ont mentionné cet écueil. En l'état du droit, les personnes concernées sont ainsi incitées à éviter l'augmentation de leur

(1) Drees, *Le handicap en chiffres*, 3 décembre 2024.

(2) Document transmis à la commission d'enquête, prenant pour référence l'année 2024.

(3) Igas, *Les entreprises adaptées*, septembre 2016.

(4) Le 5° b) de l'article D. 821-1-2 dispose qu'est compatible avec la reconnaissance d'une RSDAE « l'activité professionnelle en milieu ordinaire de travail pour une durée de travail inférieure à un mi-temps, dès lors que cette limitation du temps de travail résulte exclusivement des effets du handicap du demandeur ».

temps de travail ou à décliner des propositions d'emploi à temps plein, car elles seraient financièrement perdantes. **Le rapporteur souhaite attirer l'attention sur le fait que cette situation découle d'une simple disposition réglementaire, et qu'une précision de la notion de « réduction substantielle et durable de l'accès à l'emploi » par décret pourrait donc y remédier.**

Enfin, les personnes souffrant de troubles de la santé mentale non associés à une reconnaissance administrative de handicap demeurent un impensé majeur des politiques publiques de l'inclusion professionnelle. Mme Coralie Gandré, maîtresse de recherche à l'Irdes, constatait à cet égard qu'« *il manque des dispositifs d'aide au maintien dans l'emploi ou d'aide à l'accès à l'emploi intégré dans des services de prise en charge des troubles psychiques comme il en existe dans d'autres pays, notamment au Canada* »⁽¹⁾. De fait, alors même que les interactions entre santé mentale et exercice professionnel sont nombreuses et largement documentées, les dispositifs adaptés sont rares, notamment pour les troubles qui ne permettent pas la reconnaissance de la qualité de travailleur handicapé (RQTH).

3. Dans la vie globale, l'action des pouvoirs publics fait encore défaut à de nombreux égards, suscitant une judiciarisation

Au-delà de l'école et de l'emploi, l'inclusion des personnes porteuses de handicap et atteintes de troubles psychiques souffre aussi de défaillances dans la vie globale. Elles prennent plusieurs visages, de la discrimination générale aux insuffisances de l'accessibilité. Elles ont valu à la France d'être condamnée.

a. Des défaillances qui affectent la vie globale des personnes en situation de handicap

La discrimination dans l'accès à l'emploi évoquée *supra* ne constitue pas la seule forme de discrimination à laquelle les personnes en situation de handicap et souffrant de troubles de la santé mentale sont confrontées. Mme Claire Hédon soulignait ainsi que « *ces discriminations s'exercent dans de nombreux domaines : l'emploi bien évidemment, mais aussi l'accès à la santé, à la justice, aux loisirs, aux sports, à la culture* ». La part des saisines de la Défenseure des droits ne concernant ni l'emploi ni l'éducation ou la formation s'établit ainsi à 48 %⁽²⁾.

Les statistiques du ministère de la Justice concernant les procédures relatives à la discrimination en raison du handicap, obtenues par le rapporteur, mettent pourtant en évidence **un très faible nombre de décisions au sein des juridictions pénales, en dépit d'un champ infractionnel large**. Mme Elisa Rojas, avocate à la cour, dénonçait à cet égard un contentieux des discriminations « *quasiment inexistant* »⁽³⁾. Entre 2020 et 2024, 97 décisions ont été rendues en

(1) *Audition du mercredi 3 septembre 2025, compte rendu n°2.*

(2) *Audition du mardi 16 septembre 2025, compte rendu n°7.*

(3) *Audition du jeudi 23 octobre, compte rendu n°36.*

première instance et en appel par les juridictions pénales, aboutissant à 57 condamnations. La discrimination constituait l'infraction principale dans 40 d'entre elles. Ces chiffres interrogent d'une part les capacités d'accès à la justice des personnes victimes de discrimination, et d'autre part l'effectivité réelle des dispositions légales relatives aux discriminations.

Condamnations définitives au pénal prononcées en première instance et en appel pour au moins une infraction de discrimination en raison du handicap

Année	Décisions	Condamnations prononcées	<i>Dont infraction principale</i>
2020	12	7	6
2021	17	9	9
2022	26	9	5
2023	19	16	11
2024 (provisoire)	23	16	9

Source : Ministère de la Justice, données transmises à la commission d'enquête.

Lecture : en 2023, 16 condamnations définitives ont été prononcées pour au moins une infraction de discrimination en raison du handicap. Dans 11 de ces condamnations, la discrimination en raison du handicap constituait l'infraction principale.

La discrimination a en outre une traduction politique persistante, **les personnes en situation de handicap subissant *de facto* une mise à distance électorale quantifiable**. Leur taux de non-inscription sur les listes électorales peut être estimé à hauteur de 30 %, contre 12 % dans la population générale⁽¹⁾, malgré la suppression des restrictions au droit de vote des personnes placées sous tutelle⁽²⁾. Au surplus, la proportion de personnes en situation de handicap élues demeure extrêmement faible. M. Pierre-Yves Baudot rapportait lors de son audition qu'une récente étude sociologique conduite par M. Cyril Desjeux les estimait au nombre de 80 à 90 dans le pays, quand elles représentent par exemple 10 % des élus aux États-Unis⁽³⁾.

S'agissant spécifiquement des personnes souffrant de troubles de la santé mentale, la stigmatisation et la discrimination demeurent la norme, entravant parfois une bonne prise en charge. Mme Corinne Blanchet, endocrinologue, s'inquiétait en ce sens que « *la discrimination dans les soins demeure une problématique réelle, très particulière en termes de pathologie psychiatrique* »⁽⁴⁾. La persistance de stéréotypes délétères au sein de la population sous-tend cet état de fait. Ainsi, dans le cadre d'un sondage réalisé par l'institut Odoxa pour la Mutualité française en septembre 2024, 70 % des personnes interrogées adhéraient à l'un des principaux stéréotypes sur les personnes souffrant de troubles de la santé mentale. Dans le détail, 49 % considéraient que les personnes

(1) *Audition du mercredi 3 septembre 2025, compte rendu n°3*.

(2) *La loi n° 2019-222 du 23 mars 2019 de programmation 2018-2022 et de réforme pour la justice a abrogé l'article L. 5 du code électoral, qui prévoyait jusqu'alors la possibilité d'une privation de droit de vote lors de l'ouverture ou du renouvellement d'une mesure de tutelle par le juge compétent.*

(3) *Audition du mercredi 3 septembre 2025, compte rendu n°3*.

(4) *Audition du mardi 28 octobre 2025, compte rendu n°39*.

atteintes de troubles psychiques sont dangereuses, 46 % déclaraient que les addictions sont dues à un manque de volonté, et 26 % estimaient que la santé mentale est une mode, une manière pour certaines personnes d'attirer l'attention⁽¹⁾. Si certaines actions sont entreprises pour lutter contre la discrimination des personnes souffrant de troubles psychiques, par exemple au moyen des conseils locaux de santé mentale (CLSM) ou de la plateforme d'information et d'orientation Psycom, **une politique coordonnée et ambitieuse de déstigmatisation fait toujours défaut, notamment à destination des jeunes.**

Un second volet des défaillances accompagnant la vie globale des personnes porteuses de handicap ou souffrant de troubles de la santé mentale réside dans **l'insuffisance persistante des politiques d'accessibilité universelle**. Celle-ci concerne une grande variété de champs de la vie, certains étant confrontés à des carences particulièrement saillantes.

Il en va ainsi du **logement**, sujet sur lequel « *nous sommes très en retard, et nous le savons* », concédait M. Benjamin Voisin, directeur adjoint de la direction générale de la cohésion sociale⁽²⁾. Cet enjeu, qui concerne au premier chef les personnes souffrant de handicap moteur, a été renforcé par la modification des règles applicables à la construction de logements neufs introduite par la loi ELAN⁽³⁾, déjà évoquée *supra*. Alors que 100 % des logements d'habitations collectives neufs devaient auparavant être immédiatement accessibles, cette obligation a été réduite à 20 %⁽⁴⁾, les autres devant simplement être « *évolutifs* » – c'est-à-dire adaptables par des « *travaux simples* » pour permettre une accessibilité ultérieure⁽⁵⁾. **L'absence totale de données en matière de logement accessible empêche l'évaluation de l'effet concret de ces évolutions, mais le constat d'une forte insuffisance est partagé**. L'inspection générale de l'environnement et du développement durable (IGEDD) a toutefois produit un rapport critique quant à la matérialisation de la notion de « *logement évolutif* », lequel n'a fait l'objet d'aucune publication ou communication au Parlement. Par ailleurs, le développement de l'**habitat inclusif**, notion introduite par la même loi ELAN, demeure embryonnaire. Il permet pourtant l'accompagnement de personnes souffrant d'importantes limitations dans un cadre moins contraint que celui des établissements et services médico-sociaux, et pour un coût significativement moindre. En 2022, 35 000 euros de financements permettaient en moyenne d'accompagner 7 habitants, pour un total de 628 habitats et 5 642 personnes, dont 3 109 en situation de handicap⁽⁶⁾. **Le rapporteur insiste sur les perspectives prometteuses qu'offrent de telles solutions, et sur l'insuffisant soutien dont elles bénéficient**. Au-delà du seul logement, les limitations à la vie culturelle et

(1) Institut Odoxa, [Le Carnet de Santé de la Mutualité Française sur la santé et le système de santé en France](#), septembre 2024.

(2) *Audition du mercredi 10 septembre 2025, compte rendu n°6*.

(3) *Loi n° 2018-1021 du 23 novembre 2018 portant évolution du logement, de l'aménagement et du numérique*.

(4) *Ou au moins un, dans le cas de petits ensembles*.

(5) *Arrêté du 11 octobre 2019 modifiant l'arrêté du 24 décembre 2015 relatif à l'accessibilité aux personnes handicapées des bâtiments d'habitation collectifs et des maisons individuelles lors de leur construction*.

(6) *CNSA, Rapport d'activité thématique – Conférence des financeurs de l'habitat inclusif*, août 2024.

sociale évoquées *supra* sont le signe de carences persistantes d'accessibilité physique. En 2023, la moitié des établissements recevant du public étaient encore « *dans une démarche vers l'accessibilité* », soit près de 900 000 bâtiments⁽¹⁾.

L'accessibilité immatérielle demeure en outre une exigence largement insatisfaite, notamment s'agissant des services publics. De façon illustrative, les données mises à disposition par l'observatoire « *Vos démarches essentielles* » de la direction interministérielle du numérique (Dinum)⁽²⁾ révèlent un taux de prise en compte du handicap très inquiétant. Ainsi, **sur 244 démarches en lignes essentielles, seules 7 sont pleinement accessibles au sens du référentiel général d'amélioration de l'accessibilité**. 151 démarches affichent une conformité « partielle » (supérieure à 50 %), 26 une conformité inférieure à 50 %, et 53 une absence totale d'accessibilité. 7 autres n'ont pas encore été évaluées. **Au total, le taux moyen de conformité des démarches essentielles avec le référentiel général d'amélioration de l'accessibilité s'établit donc à 55,6 %**. Le rapporteur s'inquiète de cette défaillance majeure, dont il considère qu'elle est particulièrement inacceptable.

b. Des contentieux encore en développement, et des condamnations supranationales

Les défaillances citées jusqu'ici donnent parfois lieu à des actions contentieuses de la part des personnes qui en sont victimes. Longtemps marginales, les actions entreprises auprès des juridictions civiles et administratives sont en forte hausse au cours des dernières années. Les pôles sociaux des juridictions civiles sont notamment compétents pour connaître des contestations relatives à l'attribution de taux d'incapacité, aux allocations, à l'affiliation, l'orientation ou le placement des personnes, et à la délivrance de cartes. Les tribunaux administratifs ont à connaître des recours relatifs à la reconnaissance de la qualité de travailleur handicapé (RQTH) et aux demandes d'orientation professionnelle.

Entre 2020 et 2024, les affaires nouvelles portées devant les pôles sociaux des tribunaux judiciaires ont ainsi progressé de 27,6 %. Le taux d'acceptation totale ou partielle fluctue cependant fortement, de 14,4 % en 2020 à 25,1 % en 2024, en passant par 33,9 % en 2022. Ces affaires concernent d'abord des contestations de décisions relatives à des allocations pour majeur handicapé (56,3 % en 2024) ou mineur handicapé (14,3 % en 2024), et parfois des contestations de décisions relatives à l'attribution de cartes (12,1 % en 2024) ou d'un taux (11,3 % en 2024). Elles n'ont en revanche que rarement un objet relatif à l'affiliation, l'orientation ou le placement d'un adulte (0,7 % en 2022) ou d'un enfant (4,5 % en 2024).

(1) Déclaration de Mme Carole Guéchi auprès de *La Gazette des communes*, février 2023.

(2) Observatoire VDE, via datagouv.fr, consulté le 20 novembre 2025.

Nombre d'affaires traitées en première instance relatives à la protection sociale des personnes handicapées

	2020	2021	2022	2023	2024
Affaires nouvelles	9 868	9 463	9 308	10 507	12 592
Affaires terminées	6 982	11 110	10 327	9 611	10 364
<i>Dont acceptation totale ou partielle</i>	<i>1 417</i>	<i>2 887</i>	<i>3 156</i>	<i>2 867</i>	<i>3 157</i>

Source : Ministère de la Justice, données transmises à la commission d'enquête.

Lecture : en 2020, 9 868 affaires nouvelles ont été portées devant les pôles sociaux des juridictions civiles, 6 982 ont été terminées, dont 1 417 avec une acceptation totale ou partielle de la contestation.

Pour leur part, les juridictions administratives ont eu à connaître en 2023 et 2024 de 549 recours, dont 361 relatifs à la reconnaissance de la qualité de travailleur handicapé (RQTH) et 172 à l'orientation professionnelle. Ces recours ont majoritairement fait l'objet de rejets, à hauteur de 79 %, dont 81 % pour les rejets relatifs à la RQTH⁽¹⁾.

L'accès aux droits des personnes en situation de handicap demeure, de fait, très imparfait, le volume de contestations et de recours formés rapporté au volume de décisions prises par les maisons départementales des personnes handicapées en attestant. Les facteurs explicatifs en sont vraisemblablement multiples. Mme Elisa Rojas abordait cette question lors de son audition par la commission d'enquête, évoquant notamment un conditionnement social profond, une précarité financière plus forte que dans le reste de la population, ou encore « *une défiance envers les institutions et la justice, renforcée par le peu de décisions favorables rendues publiques qui pourraient les encourager à saisir les tribunaux* »⁽²⁾. La **médiation peut à cet égard constituer « une piste prometteuse »**, ainsi que le relevait Mme Delhia Aknine, avocate à la Cour, évoquant en particulier le cas des recours relatifs à l'attribution d'aménagements scolaires⁽³⁾. Le rapporteur s'associe pleinement à cette considération, et observe que ce mode de résolution des litiges offre un cadre d'écoute et d'échange qui fait malheureusement défaut à certaines procédures d'attribution de droits.

Par ailleurs, s'agissant du non-respect des droits fondamentaux des personnes handicapées, la France a fait l'objet de plusieurs rappels à l'ordre récents émanant d'organisations internationales.

En 2021, le Comité des droits des personnes handicapées des Nations unies, notamment chargé d'examiner les rapports remis par les États membres quant au respect de la Convention relative aux droits des personnes handicapées⁽⁴⁾, considérait que la France n'avait « pas encore intégré l'approche du handicap

(1) *Conseil d'État, données transmises à la commission d'enquête.*

(2) *Audition du jeudi 23 octobre, compte rendu n°36.*

(3) *Ibid.*

(4) *Ratifiée par la France en 2010.*

fondée sur les droits de l'homme ». Il soulignait notamment une conception excessivement médicale du handicap, et déplorait la trop grande place occupée par les prises en charge institutionnelles en général et les hospitalisations sous contrainte en particulier⁽¹⁾.

En 2023, la France a fait l'objet d'une condamnation formelle du Comité des droits sociaux de l'Europe. Le Comité a notamment considéré que la France ne respectait pas la Charte européenne des droits sociaux, à quatre égards :

- au titre de l'article 15§3 de la Charte, en raison du manquement à l'obligation d'adopter des mesures efficaces dans un délai raisonnable en matière d'accès à l'aide sociale et financière, d'accessibilité des bâtiments, installations et transports publics, de développement d'une politique d'intégration coordonnée ;
- au titre de l'article 15§1 de la Charte, en raison du manquement à l'obligation d'adopter des mesures efficaces dans un délai raisonnable pour remédier aux carences d'inclusion des enfants et adolescents handicapés dans les écoles ordinaires ;
- au titre de l'article 11§1 de la Charte, en raison du manquement à l'obligation d'adopter des mesures efficaces dans un délai raisonnable s'agissant de l'accès des personnes handicapées aux services de santé ;
- au titre de l'article 16 de la Charte, en raison du manque de protection de la famille résultant de la pénurie des services d'aide et du manque d'accessibilité des bâtiments, installations et transports publics.

Lors de son audition par la commission d'enquête, Mme Eliane Chemla, ancienne membre du Comité européen des droits sociaux du Conseil de l'Europe, relevait que, « *pour l'instant, la France n'a pas véritablement apporté de réponse* » à cette condamnation⁽²⁾.

III. CES DÉFAILLANCES ENTRAINENT DES PERTES DE CHANCE POUR LES PERSONNES CONCERNÉES ET DES COÛTS POUR LA SOCIÉTÉ

Les défaillances des politiques de prise en charge de la santé mentale et du handicap ont des conséquences de deux natures. D'une part, elles entraînent des pertes de chances pour les personnes concernées, les condamnant à des soins, un accompagnement moins efficace du fait de sa tardiveté ou à une moins bonne qualité de vie. D'autre part, des coûts importants en résultent, tant pour les finances publiques que pour la société en général.

(1) OHCHR, [La France n'a pas encore intégré l'approche du handicap fondée sur les droits de l'homme, regrette le Comité des droits des personnes handicapées](#), août 2021.

(2) *Audition du mercredi 15 octobre 2023, compte rendu n°31*.

A. UNE PERTE DE CHANCES POUR LES PERSONNES CONCERNÉES ET LA SOCIÉTÉ

Notion d'origine juridique, la perte de chance peut s'entendre, dans un sens large, comme **l'altération négative de la probabilité d'une éventualité favorable**. Dans le cas de troubles de la santé mentale et du handicap, elle peut donc correspondre à des opportunités d'amélioration ou de stabilisation d'un état manquées du fait d'une prise en charge trop tardive ou inadaptée. La perte de chance comprend donc deux volets : des conséquences directes, qui interviennent généralement à court terme, et des conséquences indirectes, qui se matérialisent surtout à moyen ou long terme.

1. Des pertes de chance immédiates et directes

La perte de chance peut d'abord être directe, c'est-à-dire considérée sous le prisme du pronostic ou de l'état de santé de la personne concernée. Ainsi, une perte de chance peut consister en la hausse de probabilité de l'aggravation d'un handicap, ou la hausse de probabilité de l'évolution défavorable d'une pathologie psychiatrique. Elle peut aussi résider dans la persistance ou la survenue de troubles qui auraient pu être résorbés ou évités.

a. *La prise en charge précoce, facteur pronostic majeur en santé mentale*

Dans le champ des troubles de la santé mentale, la perte de chance résulte en grande partie du manque de capacité de **prise en charge précoce**, faute d'une offre de soins et d'accompagnement suffisante. Dans le cas d'une majorité de pathologies psychiatriques, la prise en charge précoce permettrait de limiter le recours aux soins sur le long terme, et d'effectuer des progrès rapides. Si elle n'intervient pas, un cercle vicieux s'ensuit donc : la prise en charge devient plus intense en soins, et nécessite le déploiement de moyens humains et matériels plus importants, le tout pour un effet qui peut être moins décisif sur l'évolution de la pathologie. C'est notamment le cas s'agissant des troubles qui présentent un caractère fortement évolutif, pour lesquels le retard de diagnostic et d'appréhension peut avoir des conséquences délétères à court terme.

L'avantage que présente une prise en charge rapide fait l'objet d'un important consensus pour la plupart des pathologies. Elle suppose **d'abord un diagnostic rapide**. M. Pierre de Maricourt, chef de service à l'hôpital Sainte-Anne, soulignait à ce titre lors de son audition que « *le délai entre le moment où la maladie émerge et le début des soins est le facteur pronostic majeur – c'est connu pour la schizophrénie mais c'est le cas pour toutes les maladies* ». Par conséquent, « *plus ce délai est long, plus la maladie sera difficile à soigner, plus les taux de rémission seront faibles et plus le handicap généré sera important* »⁽¹⁾. La précocité du diagnostic n'est cependant pas suffisante : **il doit être suivie d'une prise en charge adaptée**. Déplorant que des prises en charge suffisantes ne succèdent pas

(1) *Audition du mercredi 3 septembre 2025, compte rendu n°3*.

rapidement à la majorité des diagnostics, Mme Marie-Rose Moro, psychiatre et cheffe de service à la Maison de Solenn, indiquait en ce sens que « *plus encore que le repérage, la prise en charge doit être intensive, pluridisciplinaire et précoce* »⁽¹⁾.

La prise en charge de plusieurs catégories de troubles est particulièrement sensible à l'intervention précoce. Il en va notamment ainsi des **personnes présentant un premier épisode psychotique (PEP) ou un haut risque d'évolution vers une psychose (HRP)**, dont les troubles peuvent dériver vers des troubles schizophréniques, des troubles bipolaires, des troubles de la personnalité, ou de nombreuses autres affections psychiatriques. Dans la perspective de formuler des recommandations relatives à la prise en charge des PEP et des HRP, la Haute Autorité de santé a produit en juillet 2025 une note de cadrage, qui souligne notamment que « *la durée de psychose non traitée est un indicateur clé : un retard dans l'accès aux soins est associé à un moins bon pronostic clinique et à une altération des capacités fonctionnelles des personnes concernées* »⁽²⁾. Elle cite en outre plusieurs méta-analyses suggérant un intérêt notable des interventions précoces dans la réduction des risques de transition vers un état de psychose⁽³⁾. De même, **la prise en charge des troubles du comportement alimentaire est considérablement facilitée par une intervention précoce**⁽⁴⁾. C'est notamment le cas de l'anorexie mentale, dont l'appréhension rapide et les soins afférents permettent de prévenir les risques d'évolution vers des formes chroniques et des complications somatiques, psychiatriques ou psycho-sociales. Les recommandations formulées par la Haute Autorité de santé entendent en ce sens favoriser les actions précoces nécessaires⁽⁵⁾, mais ces recommandations se heurtent aux limitations matérielles qui contraignent la psychiatrie. Dans une perspective plus large, **le traitement des troubles dépressifs bénéficie également d'une intervention rapide et anticipée**, notamment chez les adolescents, citée par la Haute Autorité de santé dans ses recommandations relatives à la prise en charge des états dépressifs caractérisés (EDC) durant l'adolescence⁽⁶⁾. Il en va de même des troubles anxieux sévères.

Sans être exhaustifs, ces exemples traduisent l'intérêt majeur que présentent, pour la prise en charge de la plupart des troubles de la santé mentale, les actions rapides et précoces. Toutefois, ainsi que le soulignait Mme Coralie Gandré, maîtresse de recherche à l'Irdes, à propos des troubles psychiatriques émergents, les

(1) Ibid.

(2) HAS, [Note de cadrage - Repérage et prise en charge des personnes présentant un premier épisode psychotique ou un risque d'évolution vers une psychose](#), juillet 2025.

(3) Schmidt, Schulte-Lutter, Schimmelmann, Maric, Salokangas, Riecher-Rössler, et al., [EPA guidance on the early intervention in clinical high risk states of psychoses](#), EPA Guidance Papers, avril 2020 ; Mei, van der Gaag, Nelson, Smit, Yuen, Berger, et al., [Preventive interventions for individuals at ultra high risk for psychosis: an updated and extended meta-analysis](#), Clinical Psychology Review, juin 2021 ; Stafford, Jackson, Mayo-Wilson, Morrison, Kendall, [Early interventions to prevent psychosis : systematic review and meta-analysis](#), Bmj, janvier 2013.

(4) Audition du mardi 28 octobre 2025, compte rendu n°39.

(5) HAS, [Recommendations de bonne pratique – Anorexie mentale : prise en charge](#), juin 2010.

(6) HAS, [Recommendations de bonne pratique – Manifestations dépressives à l'adolescence : repérage, diagnostic et prise en charge en soins de premier recours](#), novembre 2014.

interventions précoces qui « permettent de réduire l'impact sur les personnes concernées, d'augmenter les chances de rétablissement et de prévenir le handicap et la désinsertion sociale, sont insuffisamment développées »⁽¹⁾. Au-delà de l'opportunité de la précocité en matière de pronostic, la tardiveté des solutions thérapeutiques constitue un facteur d'aggravation dont résulte une part croissante des entrées aux urgences psychiatriques, contribuant à en accroître la saturation⁽²⁾.

b. En matière de handicap, un décalage entre recommandations et capacités matérielles de prise en charge

En matière de handicap, le risque lié au retard et à l'inadéquation de prise en charge est d'une double nature. Il peut, comme dans le champ de la santé mentale, entraîner la perte d'opportunité d'amélioration des situations. C'est notamment le cas pour les handicaps liés à des afflictions évolutives, pathologiques ou développementales. Par ailleurs, outre ces pertes de chances positives, une prise en charge inadaptée peut favoriser l'émergence d'un surhandicap ou d'un plurihandicap.

Le risque de perte de chance positive ne concerne par définition que les handicaps comportant une dimension évolutive. En premier lieu, **les handicaps directement causés par des pathologies sont bien souvent fonction de la progression de ces dernières**. À cet égard, la bonne prise en charge des maladies neurodégénératives est naturellement décisive dans le cantonnement des handicaps de différentes formes qui en découlent. En second lieu, de façon plus directe, **les handicaps d'origines développementale ont des trajectoires d'évolution étroitement liées à la précocité de leur prise en charge**. Il en va notamment ainsi des troubles du neurodéveloppement et de l'autisme, pour lesquels une prise en charge au plus jeune âge peut être décisive.

L'intérêt d'une prise en charge rapide des troubles sévères du spectre de l'autisme fait ainsi l'objet d'un consensus scientifique. Sa carence peut, au contraire, compromettre de façon définitive des chances d'atténuation. M. Benjamin Voisin, directeur adjoint de la direction générale de la cohésion sociale, soulignait ainsi lors de son audition que « *différentes enquêtes internationales ont prouvé que le retard de diagnostic, l'errance diagnostique, la prise en charge tardive, le non-étayage de la cellule familiale lors du repérage des premiers troubles créent une perte de chances à vie, surtout dans le champ de l'autisme* »⁽³⁾. La Haute Autorité de santé recommande ainsi, en termes de bonne pratique, **des interventions « globales, personnalisées et coordonnées » avant 4 ans, si possible**⁽⁴⁾. Le rapporteur souligne néanmoins que ces recommandations sont **peu aux prises avec la réalité de l'offre de soins**, qui ne permet pas,

(1) *Audition du mercredi 3 septembre 2025, compte rendu n°2*.

(2) *Nicole Dubré-Chirat et Sandrine Rousseau, Rapport d'information déposé en conclusion des travaux de la mission d'information sur la prise en charge des urgences psychiatriques*, décembre 2024.

(3) *Audition du mercredi 10 septembre 2025, compte rendu n°6*.

(4) *HAS, Trouble du spectre de l'autisme - Signes d'alerte, repérage, diagnostic et évaluation chez l'enfant et l'adolescent*, février 2018.

notamment au sein des structures d'accueil publiques, de déployer des interventions pluridisciplinaires dans des délais raisonnables.

Le même décalage entre accès effectif à la prise en charge et accompagnement optimal se fait jour s'agissant des troubles du neurodéveloppement. D'une part, ainsi que le rappelait M. Maëlig Le Bayon, directeur général de la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (Cnam), une telle prise en charge doit intervenir tôt : « *on sait qu'il est indispensable de le faire dans les trois premières années – ou les six premières, c'est là une absolue nécessité. Après six ans, malheureusement, on commence à avoir des pertes de chance* »⁽¹⁾. Plus restrictive, l'assurance maladie recommande une prise en charge dans les trois premières années, période durant laquelle le cerveau s'adapte et se réorganise⁽²⁾. D'autre part, les délais d'attente pour consulter les professionnels de santé et paramédicaux indispensables à un bon accompagnement ne cessent de s'allonger (voir *supra*). **Le cas des suivis par un orthophoniste en est illustratif**, ainsi que le mettait en évidence Mme Elvire Cassan, journaliste, lors de son audition : « *il faut attendre jusqu'à vingt-quatre mois pour obtenir un rendez-vous chez l'orthophoniste pour un enfant atteint d'un trouble du neurodéveloppement, quand la science recommande des rééducations importantes, intensives, avant les 10 ans de l'enfant* »⁽³⁾.

De fait, la situation présente de l'offre de soins et d'accompagnement ne permet la prise en charge optimale que prescrit l'état de la recherche scientifique. Au surplus du volume insuffisant des capacités d'accompagnement, leur coût pour les familles demeure un enjeu majeur dont M. Le Bayon déplorait l'acuité, soulignant lors de son audition qu'il serait nécessaire de « *réaliser un repérage précoce, d'intervenir et d'être en capacité de faire du zéro reste à charge pour les familles le plus tôt possible en massifiant nos interventions, qu'elles soient médico-sociales ou médicales* »⁽⁴⁾. Tel n'est, pour l'heure, pas le cas.

Par ailleurs, le risque de surhandicap ou de plurihandicap s'impose aux personnes bénéficiant d'une prise en charge inadaptée aux handicaps dont elles sont porteuses. Ainsi, **l'insuffisance ou l'inadaptation d'une prise en charge accroît le risque de survenance de nouveaux handicaps superposés**. Considérant que cette question se pose « *avec force* », Mme Malika Boubeker, conseillère nationale de l'association APF France handicap mettait en évidence ce risque : « *lorsque son plan d'aide est inadapté, par exemple en raison d'un trop faible nombre d'heures d'aide humaine, la personne handicapée doit nécessairement compenser, en puisant dans ses ressources physiques, intellectuelles, psychiques. Or elle le fait sans disposer des moyens que la loi a normalement prévu de lui accorder par*

(1) *Audition du mardi 9 septembre 2025, compte rendu n°4.*

(2) *Assurance maladie, Prise en charge des troubles du neurodéveloppement, octobre 2025.*

(3) *Audition du mercredi 22 octobre 2025, compte rendu n°35.*

(4) *Audition du mardi 9 septembre 2025, compte rendu n°4.*

l'intermédiaire de la PCH. En conséquence, la fatigue s'accumule, les problèmes de santé s'aggravent, et le handicap devient un surhandicap⁽¹⁾ ».

2. Pertes de chances indirectes

Les pertes de chance résultant des défaillances des politiques de prise en charge comportent en outre une composante indirecte. Elle est notamment mesurable dans l'interaction des personnes avec leur environnement sur le long cours, en particulier dans les altérations d'évolution scolaire et professionnelle. Le suicide pourrait en être la manifestation la plus extrême.

a. De la scolarité à l'emploi, des effets démultipliés

Les études et l'emploi constituent deux champs dans lesquels les conséquences indirectes des défaillances de prise en charge rejoaillissent particulièrement. Elles y sont démultipliées tant pour les personnes elles-mêmes que pour celles qui les entourent, et pour la société en général.

D'abord, dans le cadre du parcours scolaire, **la survenue de troubles de la santé mentale mal pris en charge ou le non-accompagnement d'un handicap peuvent compromettre la possibilité d'un parcours de vie correspondant à l'aspiration d'un enfant**. Une prise en charge trop tardive de troubles de l'apprentissage, peut, par exemple, se muer en échec scolaire. De même, les troubles de la fluence, pour lesquels une prise en charge au plus tôt permet de limiter le risque de chronicisation⁽²⁾, peuvent sévèrement compromettre la perspective d'un épanouissement dans le cadre scolaire. Plus largement, les multiples formes d'inadaptations détaillées *supra*, en interdisant des conditions de scolarisations adéquates à un grand nombre d'enfants et d'adolescents, les condamnent – *a fortiori* quand l'absence d'aménagement perdure des mois durant. Mme Amandine Buffiere relevait en ce sens que l'*« absence de diagnostic, donc d'adaptation, peut provoquer un décrochage scolaire »*⁽³⁾. Par ailleurs, la forte prévalence des troubles de la santé mentale au cours de l'adolescence et au début de l'âge adulte, qui constituent souvent une période critique dans les parcours scolaires, emporte des risques considérables sur le long cours (voir *infra*).

Ensuite, les carences de prise en charge et d'adaptation affectent directement ceux qui entourent les personnes concernées. Ainsi, **les familles doivent compenser les carences des pouvoirs publics**, dans l'attente de solutions effectives, ce qui altère leur propre cadre de vie. Mme Amandine Buffiere le résumait : *« parfois, l'école, à bout de souffle, déscolarise les enfants et les parents sont obligés de diminuer leur temps de travail. Donc, oui, les conséquences sont multiples : pour les enfants eux-mêmes, pour les adolescents et les adultes qu'ils*

(1) Audition du mercredi 24 septembre 2025, compte rendu n°18.

(2) HAS, *Comment améliorer le parcours de santé d'un enfant avec troubles spécifiques du langage et des apprentissages ?*, décembre 2017.

(3) Audition du mardi 23 septembre 2025, compte rendu n°14.

deviendront, ainsi que pour leur entourage, y compris scolaire »⁽¹⁾. Cela peut constituer un facteur explicatif des vulnérabilités particulières des aidants (voir *supra*), qui supportent ainsi la charge de délais de traitement allongés, ou de carences d'accompagnement. Dans le cadre scolaire, les carences d'accompagnement rejoaillissent également sur d'autres. Par exemple, **24 000 élèves en situation de handicap sont scolarisés en classe ordinaire dans l'attente d'une place en établissement médico-social**. Cela cause des difficultés « *pour ces élèves eux-mêmes qui ne bénéficient pas de l'accompagnement demandé par les maisons départementales des personnes handicapées (MDPH), pour les élèves en situation de handicap qui auraient toute leur place en classe ordinaire mais auxquels on ne peut pas accorder les moyens nécessaires* », mais aussi pour les autres élèves, qui ne peuvent être correctement encadrés, et enfin pour les enseignants, qui se plaignent de ces situations insatisfaisantes⁽²⁾.

Enfin, **la société entière perd, par ces défaillances, de nombreuses potentialités**. Mme Nathalie Godart, psychiatre au sein de la Fondation Santé des étudiants de France (FSEF), soulignait ainsi que « *la péjoration de l'état de santé des adolescents et des jeunes adultes représente une perte de chances pour notre société, puisqu'elle rend l'investissement dans les études plus difficile, ce qui compromet leur avenir* »⁽³⁾.

Dans une moindre mesure, **l'emploi constitue un important point d'impact des carences de prises en charges**. Santé publique France estime ainsi que **les troubles de la santé mentale entraînent, dans leur ensemble, entre 35 % et 45 % de l'absentéisme au travail**⁽⁴⁾, emportant des conséquences individuelles et collectives.

Ainsi, dans le cadre d'une enquête réalisée par l'Ifop en février 2025 pour le compte du groupe hospitalier universitaire (GHU) Paris psychiatrie et neurosciences et l'entreprise moka.care⁽⁵⁾, **47 % des personnes interrogées déclaraient avoir déjà constaté une moindre efficacité dans leur travail en raison de leur état de santé mentale**, 36 % déclaraient avoir déjà pris des arrêts de travail de plusieurs jours pour cette raison, et 16 % affirmaient avoir déjà démissionné. Ces proportions sont plus fortes encore chez les femmes et les plus jeunes. Ces données donnent un aperçu, s'agissant de la santé mentale, des conséquences en chaîne que les défaillances de la santé mentale peuvent avoir sur la vie économique. Elles ont fait, notamment l'objet d'une évaluation chiffrée par la Fondation FondaMental (voir *infra*).

(1) Ibid.

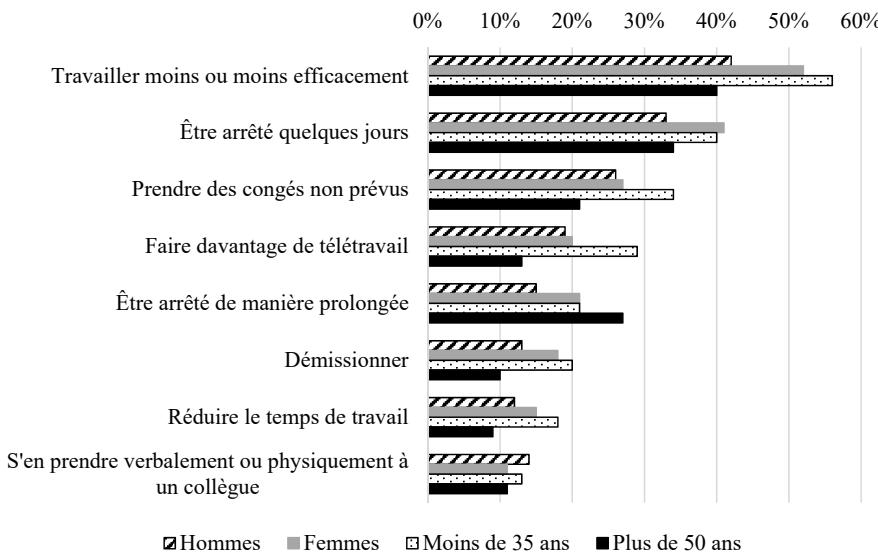
(2) Mme Caroline Pascal, audition du mardi 23 septembre 2025, compte rendu n°15.

(3) Audition du mercredi 3 septembre 2025, compte rendu n°3.

(4) Santé publique France, [Santé mentale](#), consulté le 22 novembre 2025.

(5) Ifop, [Grande enquête sur la santé mentale au travail](#), février 2025.

Situations déjà rencontrées en raison de l'état de santé mentale dans le cadre professionnel



Source : Ifop, [Grande enquête sur la santé mentale au travail](#), février 2025.

Lecture : 41 % des femmes déclarent avoir déjà été en arrêt de travail pendant plusieurs jours en raison de leur état de santé mentale.

S'agissant du handicap, les conséquences de la moindre insertion professionnelle (voir *supra*) et de la persistance de défaillances d'adaptation sont multiples, et malaisées à évaluer du fait de leur grande variété et de l'absence de données précises et détaillées sur l'emploi des personnes handicapées en France. Leur matérialité ne fait cependant pas de doute. De façon indirecte, les proches aidants sont en outre fortement affectés. En 2020, 46 % des proches aidants déclaraient ainsi être contraints d'aménager leurs horaires, de réduire leur temps de travail, ou d'arrêter de travailler⁽¹⁾.

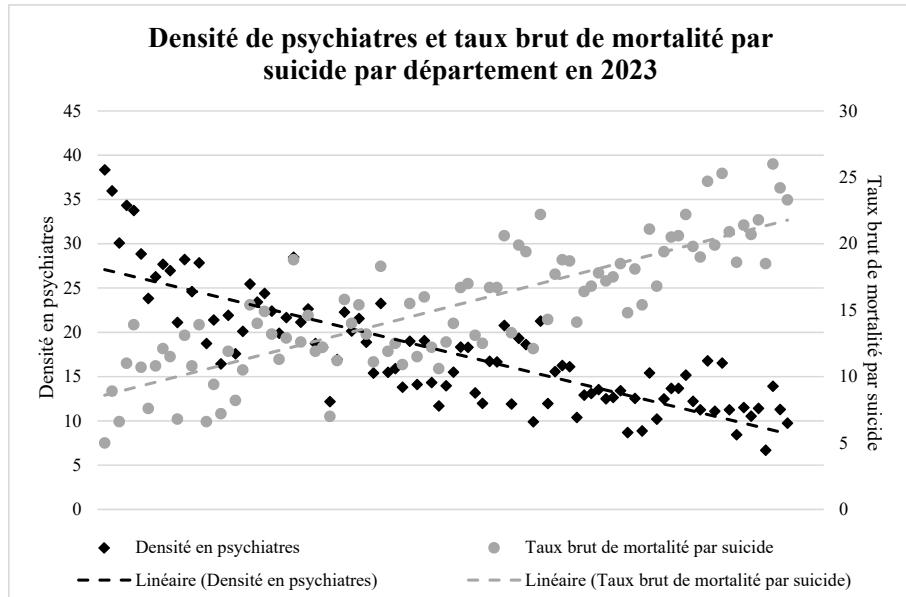
b. Le suicide, favorisé par la carence de l'offre de soin ?

Si l'existence d'une causalité entre niveau de l'offre de prise en charge en santé mentale et suicide ne peut être, en l'état, strictement démontrée, les statistiques relatives aux causes de décès mettent en évidence un lien avec les données relatives à l'offre de prise en charge en santé mentale.

En particulier, l'analyse de la prévalence du suicide met au jour une corrélation forte entre taux brut de mortalité par suicide et densité en psychiatres considérée à l'échelle départementale, si bien qu'il apparaît vraisemblable qu'un lien de causalité majeur existe entre ces variables. Rapporté par département de France hexagonale et de Corse, en excluant le département de

(1) Ipsos, [Les situation des aidants en 2020, enquête nationale Ipsos-Macif](#), septembre 2020.

Paris qui, au regard de sa densité en psychiatres, constitue une valeur aberrante, le coefficient de corrélation entre les deux séries de données s'établit à $-0,44$ ⁽¹⁾, soit une corrélation de même ordre que celle existant entre la prévalence de pathologies psychiatriques⁽²⁾ et le taux de suicide, soit $0,47$.



Source : [CépiDC](#) et Drees, [Démographie des professionnels de santé depuis 2012](#), juillet 2025.

Lecture : la ventilation par département des taux de suicide et des densités en médecins psychiatre met en évidence une forte corrélation.

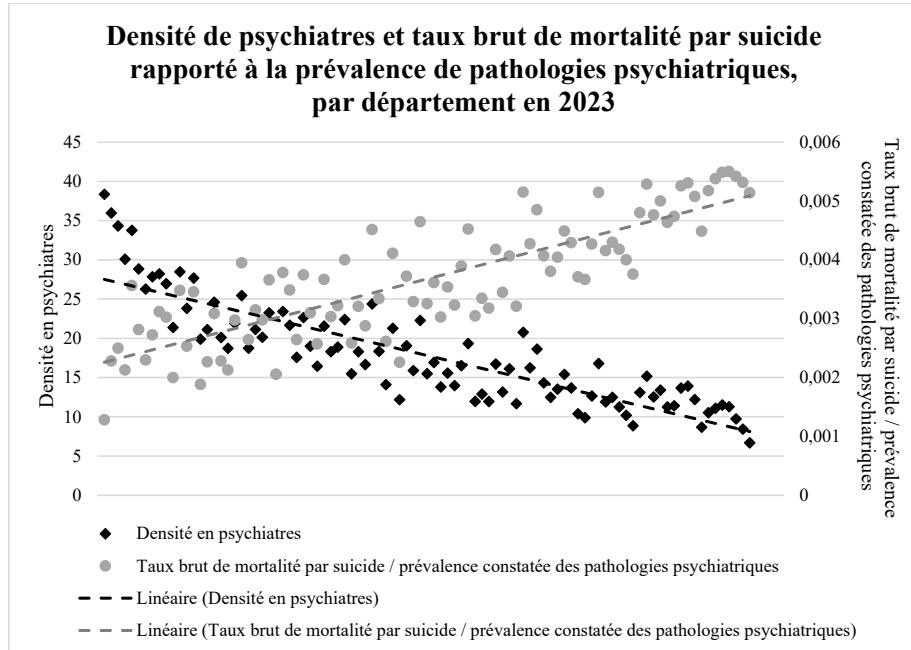
Note : les valeurs sont classées horizontalement par écart entre le taux brut de mortalité par suicide et la densité en psychiatres, pondéré de l'écart moyen entre les deux séries.

Confirmant la vraisemblance d'un lien de causalité, le coefficient de corrélation entre la densité départementale de psychiatres et le taux brut de mortalité par suicide rapporté à la prévalence constatée de pathologies psychiatriques⁽³⁾ est encore plus fort, s'établissant à $-0,52$. Cela permet, notamment, de neutraliser les variations des taux de mortalité par suicide qui résulteraient de différences de prévalence des troubles de la santé mentale.

(1) Un coefficient de corrélation de 1 ou de -1 correspond à une corrélation absolue. Un coefficient de 0 correspond à une absence totale de corrélation.

(2) Hors déficiences mentales, prévalences constatées dans le cadre des projets territoriaux de santé mentale (PTSM).

(3) Hors déficiences mentales, prévalences constatées dans le cadre des projets territoriaux de santé mentale (PTSM).



Source : [CépiDC](#) et Drees, [Démographie des professionnels de santé depuis 2012](#), juillet 2025.

Lecture : la ventilation par département des taux de suicide rapportés à la prévalence de pathologies psychiatriques et des densités en médecins psychiatre met en évidence une forte corrélation.

Note : les valeurs sont classées horizontalement par écart entre le taux brut de mortalité par suicide et la densité en psychiatres, pondéré de l'écart moyen entre les deux séries.

À l'aune de ce constat, les capacités quantitatives de prise en charge médicale apparaissent déterminantes dans la prévention du suicide, en complément des facteurs causaux que la littérature scientifique a identifiés de longue date des facteurs de santé, socio-économiques, sociodémographiques dans l'occurrence des conduites suicidaires⁽¹⁾. Le rapporteur souhaite y voir un signe de l'importance et de l'effectivité des politiques publiques de prise en charge de la santé mentale, lorsqu'elles bénéficient du soutien nécessaire.

B. LES COÛTS DE PRISE EN CHARGE : DES DÉPENSES PLUTÔT QUE DES INVESTISSEMENTS

Les défaillances de prise en charge ont un coût économique et financier pour la société. S'il peut être appréhendé par le prisme des dépenses publiques, celles-ci ne recouvrent qu'imparfaitement les coûts des défaillances des politiques de prise en charge.

(1) *Observatoire national du suicide, Suicide – Connaitre pour prévenir : dimensions nationales, locales, et associatives.*

1. Des coûts directs qui mettent en évidence un mauvais emploi de la dépense publique

Les coûts directs de la santé mentale et du handicap connaissent une progression substantielle. Par leur importance et leur répartition, ils mettent en évidence, notamment dans le champ de la santé mentale, un ciblage sous-optimal de la dépense publique.

a. Les troubles de la santé mentale, deuxième catégorie pathologique la plus coûteuse pour l'assurance maladie

Les coûts directs des troubles de la santé mentale apparaissent notamment par le biais de la prise en charge des troubles immédiats qu'ils occasionnent. Dans son annexe 5, le projet de loi financement de la sécurité sociale (PLFSS) ventile les dépenses de l'assurance maladie par catégorie de pathologie prise en charge.

En 2023, année dont les données figurent en annexe du PLFSS pour 2026, les dépenses relatives aux pathologies psychiatriques se sont ainsi établies à 19,5 milliards d'euros, et celles relatives aux traitements psychotropes à 8,3 milliards d'euros, soit **un total de 27,8 milliards d'euros pour l'ensemble des dépenses de santé directes**⁽¹⁾. À ce titre, la santé mentale représente la deuxième catégorie pathologique la plus coûteuse pour l'assurance maladie, après les maladies cardio-vasculaires (29 milliards d'euros) et devant les cancers (27 milliards d'euros)⁽²⁾.

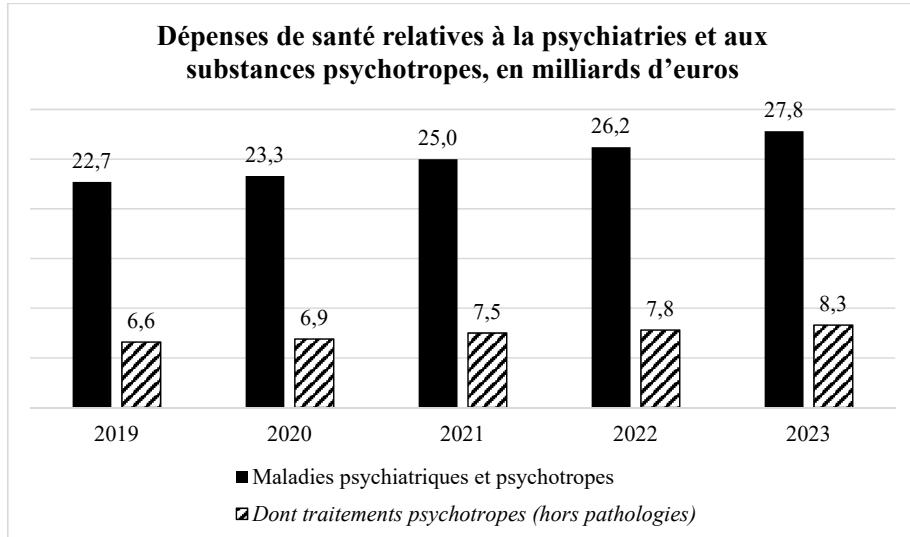
Ces dépenses sont en forte progression depuis 2019, quand elles étaient auparavant stables. Ainsi, entre 2011 et 2019, les dépenses de santé liées aux pathologies psychiatriques et aux psychotropes sont passées de 22,6 milliards⁽³⁾ d'euros à 22,7 milliards d'euros⁽⁴⁾, quand elles ont bondi de 22,5 % entre 2019 et 2023.

(1) PLFSS 2026, [Annexe 5 – ONDAM et dépenses de santé](#).

(2) Ibid.

(3) PLFSS 2014, [Annexe 7 – ONDAM et dépense nationale de santé](#).

(4) PLFSS 2022, [Annexe 7 – ONDAM et dépenses de santé](#).



Source : Annexes 7 puis 5 des PLFSS [2022](#), [2023](#), [2024](#), [2025](#) et [2026](#).

Lecture : en 2019, les dépenses de santé causées par des maladies psychiatriques et le remboursement de psychotropes s'établissaient à 22,7 milliards d'euros.

L'évolution de l'**objectif national de dépenses d'assurance maladie psychiatrique (Ondam-Psy)**, notamment évoquée lors de son audition par Mme Marie Daudé, directrice générale de l'offre de soins, s'inscrit dans cette perspective, étant passé de **9 milliards d'euros en 2020 à plus de 13 milliards en 2025, soit une progression de 44 %**⁽¹⁾. M. Franck Bellivier, délégué ministériel à la santé mentale et la psychiatrie, nuancait cependant ce constat, en observant que d'autres composantes de l'Ondam ont davantage progressé sur la même période, citant notamment l'**objectif des dépenses de médecine chirurgie obstétrique (ODMCO)**⁽²⁾.

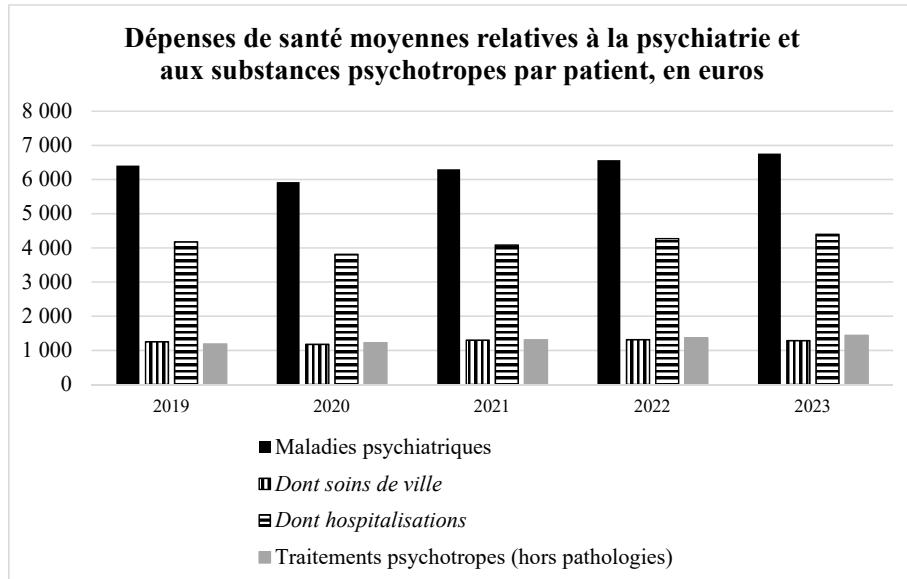
L'analyse de ces dépenses met par ailleurs en exergue deux écueils majeurs, qui illustrent le caractère sous-optimal des dépenses publiques de prise en charge de la santé mentale. D'une part, les **coûts liés à l'hospitalisation représentent une proportion très élevée de l'ensemble des dépenses** (plus de 65 % en 2023). La dispersion statistique des coûts de prise en charge des pathologies psychiatriques les plus lourdes illustre la place prépondérante de ces dépenses. Ainsi, le coût direct moyen annuel par patient souffrant de schizophrénie était estimé en 2017 à 14 995 euros, quand le coût annuel médian ne s'établissait qu'à 3 435 euros par patient⁽³⁾. De même, le coût annuel moyen par patient de la prise en charge de troubles bipolaires étaient estimé en 2021 à 6 910 euros par patient, contre

(1) *Audition du mardi 9 septembre 2025, compte rendu n°5.*

(2) *Audition du mercredi 3 septembre 2025, compte rendu n°3.*

(3) Laidi et al., *Factors associated with direct health care costs in schizophrenia: Results from the FACE-SZ French dataset*, juin 2017.

1 101 euros en médiane⁽¹⁾. Les coûts résultants d'hospitalisations complètent représentaient, selon les mêmes estimations, 55 % des coûts directs de prise en charge de la schizophrénie, et 87 % des coûts directs de prise en charge des troubles bipolaires⁽²⁾. D'autre part, les traitements psychotropes demeurent l'un des principaux facteurs de dépenses, s'établissant à 8,3 milliards d'euros en 2023, soit 29,9 % de l'ensemble des dépenses de santé relatives à la santé mentale⁽³⁾. Rapporté à l'effectif de patients pris en charge, les différentes composantes affichent une progression substantielle entre 2020 et 2023, après un léger recul en 2020.



Source : Annexes 7 puis 5 des PLFSS 2022, 2023, 2024, 2025 et 2026.

Lecture : en 2019, les dépenses d'hospitalisation s'établissaient en moyenne à 4 179 euros par patient bénéficiaire de dépenses relatives à la psychiatrie ou aux substances psychotropes.

L'approche par les dépenses médicales, qui présente un intérêt certain pour mesurer le coût immédiat des troubles les plus graves, n'est toutefois pas pleinement satisfaisante pour appréhender l'ensemble des coûts publics directs des troubles de la santé mentale. En particulier, certains coûts non-médicaux peuvent en résulter, par exemple dans le cadre de prise en charge médico-sociales, de financement d'une aide humaine. L'essentiel des dépenses correspondant à ces situations figure toutefois dans la revue de l'effort national en faveur du soutien à l'autonomie des personnes (ENSA-PH) évoqué *infra*.

(1) Laidi et al., [Direct medical cost of bipolar disorder: Insights from the FACE-BD longitudinal cohort](#), août 2021.

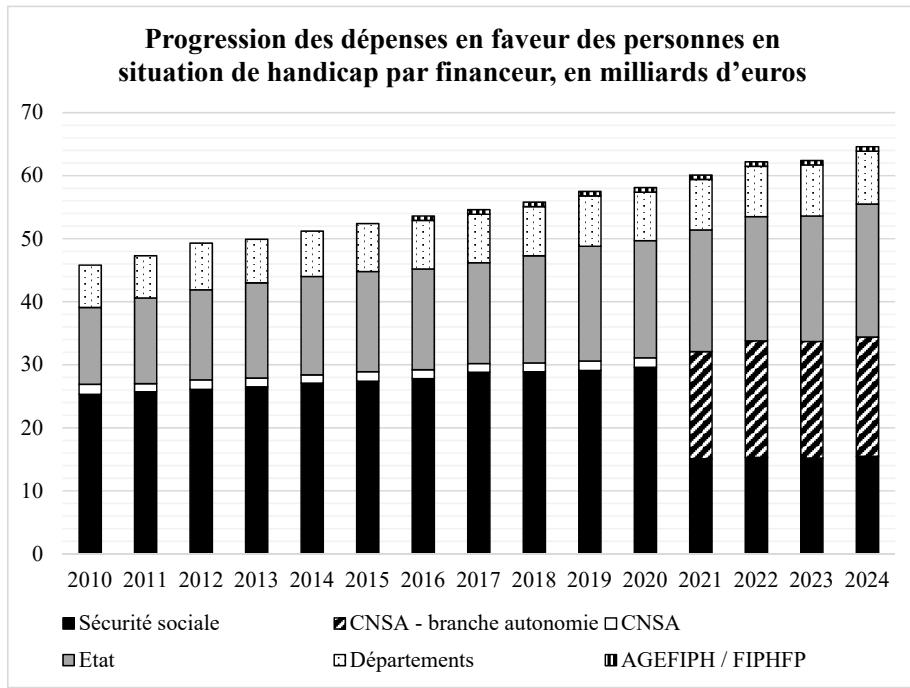
(2) Ibid.

(3) PLFSS 2026, [Annexe 5 – ONDAM et dépenses de santé](#).

b. Pour le handicap, un effort national de 64,5 milliards d'euros en 2024

En matière de handicap, l'ensemble des dépenses en soutien des personnes qui en sont porteuses est retracé dans un document unique, figurant chaque année dans l'annexe 7 du même projet de loi de financement de la sécurité sociale (PLFSS). Il permet, par la déclinaison de l'effort national en faveur du soutien à l'autonomie des personnes (ENSA-PH), de présenter un état des lieux exhaustif.

Depuis 2010, l'ENSA-PH a très fortement progressé, passant de 45,8 milliards d'euros à 64,5 milliards d'euros en 2024, soit une hausse de 40,8 % en 14 ans, et une progression annuelle moyenne de 2,5 %⁽¹⁾.



Source : Annexes 7 puis 5 des PLFSS [2022, 2023, 2024, 2025](#) et [2026](#).

Lecture : en 2010, la sécurité sociale a dépensé 25,3 milliards d'euros en soutien des personnes en situation de handicap, et l'ensemble de l'effort national s'est établi à 45,8 milliards d'euros.

Ventilée par financeurs, l'évolution de ces dépenses met en évidence plusieurs dynamiques tendancielles complétant la hausse globale de l'effort national. Deux financeurs assument la majeure partie des hausses de dépenses depuis la création de la branche autonomie : la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA, +11,2 % en trois ans) et l'État (+9,3 % en trois ans). Sur le long cours, l'État prend une part croissante des dépenses, passée de 26,6 % en 2010 à 32,7 % en 2024, quand celle du bloc sécurité sociale – CNSA a reculé de 58,7 % à 53,3 %. En 14 ans, les dépenses de l'État en faveur du handicap ont ainsi progressé

(1) PLFSS 2026, [Annexe 7 – Dépenses de la branche autonomie et effort de la Nation en faveur du soutien à l'autonomie](#).

de 72,9 %, quand celle du bloc sécurité sociale – CNSA ont augmenté de 27,8 % et celles des départements de 25,3 %⁽¹⁾.

Le détail des dépenses par objet, stable au cours des dernières années, met en évidence une polarisation des dépenses sur un nombre restreint de lignes budgétaires, dont notamment :

- les dépenses de la sécurité sociale relatives à l’Ondam médico-social (23 % de l’effort national en 2024), aux pensions et allocations d’invalidité (14 % de l’effort national en 2024), et aux rentes d’incapacité permettant (9 % de l’effort national en 2024) ;
- les dépenses de l’État relatives aux ressources d’existence et donc à l’allocation adulte handicapé (21 % de l’effort national en 2024) ;
- les dépenses des départements relatives aux frais de séjours en établissements et services pour adultes handicapés (9 % de l’effort national).

Au contraire, certaines politiques essentielles représentent des parts marginales des dépenses. Ainsi, les mesures d’incitation à l’activité professionnelle des travailleurs handicapés ne représentent que 2 % de l’ENSA-PH, soit 1,6 milliard d’euros⁽²⁾.

Complétant ces données, l’évaluation du coût moyen par place en établissement ou service médico-social réalisée par la CNSA illustre combien **les formes de prise en charge les plus lourdes concentrent la dépense publique** alors même que certaines pourraient être limitées quantitativement par des prises en charge précoces (voir *supra*) et des actions préventives (voir *infra*).

(1) Ibid.

(2) Ibid.

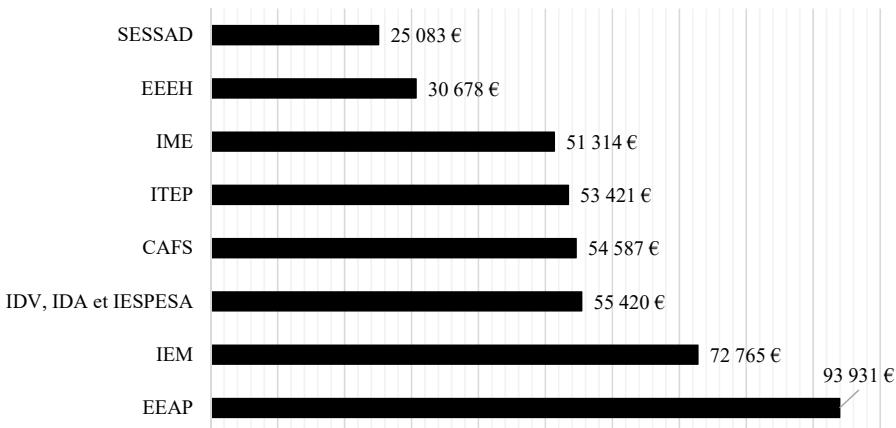
Coût moyen annuel par place selon le type d'ESMS pour adultes, en 2023



Source : CNSA, [Les coûts moyens à la place dans les établissements et services médico-sociaux de 2017 à 2023 : une orientation à la hausse](#), mai 2025.

Lecture : en 2023, une place en maison d'accueil spécialisée (MAS) coûtait en moyenne 98 512 euros par an.

Coût moyen par place selon le type d'ESMS pour enfants, en 2023



Source : CNSA, [Les coûts moyens à la place dans les établissements et services médico-sociaux de 2017 à 2023 : une orientation à la hausse](#), mai 2025.

Lecture : en 2023, une place en institut médico-éducatif (IME) coûtait en moyenne 51 314 euros par an.

2. Les coûts indirects, masse immergée de l'iceberg

L'ensemble des coûts directs pris en charge par la dépense publique ne rendent toutefois qu'imparfaitement compte des coûts que la société supporte dans son ensemble en matière de handicap et de santé mentale. Une part majoritaire de ces coûts réside dans des conséquences indirectes, notamment quantifiables en termes de perte de qualité de vie. En se fondant sur la notion de **fardeau global des maladies (Global Burden of Disease)**, « *c'est-à-dire à la fois l'importance de l'épidémie – soit le nombre de personnes atteintes – et son incidence pour le système de soins et la société dans son ensemble* »⁽¹⁾, **certaines études médico-économiques sont parvenues à agréger dépenses publiques et potentialités économiques perdues**. Reposant sur des méthodes complexes, qui associent morbidité mesurée, mortalité prématuée, ou encore espérance de vie corrigée de l'incapacité (EVCI), **de telles démarches sont par nature imprécises**. Mme Isabelle Durand-Zaleski, professeure de médecine, docteure en économie et responsable de l'unité de recherche en économie de la santé de l'AP-HP, soulignait en ce sens lors de son audition que « *la limite de la démarche est l'existence inévitable d'un double compte, en raison des transferts, outre qu'il n'est pas tout à fait rigoureux d'agréger les différents coûts* »⁽²⁾. Cependant, de telles démarches permettent de produire des ordres de grandeurs indicatifs, qui, s'ils reposent sur des méthodologies semblables, peuvent donner lieu à des comparaisons internationales.

Le champ des troubles de la santé mentale a fait l'objet d'un certain nombre d'études médico-économiques de cette nature, cohérentes entre elles et avec leurs homologues internationales.

Dès 2011, la Cour des comptes a proposé un chiffrage global du coût économique et social des pathologies psychiatriques. Dans son rapport public thématique portant sur l'organisation des soins psychiatriques et les effets du plan « *psychiatrie et santé mentale* » 2005-2010, elle estime ce coût à hauteur de **107 milliards d'euros par an**, soit « *un montant analogue à ceux constatés dans des pays comparables, en Angleterre, par exemple* »⁽³⁾. En 2013, une étude semblable de la Fondation FondaMental, réalisée en partenariat avec l'unité de recherche clinique en économie de la santé de l'Assistance publique – Hôpitaux de Paris (AP-HP)⁽⁴⁾, est parvenue à un montant similaire, de **109 milliards d'euros par an, soit 5 % du produit intérieur brut (PIB) français**. Plus explicite dans sa méthodologie, qui repose sur les données de l'assurance maladie, elle a notamment proposé une ventilation des coûts associés aux maladies psychiatriques, entre dépenses médicales, médico-sociales, perte de productivité et perte de qualité de vie.

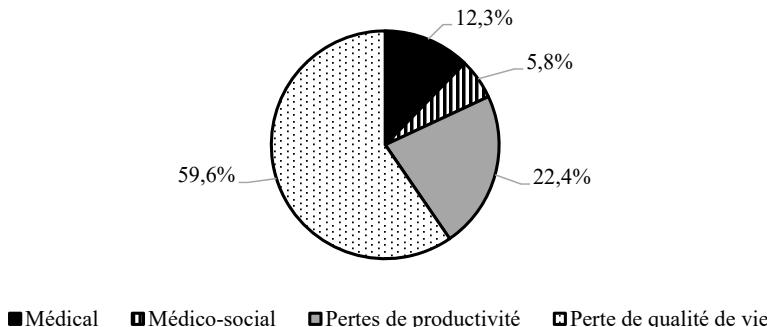
(1) Mme Isabelle Durand-Zaleski, *audition du mercredi 3 septembre 2025, compte rendu n°2*.

(2) Ibid.

(3) Cour des comptes, *L'organisation des soins psychiatriques : les effets du plan « psychiatrie et santé mentale », 2005-2010*, décembre 2011.

(4) Chevreul, Prigent, Bourmaud, Leboyer, Durand-Zaleski, *The cost of mental disorders in France*, août 2013.

Ventilation des coûts de la santé mentale en France, tels qu'estimés par l'étude FondaMental – URC-Eco de 2013

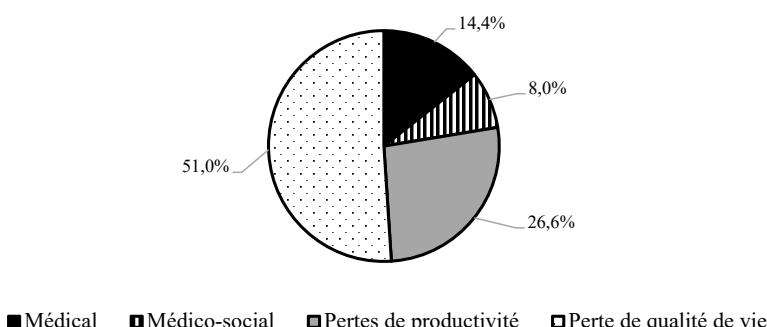


Source : Chevreul, Prigent, Bourmaud, Leboyer, Durand-Zaleski, [The cost of mental disorders in France](#), août 2013.

Lecture : la perte de qualité de vie représenterait 59,6 % du coût social et économique global des troubles de la santé mentale en France.

Une nouvelle édition de cette étude, fondée sur la même méthodologie et réalisée par une équipe scientifique en partie commune, a actualisé ses résultats en 2023, mettant au jour une forte progression de l'estimation. En se fondant sur les données de l'assurance maladie pour 2018, elle estime à **163 milliards d'euros les coûts directs et indirects des maladies psychiatriques**⁽¹⁾. Cela correspond à un coût de 2 375 euros par habitant et par an. La ventilation des coûts est en outre substantiellement modifiée, la perte de qualité de vie reculant au bénéfice des trois autres composantes.

Ventilation des coûts de la santé mentale en France, tels qu'estimés par l'étude FondaMental – URC-Eco de 2023



Source : Laid, Blampain, Godin, Danne (de), Leboyer, Durand-Zaleski, [The cost of mental health : where do we stand in France ?](#), février 2023.

Lecture : la perte de qualité de vie représenterait 51 % du coût social et économique global des troubles de la santé mentale en France.

(1) Laid, Blampain, Godin, Danne (de), Leboyer, Durand-Zaleski, [The cost of mental health : where do we stand in France ?](#), février 2023.

Ainsi que le constatait la Cour des comptes en 2011, ces estimations correspondent aux **mêmes ordres de grandeur que celles effectuées dans d'autres pays aux caractéristiques sociodémographiques et économiques comparables**. Ainsi, diverses études ont avancé des coûts globaux de l'ordre de 134,5 milliards d'euros en Angleterre ⁽¹⁾, 147 milliards d'euros en Allemagne ⁽²⁾, ou encore 798 milliards d'euros dans l'ensemble de l'Union européenne ⁽³⁾.

Le coût des suicides et des tentatives de suicides a, par ailleurs, fait l'objet d'une récente estimation par la même équipe scientifique, aboutissant à un coût annuel global pour la société de 18,5 milliards d'euros pour les premiers et 5,4 milliards d'euros pour les secondes ⁽⁴⁾.

Estimation du coût global en France des suicides et tentatives de suicide pour la société, en milliards d'euros		
	Suicides	Tentatives de suicide
Coût total	18,5	5,4
<i>Dont coûts directs</i>	3,8	3,5
<i>Dont coûts indirects</i>	0,1	0,6
<i>Dont coûts associés aux décès et invalidités</i>	14,6	1,3

Source : Blampain, Laidi, Godin, Courter, Vaiva, Leboyer, Duand-Zaleski, [The cost of illness and burden of suicide and suicide attempts in France](#), mars 2024.

Lecture : les suicides représentent en France un coût annuel de 18,5 milliards d'euros pour la société.

De fait, une approche médico-économique permet de conclure à l'intérêt d'actions de prévention du point de vue des coûts, ce qui revêt un intérêt majeur dans un contexte de forte contrainte budgétaire. Dans la littérature scientifique internationale, des travaux s'attachent, en matière de santé mentale, à introduire des raisonnements en coûts évités ⁽⁵⁾ (voir *infra*).

S'agissant du handicap, la grande variété des situations grève considérablement les possibilités d'évaluation médico-économique d'ensemble, et **un grand vide de données prévaut donc, ce que le rapporteur ne peut que déplorer**. Certains handicaps spécifiques font toutefois l'objet d'études poussées. Lors de son audition par la commission d'enquête, Mme Christine Gétin, directrice

(1) Conversion de 117,9 milliards de livres sterling. David McDaid et A-La Park, [The economic case for investing in the prevention of mental health conditions in the UK](#), février 2022.

(2) König, König, Gallinat et al., [Excess costs of mental disorders by level of severity](#), mai 2022.

(3) Gustavsson, Svensson, [Jacobi et al. Cost of disorders of the brain in Europe 2010](#), octobre 2011.

(4) Blampain, Laidi, Godin, Courter, Vaiva, Leboyer, Duand-Zaleski, [The cost of illness and burden of suicide and suicide attempts in France](#), mars 2024.

(5) Le, Esturas, Mihalopoulos, Chiotelis, Bucholc, Chatterton, Engel, [Cost-effectiveness evidence of mental health prevention and promotion interventions : A systematic review of economic evaluations](#), mai 2021.

de l'association HyperSupers TDAH France soulignait ainsi que « *le coût associé au manque de productivité des personnes TDAH est extrêmement important, de l'ordre de 16 milliards d'euros* », et que « *les coûts globaux liés aux troubles du neurodéveloppement ont été évalués par une étude du docteur Bertrand Schoentgen, qui les établit à 28 milliards d'euros par an pour tous les TND, dont 17 milliards d'euros pour les TDAH* »⁽¹⁾. De même, la Fondation handicap de Malakoff Humanis et la Fondation initiative autisme ont récemment tenté d'évaluer l'impact économique d'un meilleur accompagnement des personnes autistes (voir *infra*)⁽²⁾.

(1) *Audition du mercredi 22 octobre 2025, compte rendu de réunion n°35.*

(2) *Fondation handicap de Malakoff Humanis et Fondation initiative autisme, Quel impact économique d'un meilleur accompagnement des personnes autistes ?, octobre 2025.*

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

La première partie du présent rapport a mis en évidence un paradoxe : malgré un niveau de dépenses très élevé et en augmentation régulière, les politiques de santé mentale et du handicap demeurent marquées par des retards de prise en charge, des ruptures de parcours et des pertes de chance pour les personnes concernées.

Ce constat implique de rechercher les causes de ces défaillances et de l'inefficacité relative de l'action publique. Les différents intervenants se trouvent contraints de gérer la pénurie plutôt que de prendre en charge les personnes à hauteur de leurs besoins, ce qui suggère que les pouvoirs publics ne disposent pas des informations nécessaires pour connaître de manière précise les besoins des personnes, les capacités réelles de l'offre ou les coûts associés aux parcours.

À côté de ces limites informationnelles, l'organisation administrative elle-même contribue à l'éclatement des politiques publiques. Le champ du handicap comme celui de la santé mentale reposent sur des responsabilités partagées entre l'État, la sécurité sociale, les agences régionales de santé, les départements et une pluralité d'opérateurs publics et privés. Cette distribution complexe rend difficile la conduite d'une politique fondée sur des parcours de vie plutôt que sur la juxtaposition de dispositifs. Elle se traduit également par des pratiques inégales selon les territoires.

Il convient donc d'examiner successivement ces deux dimensions, l'insuffisance des données et l'éclatement de l'organisation, afin de montrer en quoi elles expliquent l'inefficacité des politiques de santé mentale et du handicap.

I. UNE CONNAISSANCE INSUFFISANTE DES BESOINS, DE L'OFFRE ET DES COÛTS

Le pilotage au niveau national des politiques de prise en charge de la santé mentale et du handicap devrait reposer sur la capacité des pouvoirs publics à disposer d'une information complète et fiable. Or, malgré la multiplication des sources de données (enquêtes de la Drees, systèmes d'information de l'assurance maladie, de la CNSA, des ARS ou des MDPH) **la connaissance précise de l'offre disponible, des besoins réels des populations concernées, ainsi que des coûts associés, demeure fragmentée et souvent lacunaire.**

Cette situation trouve son origine dans une accumulation historique de dispositifs sectoriels, élaborés indépendamment les uns des autres, conjuguée à un cloisonnement institutionnel particulièrement tenace. **Chaque acteur ou organisme gère ses propres bases, avec des formats et des critères variables, rendant ainsi difficile la consolidation des données à une échelle nationale homogène.** Par exemple, les MDPH recueillent des informations précises sur la situation individuelle

des personnes handicapées mais leur système n'est pas synchronisé avec le recensement des capacités d'accueil ou des équipements figurant dans les bases des ARS ou de la CNSA. L'assurance maladie, quant à elle, est une source précieuse d'information en matière de nature des soins et de coûts des soins, mais n'a pas pour vocation première le suivi détaillé des besoins sociaux ou éducatifs des assurés. Cette fragmentation des données entrave non seulement la réalisation d'un état des lieux exhaustif mais limite également la capacité à anticiper l'évolution des besoins.

Ce diagnostic est partagé par la Cour des comptes dans son rapport *Les parcours dans l'organisation des soins de psychiatrie* (2021), qui souligne l'insuffisance des outils de pilotage et le caractère incohérent de l'empilement des instruments d'observation. **Cette situation limite la création d'indicateurs pertinents et fiables, indispensables au suivi des politiques publiques et à la construction d'une offre graduée répondant aux divers niveaux de besoins**⁽¹⁾.

Les auditions réalisées par la commission confirment que ces obstacles ne résultent pas seulement de limites techniques ou organisationnelles, mais traduisent une véritable absence de stratégie nationale d'observation. Cette carence a été relevée de façon concordante dans les rapports de l'inspection générale des affaires sociales (Igas) en 2019 et du Sénat en 2022, qui insistent sur la nécessité d'instaurer un système intégré et homogène capable de consolider les données issues des multiples acteurs intervenant dans le champ de la santé mentale et du handicap.

L'insuffisance d'information a des répercussions directes majeures. Elle conduit d'abord à une sous-estimation des besoins réels, affectant la qualité de l'évaluation des politiques. Ces lacunes entraînent également une connaissance fragmentée et souvent lacunaire de l'offre existante, ce qui peut aboutir à une mauvaise répartition territoriale des ressources et à des inégalités d'accès. Enfin, la méconnaissance des coûts réels des prises en charge ainsi que des gains d'efficience potentiels complique toute tentative d'optimisation des moyens publics alloués.

Malgré ces difficultés, des initiatives récentes témoignent d'une volonté de progresser dans ce domaine. Le programme Serafin-PH, par exemple, a pour objectif de mieux qualifier les besoins des personnes en situation de handicap, à travers un référentiel de financement plus adapté, basé sur une connaissance fine des situations individuelles. Par ailleurs, des réformes du système d'information en santé mentale sont en cours, avec la mise en place de nouvelles plateformes visant à améliorer l'interopérabilité des données et à favoriser une approche territoriale plus intégrée. **Ces efforts, quoique encourageants, nécessitent encore d'être consolidés et étendus pour répondre pleinement aux enjeux posés par la complexité de ces secteurs.**

Sans une politique volontariste visant à consolider et harmoniser les systèmes d'information, à dépasser les cloisonnements historiques et à développer une stratégie nationale d'observation cohérente, les difficultés actuelles de pilotage des politiques publiques en santé mentale et handicap risquent de perdurer.

(1) *Cour des comptes, Les parcours dans l'organisation des soins de psychiatrie, rapport public thématique, février 2021.*

A. UNE MÉCONNAISSANCE PERSISTANTE DES BESOINS

1. Des données fragmentaires sur les demandes et les publics

a. *Un manque de données reconnu par les acteurs nationaux dans le domaine du handicap*

i. Ce que l'on mesure mal

La Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA) a explicitement reconnu les limites actuelles du dispositif d'information consacré au handicap. M. Maëlig Le Bayon, directeur général de la caisse, a souligné que « *Le manque de données est lié aux défauts du système d'information. Étienne Deguelle va vous préciser comment le système d'information harmonisé a été construit et quelles sont les données qu'il fournit. Mais nous en avons très peu, ce qui affecte notamment notre capacité à réagir en cours d'année et à alerter le réseau des MDPH.* »⁽¹⁾ Cette observation met en lumière une difficulté structurelle majeure : **la production de données quantitatives et qualitatives suffisantes pour évaluer finement la demande et adapter les politiques publiques de façon réactive.**

Le système d'information harmonisé, objet d'une politique volontariste, vise à instaurer un cadre commun à l'ensemble des MDPH. M. Étienne Deguelle, directeur adjoint de la direction de l'accès aux droits et des parcours, a précisé que « *Le système d'information actuel est harmonisé, ce qui signifie que chaque département dispose de sa solution informatique, laquelle doit être conforme à un référentiel national. (...) Cependant, les évolutions prennent un temps considérable, car chaque changement au niveau national suppose ensuite cent adaptations au niveau local.* »⁽²⁾ Cette double réalité souligne la complexité de décliner une norme nationale dans un contexte très décentralisé, où la coexistence de solutions locales ralentit notamment les mises à jour et empêche une homogénéisation complète des informations.

Malgré ces contraintes, la CNSA note également des avancées importantes. Le système déployé depuis 2019 autorise désormais des remontées plus régulières et précises. M. Deguelle a notamment indiqué que « *le nouveau système déployé à partir de 2019 a le mérite de fournir des données beaucoup plus harmonisées que par le passé. Il nous permet aussi d'en avoir à un rythme infra-annuel, ce qui n'était pas le cas auparavant. Nous disposons par exemple de données mensuelles sur les délais de traitement des dossiers par les MDPH.* » Ce progrès considérable permet un suivi plus dynamique de certains indicateurs opérationnels, renforçant ainsi la capacité à détecter et à corriger rapidement des dysfonctionnements.

(1) *Audition de MM. Maëlig Le Bayon, Olivier Paul et Étienne Deguelle, 9 septembre 2025.*

(2) *Audition de MM. Maëlig Le Bayon, Olivier Paul et Étienne Deguelle, 9 septembre 2025.*

ii. Ce que l'on ne mesure pas

Les difficultés de mesure concernent également le non-recours, qui demeure très peu visible statistiquement. Certaines personnes renoncent à déposer une demande en raison de la complexité administrative, de difficultés numériques ou d'un manque d'accompagnement. D'autres interrompent leur parcours après une première demande incomplète ou une décision partielle. Ce phénomène, signalé par plusieurs personnes auditionnées, n'est pas mesuré nationalement, faute d'outils permettant de tracer l'ensemble du parcours depuis la première sollicitation jusqu'à l'éventuelle décision ou jusqu'au renoncement. Cette situation limite la capacité à dimensionner les politiques de prévention ou d'accompagnement et entraîne une sous-estimation structurelle des besoins réels.

Ces limites s'observent également dans les transitions de parcours, notamment au passage de l'enfance à l'âge adulte. Les acteurs relèvent l'absence d'outils permettant de suivre les ruptures entre la pédopsychiatrie, les dispositifs scolaires et les solutions médico-sociales adultes. Ce manque d'information alimente les situations de « trou noir » identifiées lors des auditions : jeunes perdant l'accès à un suivi structuré faute de diagnostic stabilisé ou de relais opérationnel. Sans données longitudinales⁽¹⁾, c'est-à-dire sans un suivi des mêmes personnes au fil du temps, ces phénomènes restent difficiles à objectiver et donc à prévenir.

iii. Des perspectives d'amélioration

Pour pallier ces insuffisances, la CNSA œuvre à une nouvelle phase du dispositif, avec le projet d'un système d'information unique, plus intégré : « *Nous travaillons donc actuellement, dans la perspective du système d'information unique, à une première étape : un système d'information sur l'évaluation, qui permettra d'enrichir la connaissance des besoins et des accompagnements.* »⁽²⁾ M. Deguelle a précisé que cette nouvelle solution, qui doit être déployée à partir de l'année prochaine, a pour objectif de regrouper tous les éléments pour une meilleure description, permettant ainsi une meilleure compréhension des disparités dans les territoires, ce qui peut laisser espérer une meilleure appréhension des besoins, des profils des personnes et des parcours.

La CNSA a en effet engagé un projet ambitieux de création d'un système d'information unique (SIU) qui vise à surmonter les limitations actuelles en matière de collecte et de gestion des données sur le handicap. Ce dispositif vise à fédérer et harmoniser les multiples sources d'information dispersées au niveau départemental et national, en intégrant notamment celles des MDPH, des établissements médico-sociaux et des acteurs sanitaires et sociaux. L'objectif est de disposer d'un référentiel complet et cohérent permettant non seulement de mieux

(1) Des données longitudinales sont des données obtenues en observant les mêmes unités statistiques (personnes, ménages, établissements, etc.) à plusieurs dates différentes, selon un protocole permettant d'étudier les évolutions individuelles dans le temps.

(2) Audition de MM. Maëlig Le Bayon, Olivier Paul et Étienne Deguelle, 9 septembre 2025.

connaître les besoins différenciés des personnes en situation de handicap, mais aussi de suivre leurs parcours de prise en charge sur le long terme.

Ce système d'information unique vise également à renforcer l'interopérabilité entre les différents outils et bases de données existants, ce qui facilitera les partages de données et les échanges entre institutions. **Cette intégration doit permettre une meilleure identification des ruptures de parcours**, comme celles survenant lors du passage de l'enfance à l'âge adulte, qui sont encore des zones d'ombre majeures. Un suivi infra-annuel des indicateurs opérationnels est par ailleurs prévu, afin d'améliorer la réactivité du pilotage public et l'adaptation des politiques aux évolutions constatées⁽¹⁾.

La mise en œuvre du SIU doit cependant composer avec un contexte décentralisé marqué par des outils locaux hétérogènes et avec les défis méthodologiques liés à la collecte de données qualitatives fines. **Ces enjeux rendent nécessaire une phase d'expérimentation et de consolidation progressive, avant de pouvoir espérer disposer d'un outil pleinement opérationnel susceptible d'éclairer durablement les choix politiques et d'améliorer l'accompagnement des personnes concernées.**

La collecte des données reste ainsi largement incomplète. La coexistence d'un déficit persistant de données globales et qualitatives et d'un système harmonisé mais encore fragmenté témoigne d'un paysage informationnel en mutation mais encore fragile. La mesure nationale des besoins dans le secteur du handicap demeure difficile à stabiliser, à comparer entre territoires et à traduire dans la planification publique.

b. Dans le domaine de la santé mentale

La connaissance des besoins en santé mentale demeure également lacunaire, en raison du manque de données disponibles et de la difficulté à relier celles qui existent. Comme l'a reconnu M. Thomas Wanecq, directeur de la Drees, « *s'agissant des troubles [de santé mentale] les plus graves, nous pâtissons d'un manque de données qui n'est ni scandaleux ni totalement sans espoir, puisque nous avons toujours la possibilité de réorienter nos enquêtes* ». Ce constat général traduit la faiblesse structurelle des instruments d'observation de la psychiatrie, lesquels restent en retrait par rapport à ceux mobilisés dans d'autres champs sanitaires.

i. Des bases de données incomplètes

Les auditions ont d'abord souligné le caractère incomplet des bases médico-administratives. M. Jean-Baptiste Hazo, chargé d'études à la Drees, a précisé que « *pour des raisons historiques de confidentialité, ces patients ne peuvent être liés dans notre base de données, le SNDS. [...] En 2022, seuls 50 % à 60 % des patients des CMP pouvaient être "chainés" dans le SNDS, ce qui permet de retrouver leurs*

(1) CNSA, « *Système d'information harmonisé des MDPH* », document de présentation 2021-2025, accessible sur cnsa.fr.

autres consommations »⁽¹⁾. Faute de pouvoir relier les données issues des centres médico-psychologiques à celles des autres soins, il n'est pas possible d'obtenir une vision d'ensemble du recours aux soins psychiatriques ambulatoires, ni de caractériser avec précision la continuité des prises en charge ou les ruptures de suivi.

Cette absence de chaînage se double du manque de données longitudinales permettant de suivre les parcours. Mme Caroline Semaille, directrice générale de Santé publique France, a indiqué que « *d'une manière générale, en épidémiologie, le non-recours est difficile à repérer car nous ne disposons pas de données longitudinales entre nos enquêtes et la prise en charge en milieu hospitalier. Nous ne connaissons pas le parcours des patients, s'il s'agit de patients et s'ils ont des troubles de santé mentale* »⁽²⁾. Les données existantes demeurent ainsi fragmentées entre sources épidémiologiques, systèmes locaux d'information hospitaliers et bases administratives, sans continuité temporelle ni interopérabilité technique.

Les auditions ont également mis en évidence les limites liées au codage et à la culture statistique de la psychiatrie. M. Jean-Baptiste Hazo a souligné que « *l'analyse de certains éléments figurant dans le système national des données de santé (SNDS) laisse cependant apparaître un problème s'agissant du recours aux soins et de la prise en charge de ces troubles. [...] Je ne vous cache pas que de tels indicateurs sont assez rares et que ces informations sont difficiles à recueillir, notamment du fait d'une culture du codage très pauvre en psychiatrie par rapport à ce qui se fait dans le secteur somatique dit MCO (médecine, chirurgie, obstétrique)* ».

La connaissance des besoins en santé mentale reste ainsi entravée à la fois par le caractère incomplet des données disponibles, l'absence de continuité entre les bases de soins et les enquêtes, et la faiblesse du codage en psychiatrie. Ces lacunes privent les politiques publiques d'outils d'observation permettant de mesurer les parcours, le non-recours et les besoins réels de la population. **Elles contribuent également à invisibiliser certains publics**, tels que les adolescents et jeunes adultes présentant des troubles émergents, les personnes confrontées à des troubles psychiques sévères mais irrégulièrement suivies, ou encore les personnes présentant des comorbidités sociales et somatiques complexes. Les acteurs auditionnés ont souligné que ces publics sont souvent sous-représentés dans les bases administratives et qu'il n'existe pas de mesure fiable de l'interruption des soins ou des ruptures de parcours.

(1) *Audition de M. Thomas Wanecq, directeur de la Drees, Mme Julie Labarthe et M. Jean-Baptiste Hazo, 17 septembre 2025, compte rendu n°11.*

(2) *Audition de Mme Caroline Semaille, 9 septembre 2025.*

ii. Des pistes d'amélioration

Pour améliorer cette situation, plusieurs pistes méritent d'être explorées afin de renforcer la culture de l'évaluation et la qualité des données disponibles.

D'abord, un effort de standardisation des données recueillies par les CMP serait nécessaire pour améliorer la fiabilité du chaînage avec le SNDS et pour faciliter l'analyse longitudinale. De nombreux acteurs auditionnés ont rappelé que la diversité des logiciels, des pratiques de codage et des circuits de transmission empêche d'assurer un recueil homogène des informations essentielles : dates de suivi, interruptions, motifs de consultation, durée des prises en charge ou passage entre pédopsychiatrie et psychiatrie adulte.

Ensuite, des modèles étrangers montrent qu'il est possible d'améliorer la qualité du suivi tout en respectant des exigences strictes de confidentialité. Dans plusieurs pays européens, des dispositifs nationaux de collecte structurée permettent d'observer les trajectoires de soins psychiatriques sur la durée. Ils reposent souvent sur des infrastructures informatiques centralisées, sur l'utilisation d'identifiants uniques et sur des mécanismes de pseudonymisation garantissant l'anonymat. Ces exemples démontrent que la qualité de l'observation dépend moins d'un modèle institutionnel particulier que de la capacité à garantir l'interopérabilité, la standardisation du codage et la continuité du suivi.

En France, s'inspirer de ces approches impliquerait de **développer une plateforme nationale unifiée permettant de relier, sous une forme sécurisée, les données issues des centres médico-psychologiques, des hôpitaux, de la médecine de ville et des structures médico-sociales.** Une telle plateforme pourrait s'articuler avec le cadre européen en cours de constitution relatif à l'Espace européen des données de santé, afin de garantir la conformité aux exigences de protection et de gouvernance. Elle offrirait un socle technique indispensable pour suivre les trajectoires individuelles en identifiant les ruptures de parcours et objectiver les charges nouvelles pesant sur les services.

Le règlement (UE) 2023/2434 relatif à l'Espace européen des données de santé (EHDS), adopté le 14 décembre 2023 et en vigueur depuis le 26 mars 2025 constitue en effet un cadre juridique destiné à favoriser l'échange sécurisé et harmonisé des données de santé au sein de l'Union européenne. Sa mise en œuvre progressive impose aux États membres, dont la France, d'adapter leurs infrastructures et pratiques en matière de collecte, de traitement et de partage des données de santé, y compris dans le secteur de la santé mentale.

Ce règlement offre une opportunité de rationaliser le recueil et l'exploitation des données relatives aux parcours de soins, en garantissant l'interopérabilité des systèmes et la protection des données personnelles selon les exigences du règlement général sur la protection des données (RGPD). **La plateforme nationale envisagée pour la santé mentale pourrait s'inscrire dans ce cadre européen, bénéficiant ainsi d'un socle technique et réglementaire robuste.**

Par ailleurs, l'évaluation gagnerait à être élargie à des indicateurs qualitatifs. Le suivi de la qualité de vie, de la continuité des soins, des délais d'accès, de la capacité à maintenir les personnes dans leur environnement, ainsi que de l'insertion sociale et professionnelle, constitue un levier essentiel pour adapter les politiques publiques. L'absence de ces indicateurs dans les systèmes actuels limite la capacité à mesurer les effets des interventions de prévention ou de réhabilitation.

Enfin, la mise en place d'indicateurs longitudinaux pertinents – hospitalisations, reprises de traitement, continuité des consultations, stabilisation clinique, insertion — devrait devenir un pilier du pilotage des politiques de santé mentale. Ces outils permettraient d'anticiper les ruptures de parcours et d'optimiser les interventions publiques, en identifiant les segments du parcours qui génèrent le plus de désorganisation ou de réhospitalisations évitables.

2. Une connaissance lacunaire des besoins émergents

Si les besoins identifiés restent imparfaitement connus et mesurés, les auditions ont également montré qu'une part importante des besoins demeure encore invisible faute d'outils de repérage adaptés. Les dispositifs d'observation actuels décrivent surtout les réponses existantes (structures, prestations, files d'attente) sans permettre d'anticiper les évolutions qualitatives ni de détecter les besoins émergents. L'appareil statistique et administratif reste ainsi orienté vers le suivi de l'offre plutôt que des transformations des publics comme des attentes. L'outillage actuel demeure centré sur l'activité des structures plutôt que sur l'analyse des besoins.

a. En matière de handicap

Dans le champ du handicap, les responsables de la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA) ont indiqué que les données disponibles ne permettaient pas encore de décrire avec précision les profils des personnes accompagnées. M. Étienne Deguelle, directeur adjoint de la direction de l'accès aux droits et des parcours, a reconnu : « *Des données plus profondes nous manquent, notamment sur la description des personnes, sur la qualification du handicap ou pour retracer le raisonnement qui a conduit à la décision concernant l'ouverture d'un droit.* »⁽¹⁾

Cette insuffisance de données qualitatives a des effets directs sur la compréhension des publics concernés. Les évolutions récentes comme l'augmentation des troubles neurodéveloppementaux, la complexification des situations à l'adolescence et le vieillissement des personnes en situation de handicap sont ainsi mal documentées au niveau national. Les MDPH et les équipes médico-sociales signalent une progression significative des demandes portant sur des handicaps psychiques ou combinant plusieurs formes de limitations, mais ces tendances ne peuvent être consolidées faute d'indicateurs homogènes.

(1) Audition de MM. Maëlig Le Bayon, Olivier Paul et Étienne Deguelle, 9 septembre 2025.

De telles limites rendent difficile l'anticipation de besoins spécifiques, notamment dans les domaines du polyhandicap, des handicaps rares, des troubles du neurodéveloppement ou encore des troubles psychiques associés à des trajectoires sociales précaires. Elles empêchent également de comprendre l'évolution des besoins d'accompagnement, l'intensité attendue des interventions ou les interactions entre dimensions médicale, sociale et éducative.

b. En matière de santé mentale

Les auditions menées sur la santé mentale ont fait ressortir des lacunes comparables. La remarque mentionnée plus haut de M. Jean-Baptiste Hazo à propos du codage en psychiatrie, indique que la qualité et la régularité des informations disponibles sont trop limitées pour identifier finement les besoins nouveaux, les phénomènes de saturation ou les situations de non-recours. Les transformations rapides des publics reçus dans les centres médico-psychologiques (augmentation des jeunes adultes en souffrance psychique, complexification des situations, comorbidités somatiques ou sociales) – sont ainsi insuffisamment reflétées dans les bases administratives, ce qui limite la capacité de pilotage.

De façon plus fondamentale, **l'absence de données reliant la situation épidémiologique, les parcours de soins et la situation sociale rend difficile la détection précoce des besoins émergents**, en particulier parmi les jeunes, les publics précaires ou les personnes dont les troubles évoluent par phases. Le non-recours demeure largement invisible et empêche de mesurer les obstacles initiaux à l'accès aux soins, tels que l'errance diagnostique ou le cloisonnement entre dispositifs.

c. Des capacités d'anticipation limitées

Dans le champ du handicap, les MDPH signalent une progression des demandes liées aux troubles du neurodéveloppement et aux troubles psychiques, mais ces évolutions ne sont pas consolidées nationalement. Dans la santé mentale, les acteurs constatent une hausse marquée des difficultés psychiques chez les adolescents et les jeunes adultes, en lien avec des facteurs sociaux, éducatifs et numériques, mais ces tendances ne peuvent être observées qu'au travers d'indicateurs partiels. Les dispositifs actuels sont ainsi insuffisants pour apprécier les besoins émergents relatifs à l'accompagnement à domicile, à l'accès au logement, à la réhabilitation psychosociale ou encore à la prévention en milieu scolaire.

Cette évolution accélérée creuse le décalage entre les dispositifs d'observation et la réalité des besoins. Les transformations démographiques (vieillissement, dépendance), l'allongement de l'espérance de vie des personnes en situation de handicap, l'augmentation de la prévalence des troubles psychiques chez les jeunes et l'impact des crises sanitaires ou sociales modifient profondément les attentes et les trajectoires, mais ces changements sont difficilement anticipés faute d'indicateurs qualitatifs sur l'intensité d'accompagnement, la complexité des situations ou la charge des aidants.

En conséquence, la méconnaissance des besoins émergents conduit à des réponses successives, segmentées et parfois inadaptées, plutôt qu'à une stratégie d'ensemble cohérente fondée sur l'anticipation et l'évaluation continue. Elle constitue dès lors un frein majeur à la planification prospective et à la capacité d'ajuster l'offre aux besoins évolutifs de la population.

B. UNE CONNAISSANCE INCOMPLÈTE DE L'OFFRE DE SOINS ET D'ACCOMPAGNEMENT

Les informations disponibles sur l'offre de soins et d'accompagnement dans les champs du handicap et de la santé mentale restent aujourd'hui dispersées entre plusieurs sources et permettent difficilement d'en apprécier pleinement l'étendue et la disponibilité réelle. Les données administratives, statistiques et budgétaires reposent sur des référentiels différents, souvent établis selon les besoins propres de chaque institution, sans cadre commun garantissant leur cohérence ou leur rapprochement.

Cette situation crée un décalage entre les capacités théoriques recensées dans les répertoires nationaux et la réalité constatée sur le terrain : fermetures ponctuelles de places, tensions de recrutement, files d'attente non documentées ou fonctionnement variable des établissements selon les territoires. Les systèmes d'information existants offrent une vision partielle de l'activité et ne permettent ni de mesurer les zones sous-dotées, ni d'identifier précisément les besoins non couverts.

1. Une cartographie lacunaire des professionnels

Les pouvoirs publics ne disposent pas d'une vision consolidée et actualisée de la répartition des professionnels intervenant dans les champs de la santé mentale et du handicap. La diversité des sources statistiques, des modes d'enregistrement et des définitions employées rend difficile l'évaluation précise des effectifs, de leur disponibilité réelle et de la couverture territoriale. Cette difficulté est d'autant plus marquée que nombre de professionnels exercent dans plusieurs secteurs simultanément (sanitaire, libéral, médico-social, éducatif), sans qu'il soit possible de distinguer clairement leur part d'activité dédiée à la santé mentale ou au handicap.

Les données issues des rapports récents de la Drees, de la CNSA et de l'Irdes s'appuient principalement sur le répertoire partagé des professionnels de santé (RPPS), dont le périmètre s'est étendu pour couvrir davantage de professions⁽¹⁾. L'exploitation croisée avec les données fiscales et le SNDS a permis de dépasser certaines limites historiques en fournissant, depuis 2021, une couverture plus homogène des effectifs, y compris selon leur mode d'exercice (libéral, salarié ou mixte). **Néanmoins, ces bases conservent une limite structurelle, puisqu'elles**

(1) Drees, Rapport sur la démographie des professions de santé et médico-sociales, ministère des solidarités et de la santé, Paris, 2024,

peinent encore à quantifier avec précision la part exacte de l'activité réellement consacrée à la santé mentale ou au handicap. Il n'existe pas, à ce stade, d'indicateur permettant de distinguer les volumes d'activité ou la nature du public suivi.

La situation des psychologues illustre particulièrement ce problème. Ils sont enregistrés au RPPS depuis fin 2024, avancée qui offre une vue plus précise de leur répartition territoriale, mais ne permet cependant pas d'identifier la nature et le domaine de leur pratique (clinique, scolaire, travail, médico-social, etc.). Les enquêtes de l'Irdes et de la Drees soulignent l'extrême hétérogénéité de leurs conditions d'exercice : une part significative d'entre eux exercent en libéral, d'autres au sein d'établissements de santé, de structures médico-sociales, d'établissements et services médico-sociaux, de services sociaux ou de collectivités territoriales. Faute d'information consolidée sur leurs champs d'intervention réels, il est difficile de mesurer la disponibilité effective de psychologues, d'évaluer les capacités réelles de prise en charge ou d'apprécier les tensions territoriales.

Les professions paramédicales présentent des difficultés comparables. Pour les orthophonistes, ergothérapeutes, psychomotriciens, éducateurs spécialisés, accompagnants éducatifs et sociaux ou assistants de service social, il n'existe pas de base nationale consolidée permettant de connaître l'ensemble de leurs activités. Une part importante de ces interventions se déroule dans le secteur médico-social, mais celui-ci ne dispose pas de système d'information homogène permettant de suivre précisément les effectifs, leurs spécialités, leurs temps de présence ou leurs modes d'exercice. Les agences régionales de santé (ARS) et les conseils départementaux collectent des informations partielles, souvent liées à des campagnes de financement, à des appels à projets ou à des demandes d'autorisation, mais ces données ne sont ni standardisées ni consolidées au niveau national d'une façon qui permette une vision fine des disponibilités territoriales.

À ce titre, plusieurs ARS ont lancé des initiatives visant à améliorer la cartographie territoriale des professionnels, notamment par la mise en œuvre de systèmes d'information régionaux mieux intégrés et partagés avec les acteurs locaux. Ces projets s'inscrivent souvent dans les initiatives pluriannuelles de planification des ressources humaines en santé (PRHS), avec une attention particulière portée aux zones sous-dotées, notamment en territoires ruraux et ultramarins.

Le numérique joue par ailleurs un rôle croissant dans la collecte et l'exploitation des données professionnelles, une évolution devant faciliter la saisie, l'analyse et le partage des informations. Toutefois, **l'hétérogénéité technologique entre régions, le cloisonnement des systèmes d'information, ainsi que les problèmes d'interopérabilité et de confidentialité des données constituent encore des obstacles majeurs à une vision nationale consolidée et en temps réel.** Ces lacunes sont particulièrement visibles dans les champs du handicap et de la santé mentale, où l'intensité et la nature de l'accompagnement varient fortement selon les besoins des personnes.

Ces limites affectent directement la planification des politiques publiques. L'absence d'indicateurs consolidés sur les effectifs, les modes d'exercice et les spécialisations rend difficile la projection des besoins de formation initiale et continue, la programmation des autorisations médico-sociales ou l'élaboration de stratégies territoriales de renforcement des équipes. Il n'existe pas, à ce jour, de vision nationale permettant d'articuler les besoins de compétences, les capacités de formation et les évolutions démographiques des professions paramédicales et médico-sociales. Ces lacunes empêchent de lutter efficacement contre des disparités territoriales durables : certains départements disposent d'un écosystème professionnel relativement dense alors que d'autres, notamment ruraux ou ultramarins, peinent à attirer et à stabiliser les professionnels nécessaires.

2. Des données fragmentées sur les établissements et services médico-sociaux

La connaissance nationale de l'offre d'établissements et de services médico-sociaux (ESMS) reste également partielle et dispersée. Deux principales sources statistiques permettent aujourd'hui d'en approcher la réalité, mais elles ne mesurent pas exactement les mêmes éléments et ne sont pas synchronisées dans le temps. Cette pluralité de systèmes d'information reflète la diversité des acteurs impliqués dans l'autorisation, le financement et l'évaluation du secteur, mais elle complique la consolidation d'un état des lieux national cohérent.

a. L'approche administrative

Le fichier national des établissements sanitaires et sociaux (Finess) constitue le répertoire administratif de référence : il recense les structures autorisées, leur statut, leur implantation et leurs capacités théoriques d'accueil. Il constitue une base essentielle pour dénombrer les établissements, connaître leur catégorie ou documenter leur maillage territorial. **Toutefois, il ne renseigne ni sur l'activité réelle ni sur la situation concrète des structures concernées.** Des données essentielles à l'appréciation de l'offre telles que les taux d'occupation, les fermetures temporaires de places, les files d'attente, les délais d'admission ou les niveaux de vacance de personnel n'y figurent pas.

b. L'approche statistique

Les enquêtes structurelles conduites périodiquement par la Drees, visent pour leur part à mieux décrire le fonctionnement concret des établissements, leur personnel, leurs caractéristiques organisationnelles ou leurs sources de financement. Elles permettent d'obtenir des précisions qualitatives qui échappent à Finess. Néanmoins, ces enquêtes reposent sur des campagnes de collecte espacées, tous les trois à cinq ans, et sur des échantillons dont la taille ou la représentativité peuvent varier selon les catégories d'établissements. **Elles ne permettent donc pas un suivi annuel continu, ni une comparaison précise avec les données issues d'autres sources.** Leur valeur analytique est réelle, mais leur utilité opérationnelle demeure limitée par leur faible fréquence et la diversité des périmètres étudiés.

M. Thomas Wanecq, directeur de la Drees, a illustré les contraintes pesant sur ces grandes enquêtes qui sont coûteuses et demandent un travail considérable en citant l'exemple de l'enquête Autonomie, qui a nécessité plusieurs années de préparation et s'est déroulée sur quatre ans (2021-2025). M. Wanecq a précisé qu'en raison de ses capacités limitées, la Drees ne peut pas renouveler ce type d'étude sitôt la précédente achevée⁽¹⁾.

c. Une absence de consolidation

Les travaux parlementaires relatifs aux outre-mer ont illustré cette absence de consolidation des données en qualifiant l'« état des lieux » de fragmenté et partiel, avec des données lacunaires qui ne permettent pas de documenter finement l'offre existante ni les besoins de transformation⁽²⁾. Les auditions ont cependant montré que cette situation n'est pas propre aux territoires ultramarins, nombre de départements ne disposant pas non plus d'une vision complète de l'activité réelle des ESMS implantés sur leur territoire.

Le rapporteur observe que cette fragmentation statistique nuit à la précision de la programmation : l'allocation des moyens financiers, la planification des créations de places et la définition des priorités d'investissement s'appuient sur des référentiels hétérogènes, parfois non synchronisés, qui ne renseignent ni la disponibilité effective des capacités ni les besoins non couverts. **Les recommandations récentes en faveur d'une évolution vers des plateformes de services, avec une modulation rapide du nombre de places et une polyvalence accrue des équipes, supposent précisément un suivi plus réactif et plus détaillé de l'offre à l'échelle des bassins de vie.** Or, les outils actuels ne permettent pas de mesurer les flux, les transitions, les périodes de saturation ou les zones de tension.

De même, les dispositifs de soutien à la transformation du secteur médico-social, tels que les financements d'investissement issus du Ségur de la santé, font l'objet d'un suivi administratif précis : la CNSA publie des données sur le nombre de projets financés, les surfaces rénovées ou créées et la répartition des crédits entre les différents types de structures. Toutefois, ces informations ne sont pas reliées à des indicateurs de résultats. Il n'existe pas de tableau de bord permettant d'observer, structure par structure, les effets concrets de ces investissements. **Les outils actuels mesurent donc les moyens engagés, sans permettre d'en évaluer l'impact sur l'offre réelle ni sur les parcours des usagers.**

Le rapporteur estime qu'un cadre commun de collecte — portant notamment sur les délais d'admission, les taux d'occupation, les fermetures temporaires, les vacances de personnel, les listes d'attente — constituerait un préalable indispensable à une planification plus équitable et à l'évaluation des effets des transformations engagées.

(1) *Audition de M. Thomas Wanecq, mercredi 17 septembre 2025.*

(2) *Sénat, Politique du handicap outre-mer : faux départ et course de fond, rapport d'information n° 821 (2024-2025), déposé le 3 juillet 2025.*

C. DES SYSTÈMES D'INFORMATION INCOMPLETS ET PEU INTEROPÉRABLES

L'amélioration de la connaissance de l'offre et des besoins dépend étroitement de la qualité et de la coordination des systèmes d'information mobilisés par les acteurs publics. **Or, malgré les efforts engagés au cours de la dernière décennie, le paysage reste fragmenté et marqué par l'absence d'un cadre commun d'organisation et d'interopérabilité des systèmes d'information.** À défaut d'une telle architecture concertée, **les données existent, mais ne peuvent être rapprochées qu'au prix de retraitements manuels lourds.** Cette fragmentation génère des difficultés concrètes : impossibilité de comparer les situations entre territoires, suivi individuel des parcours rendu délicat, absence d'indicateurs homogènes sur la capacité d'accueil ou les taux d'occupation, et faible visibilité sur les besoins non couverts.

Ces limites freinent la capacité de pilotage des politiques publiques à tous les niveaux : national comme territorial, tout en restreignant les capacités d'anticipation, ce qui est particulièrement problématique dans un secteur où la programmation de l'offre nécessite plusieurs années. **La structuration et le renforcement des systèmes d'information demeurent donc un défi majeur pour répondre aux besoins actuels et futurs.**

1. Des dispositifs multiples et cloisonnés

Les systèmes d'information des maisons départementales des personnes handicapées (MDPH) illustrent cette situation. Selon la CNSA, le dispositif dit « SI harmonisé » repose sur un référentiel commun, mais chaque MDPH conserve son propre logiciel, à condition qu'il respecte le cadre national ⁽¹⁾. Ce modèle vise à garantir la compatibilité des données sans imposer un outil unique. Toutefois, comme l'a rappelé M. Étienne Deguelle, directeur adjoint à la direction de l'accès aux droits et des parcours de la CNSA, « *chaque changement au niveau national suppose ensuite cent adaptations au niveau local* » ⁽²⁾. **Cette architecture hybride ralentit les évolutions et entretient une hétérogénéité des formats.** L'inspection générale des affaires sociales (Igas) a relevé en décembre 2024 que le SI des MDPH « *ne permet pas encore un pilotage opérationnel complet* » ; elle a recommandé « *d'arbitrer l'opportunité d'un système national au-delà du SI “évaluation” en cours de déploiement* » et souligné la nécessité d'un « *passage à l'échelle* » et d'une meilleure intégration des données entrantes, notamment celles relatives aux décisions, délais et motifs d'orientation.

a. Le système d'information harmonisé des MDPH

Le déploiement du système d'information unique (SI) des MDPH progresse cependant selon un calendrier structuré, avec une phase expérimentale lancée

(1) <https://www.cnsa.fr/informations-thematiques/systeme-dinformation-et-numerique/si-harmonise-mdph>

(2) *Audition de MM. Maëlig Le Bayon, Olivier Paul et Étienne Deguelle, 9 septembre 2025.*

en 2025 dans dix départements, puis un déploiement national prévu entre 2026 et 2027. Ce SI vise à automatiser la transmission des dossiers, assurer un suivi centralisé et sécurisé des droits, et faciliter la coordination entre les MDPH et leurs nombreux partenaires (caisses de sécurité sociale, éducation nationale, emploi, santé). En parallèle, des formations renforcées pour les agents sont prévues afin d'améliorer la qualité des évaluations et la maîtrise des outils numériques. Ce vaste chantier est soutenu par des financements publics, notamment issus du plan « Handicap » et du Ségur numérique, pour garantir la pérennité et la montée en puissance du système⁽¹⁾.

L'interopérabilité avec les autres systèmes nationaux est également une priorité. Le SI MDPH doit s'articuler avec le système national des données de santé (SNDS) pour enrichir la connaissance des parcours de soins, ainsi qu'avec le système d'information médico-social de la CNSA pour consolider les données sur les établissements et services, favorisant ainsi une vision intégrée et cohérente du secteur médico-social⁽²⁾.

b. Multiplicité des outils et absence d'interopérabilité

Cette situation n'est toutefois que l'un des exemples d'un cloisonnement plus général. Chaque acteur institutionnel – ARS, conseils départementaux, CNSA, hôpitaux, opérateurs médico-sociaux – dispose d'un outil propre, développé pour répondre à ses obligations réglementaires ou à ses besoins de gestion. Les ARS s'appuient sur des plateformes régionales de suivi de l'offre et de l'activité, qui ne sont pas conçues pour communiquer automatiquement avec les systèmes utilisés par les départements. Les établissements sanitaires transmettent leurs données via des dispositifs fondés sur le programme de médicalisation des systèmes d'information (PMSI), système essentiellement destiné à la prise en charge hospitalière qui utilise des nomenclatures spécifiques aux activités médicales et hospitalières qui ne correspondent pas aux référentiels médico-sociaux. Les opérateurs gestionnaires d'établissements et de services médico-sociaux utilisent également des logiciels distincts, adaptés à leurs contraintes internes mais dépourvus de standardisation nationale.

Les dispositifs d'observation régionaux illustrent cette dispersion. Certaines ARS ont développé des outils de suivi relativement avancés, intégrant des données médicales, sociales et financières, tandis que d'autres ne disposent que de systèmes fragmentaires reposant sur des fichiers Excel ou sur des transmissions ponctuelles. Ces écarts de maturité technologique contribuent à des disparités territoriales importantes : certains territoires sont en mesure de piloter l'offre en temps quasi réel, tandis que d'autres ne disposent que d'estimations partielles et rétrospectives.

(1) Ministère des solidarités et de la santé, *plan pluriannuel de transformation du médico-social 2023-2028, dossier média social*, Paris, mars 2024,

(2) Inspection générale des affaires sociales (Igas), *rapport sur le pilotage de la politique du handicap, rapport n° 2024-067R*, Paris, décembre 2024.

2. Des dispositifs affichant des degrés de maturité variables

a. Une maturité numérique inégale selon les territoires et structures

La maturité numérique des institutions varie nettement selon les secteurs, les catégories d'établissements et les territoires. Les auditions comme les rapports administratifs tendent à indiquer que les capacités à structurer, partager et exploiter des données ne progressent pas au même rythme, ce qui donne lieu à un paysage encore très hétérogène. Certaines institutions territoriales disposent aujourd’hui d’outils avancés permettant un pilotage territorial de l’offre, tandis que d’autres se trouvent engagées dans des démarches d’équipement plus récentes, ou doivent composer avec des systèmes historiques difficilement modernisables.

Dans le champ médico-social, plusieurs agences régionales de santé (ARS) ont déployé des outils numériques intégrés, soutenus par les investissements du Ségur numérique. Le programme ESMS numérique vise ainsi à généraliser l’usage du dossier usager informatisé (DUI) conforme aux référentiels nationaux, à renforcer la sécurité des données et à faciliter les échanges d’information entre établissements, services et autorités de tarification. En 2025, près de 4 000 établissements et services médico-sociaux (ESMS) supplémentaires doivent bénéficier de ce financement, ce qui permettra de couvrir une part substantielle du parc médico-social et d’améliorer la qualité des données transmises, en particulier concernant les admissions, les sorties, les plans personnalisés d’accompagnement ou les périodes d’interruption de service. Certains territoires disposent déjà d’une masse critique de structures équipées, permettant des usages avancés, tels que le suivi des flux, les remontées automatisées d’indicateurs et le rapprochement avec les données tarifaires ou les autorisations en cours ⁽¹⁾.

b. Des obstacles techniques, humains et juridiques à la transition numérique

Cependant, cette dynamique est encore inégale. De nombreux établissements, en particulier les plus petits, isolés ou dépourvus de fonctions supports spécialisées, peinent à engager ou finaliser leur transition numérique. Les systèmes d’information existants présentent une grande diversité : logiciels anciens, solutions propriétaires peu compatibles, outils locaux développés selon des besoins internes, ou encore fichiers tableurs utilisés faute d’outils adaptés. **Cette hétérogénéité complique la mise en conformité avec les standards nationaux, allonge les délais d’intégration des nouveaux modules et accroît les risques d’erreurs ou de ruptures dans la transmission des données.**

Les difficultés sont aussi humaines : la gestion de projets numériques exige des compétences techniques, une capacité à former les équipes, ainsi qu’un accompagnement continu pour intégrer les évolutions réglementaires. **Or, de nombreux ESMS disposent de marges organisationnelles limitées et doivent concilier cette transition numérique avec leurs obligations quotidiennes**

(1) CNSA, Programme ESMS numérique, 2024-2025.

d'accompagnement. Les acteurs auditionnés ont souligné que dans certains territoires, les établissements peinent à recruter des référents numériques ou à maintenir des équipes stables capables de porter ces projets sur le long terme. Mme Zaynab Riet, déléguée générale de la Fédération hospitalière de France (FHF), a notamment souligné que « *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* »⁽¹⁾.

Les contraintes juridiques, notamment liées à la protection des données personnelles, constituent un autre facteur de différenciation. Les structures disposant d'appuis juridiques ou d'une gouvernance interne robuste sont en mesure de sécuriser le traitement des données et de répondre aux exigences de conformité du RGPD. À l'inverse, d'autres établissements, faute de ressources internes, peuvent retarder l'adoption d'outils conformes ou privilégier des solutions minimales ne permettant pas une transmission structurée de l'information.

Des dispositifs d'évaluation tels que le référentiel MaturiN-SMS, développé pour mesurer la maturité numérique des ESMS, mettent en évidence des disparités importantes entre établissements et territoires. Cet outil est utilisé pour identifier les leviers de progrès, orienter les plans d'accompagnement et cibler les financements nécessaires. **Les résultats obtenus montrent ainsi que si certains établissements ont atteint un niveau avancé de digitalisation, d'autres en sont encore aux premiers stades**, utilisant des outils non harmonisés et dépourvus de fonctionnalités interopérables⁽²⁾.

Le degré variable de digitalisation et de maturité numérique des acteurs limite la circulation des informations et freine la visibilité globale nécessaire à des régulations efficaces. Ces disparités ne relèvent pas uniquement de la technologie, mais aussi des moyens humains et de la capacité des structures à intégrer la transition numérique dans leur organisation. **Dans ce contexte, le renforcement des financements dédiés, l'appui technique aux établissements, la formation des équipes et une gouvernance régionale plus structurée apparaissent comme des conditions indispensables pour accélérer l'harmonisation des pratiques et soutenir la transformation numérique du secteur médico-social.**

3. Des difficultés techniques et juridiques d'interopérabilité

Les efforts entrepris pour favoriser le partage des données entre champs sanitaire, social et médico-social ont permis d'établir des cadres de référence solides, mais leur appropriation reste inégale. **Les échanges d'information demeurent fortement conditionnés par la capacité des acteurs à appliquer des standards communs, à sécuriser les transmissions et à intégrer ces outils dans des organisations sur lesquelles pèsent déjà des contraintes opérationnelles importantes.**

(1) *Audition de Mme Zaynab Riet, 24 septembre 2025.*

(2) *Ministère des solidarités et de la santé, référentiel MaturiN-SMS, septembre 2025.*

a. Des difficultés techniques

Les auditions ont montré que la mise en cohérence de systèmes très hétérogènes entraîne des difficultés techniques récurrentes. Mme Anne Morvan-Paris, directrice générale du groupement d'intérêt public (GIP) France Enfance protégée, a ainsi illustré l'hétérogénéité et le caractère archaïque des outils informatiques utilisés par les départements en indiquant que « *certaines départements travaillent toujours avec des fichiers Excel* »⁽¹⁾; Mme Elvire Cassan, journaliste, s'est déclarée pour sa part « *sidérée* » de constater qu'à Paris, « *les 2 000 demandes par semaine sont traitées sur tableau Excel* »⁽²⁾.

La doctrine du numérique en santé publiée par l'Agence du numérique en santé (ANS) fixe pourtant des principes structurants : interopérabilité technique, sécurité des systèmes d'information, référentiels d'identité et urbanisation des architectures. L'identifiant national de santé (INS), dont la version 2.1 du référentiel a été approuvée par l'arrêté du 13 décembre 2024, constitue un levier essentiel pour fiabiliser l'identification des personnes, éviter les doublons et sécuriser les échanges entre structures. En théorie, l'utilisation de l'INS devrait permettre une meilleure articulation entre les données issues du secteur sanitaire et celles produites par les établissements médico-sociaux⁽³⁾.

Dans la pratique, son usage reste cependant limité dans le secteur médico-social. Une proportion importante d'établissements et de services ne disposent pas d'un dossier usager informatisé (DUI) conforme, condition indispensable au déploiement de l'INS. Certains logiciels existants ne permettent pas encore l'intégration automatique des référentiels nationaux, tandis que d'autres nécessitent des adaptations lourdes ou des investissements importants pour être mis en conformité. Cette situation explique, en partie, l'hétérogénéité territoriale observée dans les niveaux d'adoption de l'INS.

Les programmes e-Parcours et ViaTrajectoire, portés par la direction générale de l'offre de soins (DGOS) et la CNSA, visent précisément à pallier ces difficultés en favorisant la transmission d'informations entre acteurs sanitaires et médico-sociaux. Ces outils permettent, dans les territoires où ils sont pleinement déployés, d'améliorer l'orientation des usagers, de fluidifier la coordination entre équipes hospitalières, MDPH, établissements médico-sociaux et services à domicile, et de sécuriser les échanges de données sensibles. L'Igas a souligné en 2025 que la dynamique de déploiement de ViaTrajectoire est particulièrement avancée, notamment pour l'interface entre les MDPH, les établissements et les usagers, même si le dispositif ne couvre pas encore tous les segments du secteur⁽⁴⁾.

(1) *Audition de Mme Anne Morvan-Paris, 9 septembre 2025.*

(2) *Audition de Mme Elvire Cassan, 22 octobre 2025.*

(3) *Agence du numérique en santé (ANS), doctrine du numérique en santé 2025, rapport, décembre 2024.*

(4) *Inspection générale des affaires sociales (Igas), Handicap : comment transformer l'offre sociale et médico-sociale pour mieux répondre aux attentes des personnes ?, Rapport Igas n° 2024-017R, janvier 2025.*

Ces programmes témoignent d'un progrès réel, mais aussi de la lenteur du déploiement des solutions partagées, en particulier dans le champ médico-social. Plusieurs facteurs contribuent à ces retards :

- la diversité des solutions logicielles existantes, qui complique l'intégration de nouveaux modules ;
- l'absence de compétences techniques internes dans certains établissements ;
- les coûts d'adaptation ou de migration vers des outils conformes à la doctrine nationale ;
- les exigences de protection des données personnelles, qui nécessitent des dispositifs de sécurité avancés parfois difficiles à mettre en œuvre.

b. Des obstacles juridiques

Les obstacles juridiques constituent en effet un frein important. Les établissements doivent respecter des obligations strictes en matière de consentement, de confidentialité et de sécurité des données, ce qui peut limiter les échanges automatisés. Certains acteurs auditionnés ont souligné que les marges d'interprétation laissées par la réglementation conduisent à des divergences d'approche entre structures, les plus prudentes privilégiant des modes de transmission manuels ou restreints. De même, les différences de statut entre structures (associations, établissements publics, services administratifs) entraînent des exigences différentes en matière de gestion des données, rendant plus difficile la création de circuits partagés.

Mme Julie Labarthe, sous-directrice de l'observation de la solidarité de la Drees, a ainsi indiqué qu'« *Un système d'information nous permet de disposer de données agrégées, MDPH par MDPH, publiées par la CNSA. La Drees aurait souhaité avoir également accès à des données individuelles mais le choix a été fait, pour des raisons liées à la protection des données, de crypter très tôt les données identifiantes. Les différents acteurs sont conscients de cette difficulté.* »⁽¹⁾

Ces difficultés d'interopérabilité ont des effets concrets et immédiats sur la continuité des parcours. Dans de nombreux territoires, les MDPH ne peuvent transmettre automatiquement les décisions d'orientation aux établissements ; les hôpitaux ne disposent pas toujours d'un retour d'information sur les admissions ou refus ; les services médico-sociaux manquent d'outils pour signaler les ruptures d'accompagnement ou les périodes d'attente prolongées. En l'absence d'échanges automatisés et sécurisés, ces informations circulent encore par des moyens manuels, au risque d'allonger les délais, de créer des doublons ou de laisser certaines situations sans suivi.

(1) *Audition de M. Thomas Wanecq, Mme Julie Labarthe et M. Jean-Baptiste Hazo, 17 septembre 2025, compte rendu n°11.*

Malgré les efforts notables engagés depuis plusieurs années, **les limites techniques et juridiques à l'interopérabilité continuent donc d'être un obstacle majeur à la mise en place d'un système d'information intégré**. Elles fragilisent la qualité des données, ralentissent leur circulation et empêchent de construire des tableaux de bord territoriaux fiables, indispensables au pilotage et à l'anticipation.

Ces limites ont des effets concrets sur le pilotage opérationnel. L'hétérogénéité des systèmes d'information entraîne une faiblesse structurelle, car les données collectées par les MDPH, les agences régionales de santé (ARS) ou les opérateurs nationaux restent souvent agrégées selon des calendriers décalés, avec un retard d'un an ou davantage, ce qui empêche toute anticipation rapide des tensions locales. Les rapports d'activité départementaux transmis à la CNSA reposent encore dans de nombreux cas sur des extractions manuelles et des formats hétérogènes, rendant leur consolidation complexe et leur exploitation difficile pour identifier les évolutions en temps utile. De même, les remontées budgétaires ou les indicateurs d'activité transmis par les établissements et services médico-sociaux (ESMS) ne sont ni synchronisés ni harmonisés, limitant leur valeur pour le pilotage territorial

L'absence d'un système intégré empêche de relier les données d'activité, de financement et de parcours. Les autorités nationales ne disposent pas d'outils permettant de rapprocher les décisions d'orientation rendues par les MDPH, les capacités réellement ouvertes dans les établissements, les files d'attente, les interruptions d'accompagnement ou les refus d'admission. En l'absence de vision consolidée, il devient impossible d'évaluer l'efficacité des moyens alloués, de suivre l'évolution des besoins non couverts ou de mesurer les résultats en termes de continuité d'accompagnement

c. Une fragmentation qui pèse sur la capacité de planification nationale

Au-delà des aspects techniques, ce manque d'interopérabilité reflète un cloisonnement institutionnel persistant. Les systèmes d'information sont le miroir d'une organisation fondée sur des responsabilités partagées entre l'État, les ARS, les départements et les opérateurs locaux. L'absence de dispositif intégré freine le développement de démarches d'évaluation fondées sur les résultats, pourtant essentielles pour piloter les politiques publiques de manière pluriannuelle et pour orienter les financements vers les actions les plus efficaces.

En définitive, les limites actuelles des systèmes d'information ne constituent pas seulement un handicap méthodologique : elles entravent la possibilité d'élaborer une stratégie nationale. **Leur dépassement apparaît comme un préalable indispensable à toute politique visant à mieux prendre en charge la santé mentale et le handicap, à réduire les inégalités territoriales et à renforcer la cohérence de l'action publique dans ces domaines.**

D. UNE ÉVALUATION LACUNAIRE DES COÛTS RÉELS

1. Des coûts fragmentés entre acteurs et dispositifs

a. Complexité et fragmentation des financements

La dépense liée au handicap et à la santé mentale en France en 2025 est ventilée entre plusieurs financeurs, et **cette fragmentation complique la vision d'ensemble ainsi que la capacité à suivre les coûts réels des parcours**. Les charges liées à l'accompagnement, aux soins, à l'éducation et à la compensation se trouvent réparties entre différents blocs institutionnels, chacun fonctionnant selon ses propres règles comptables, ses nomenclatures et ses calendriers. Les auditions ont souligné que cette architecture budgétaire, si elle répond à la diversité des missions, constitue un frein majeur à l'analyse consolidée des dépenses et à la compréhension des interactions entre financements.

La branche Autonomie de la sécurité sociale, gérée par la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA), finance les établissements et services médico-sociaux (ESMS), les prestations individuelles d'aide et d'accompagnement, ainsi que diverses interventions destinées à soutenir l'autonomie des personnes âgées dépendantes et des personnes en situation de handicap. Ce périmètre représente, en 2025, 43,3 milliards d'euros, incluant les concours versés aux départements, les fonds de financement des ESMS et les prestations individuelles. Ces différents segments obéissent à des logiques distinctes : financements au forfait ou à la place autorisée pour les établissements, décisions individuelles pour les prestations, dotations pour les conseils départementaux. **Ils ne couvrent qu'une partie des charges réellement générées par les parcours des personnes**, en particulier lorsqu'elles mobilisent des soins sanitaires, des aides scolaires ou des financements complémentaires locaux.

L'assurance maladie, *via* l'objectif national des dépenses d'assurance maladie (Ondam), prend en charge les dépenses sanitaires et médicales liées aux personnes en situation de handicap ou présentant des troubles de santé mentale. Ce périmètre inclut les soins hospitaliers, les consultations en ville, les traitements, les actes de prévention, ainsi que l'activité de pédopsychiatrie ou des équipes de secteur. **Ces dépenses, pourtant centrales dans la vie des personnes, ne peuvent pas être rapprochées aisément des données médico-sociales faute d'un référentiel commun**. Les nomenclatures (tarification à l'activité, missions d'intérêt général et d'aide à la contractualisation – Migac, dotations aux établissements psychiatriques, etc.) ne coïncident pas avec celles utilisées pour les ESMS, ce qui rend difficile toute tentative d'analyse transversale.

b. Limites de l'analyse budgétaire et conséquences sur le pilotage

L'État finance également un ensemble d'actions spécifiques ou transversales, telles que les programmes de prévention en santé mentale, les crédits dédiés à l'habitat inclusif, les dispositifs d'inclusion scolaire, ainsi que les crédits

consacrés à l'animation nationale des politiques du handicap. **Ces dépenses relèvent de ministères différents et sont souvent réparties entre plusieurs missions budgétaires, ce qui limite leur lisibilité.**

Les départements, enfin, pilotent et financent des missions essentielles : dispositifs médico-sociaux du secteur social, aides financières, aides à domicile, et fonctionnement des maisons départementales des personnes handicapées (MDPH). Ces dépenses ne sont pas consolidées nationalement dans un outil comparable à l'Ondam ou à la branche Autonomie, ce qui ajoute une couche supplémentaire de fragmentation. Les données transmises à la CNSA par les départements, notamment dans le cadre des rapports d'activité, sont encore hétérogènes et nécessitent des retraitements lourds avant d'être exploitables.

Cette organisation multi-acteurs, assortie de nomenclatures et de calendriers distincts, contribue à un morcellement des données budgétaires qui empêche de disposer d'une vision consolidée par filière ou par public. **Elle rend difficile le rattachement des dépenses à des résultats observables**, qu'il s'agisse de continuité d'accompagnement, de maintien en milieu ordinaire, d'accès aux soins ou de prévention des ruptures. Les documents budgétaires confirment la pluralité des canaux au sein même de la branche Autonomie – fonds ESMS, prestations individuelles, concours aux départements – ce qui complique les rapprochements avec les dépenses sanitaires ou scolaires. La structure des flux financiers varie en outre selon les publics : une même personne peut mobiliser simultanément des dépenses médico-sociales, sanitaires, éducatives et des prestations individuelles sans que les systèmes d'information ne permettent de relier ces dépenses.

En 2025, l'impossibilité d'établir le « coût complet » d'un parcours de vie reste l'une des limites les plus importantes au pilotage public. Les dépenses portées par la branche Autonomie (43,3 milliards d'euros) ne représentent que la partie médico-sociale de l'accompagnement, tandis que les soins pris en charge par l'assurance maladie, les dépenses fiscales (crédits d'impôt, exonérations), les financements éducatifs et les actions sociales départementales ne sont pas intégrés dans un cadre unique. Par ailleurs, les dépenses spécifiques liées aux troubles psychiques sont difficilement identifiables dans les agrégats sanitaires, faute de codage homogène ou de référentiel permettant d'isoler les coûts associés. Les tentatives d'inventaire global montrent ainsi que les dépenses « handicap » se répartissent entre plusieurs blocs et que les segments non médico-sociaux représentent une part très importante des charges réelles.

Ce cloisonnement produit des zones grises et des risques de double comptabilisation : dépenses sociales départementales comptabilisées différemment selon les territoires, prestations sanitaires doublonnées par des interventions médico-sociales, financements croisés entre ARS et départements pour les mêmes dispositifs. Il en résulte une incapacité à estimer précisément le financement d'un besoin donné – accompagnement à domicile, soutien scolaire, soin psychiatrique, réhabilitation, inclusion professionnelle – plutôt que celui d'un dispositif. Les auditions ont souligné que cette limite empêche de mesurer les effets

d'une politique sur l'ensemble d'un parcours et rend difficile l'évaluation des coûts évités ou des économies potentielles liées à la prévention.

En définitive, la fragmentation budgétaire n'est pas seulement un enjeu de transparence comptable : elle constitue un frein à l'élaboration de stratégies fondées sur une vision d'ensemble des coûts. Sans un rapprochement méthodologique des dépenses et sans outils permettant de relier les financements aux parcours réels, il demeure difficile de piloter les politiques publiques selon une logique de résultats, d'anticiper les besoins de financement et d'envisager une planification pluriannuelle cohérente.

2. Une faiblesse persistante de la culture de l'évaluation dans le handicap et la santé mentale

Les auditions ont également mis en évidence la faiblesse persistante de la culture de l'évaluation dans le champ du handicap comme dans celui de la santé mentale. Si les dispositifs font l'objet d'un suivi budgétaire précis, l'analyse de leur efficacité, de leur impact ou de leurs résultats demeure limitée. Cette situation résulte à la fois d'outils construits pour le suivi administratif plutôt que pour la mesure des effets et d'une tradition de pilotage largement centrée sur les moyens.

Dans les deux secteurs, les instruments aujourd'hui disponibles sont principalement de nature comptable et administrative. Ils permettent de programmer la dépense, de contrôler l'usage des ressources et de suivre des volumes d'activité. Ces outils, utiles au pilotage courant, sont toutefois peu adaptés pour apprécier les résultats obtenus pour les personnes. Les auditions ont souligné ce déséquilibre : **malgré des efforts de structuration, la planification demeure largement guidée par les enveloppes financières et les calendriers d'exécution, sans évaluation systématique des effets produits.**

Ce déficit limite la compréhension de l'impact réel des dépenses sur les parcours et les conditions de vie des personnes en situation de handicap ou souffrant de troubles psychiques. Il contribue également à la **difficulté de mesurer les coûts évitables, pourtant essentiels à une stratégie de prévention.**

a. Des cadres de suivi fragmentés et une insuffisance des indicateurs de résultats

Les administrations et les opérateurs disposent de plusieurs dispositifs de suivi : tableaux de bord d'activité, enquêtes régulières, remontées des MDPH et des ARS, rapports budgétaires, bilans des établissements médico-sociaux. **Ces cadres restent cependant fragmentés par financeur, par dispositif ou par champ d'intervention et sont rarement mobilisés pour une évaluation transversale ou comparative**, faute de référentiels homogènes ou d'indicateurs communs.

Dans le champ du handicap, la territorialisation de l'action publique et la diversité des solutions d'accompagnement conduisent à une logique de gestion

locale, tandis que les indicateurs de résultats qui pourraient mesurer l'accès effectif à des services, le maintien en scolarité ou l'insertion professionnelle par exemple sont peu développés ou hétérogènes selon les départements.

En santé mentale, la culture de la mesure reste dominée par le suivi d'activité hospitalière et par la démographie des professionnels. Les données sur les parcours ambulatoires, les rechutes, les continuités post-hospitalières ou les conditions de réinsertion demeurent limitées. Les limites du codage en psychiatrie, déjà soulignées, entravent la production d'indicateurs fiables portant sur les résultats cliniques et sociaux.

Ces freins de nature différente produisent un même effet : l'impossibilité d'objectiver les résultats au-delà de l'activité produite et des moyens mobilisés. Faute d'outils d'évaluation consolidés et partagés, les politiques publiques se succèdent sous forme de plans ou de dispositifs spécifiques, sans mesure robuste de leurs effets, ce qui complique la réallocation fine des moyens et limite la diffusion des pratiques efficaces identifiées localement.

b. Vers une évaluation structurante du pilotage

Les auditions ont convergé sur la nécessité d'un changement de perspective : **il s'agit de compléter les instruments actuels par des indicateurs de résultats permettant de relier les moyens mobilisés aux effets produits.** Une telle approche exige de mesurer non seulement l'activité et la dépense, mais aussi les résultats concrets pour les personnes.

De tels indicateurs ne pourraient toutefois être pleinement exploités que si les outils d'observation actuels étaient mieux articulés. Les données existent mais restent dispersées entre institutions et rarement rapprochées dans une lecture d'ensemble. Leur exploitation conjointe suppose de renforcer la compatibilité des systèmes d'information, de développer les suivis longitudinaux et de promouvoir des référentiels communs entre acteurs nationaux et territoriaux.

La mise en place d'indicateurs de résultats réellement mobilisables constituerait un socle commun pour relier les moyens aux effets observés et pour identifier les leviers d'efficience. Elle permettrait d'apprécier l'efficacité des politiques au regard des objectifs qui leur sont assignés et de mieux orienter les investissements vers les actions les plus pertinentes.

À terme, une telle évolution contribuerait à l'élaboration d'une stratégie fondée sur la prévention et sur la mesure des coûts évitables. Elle offrirait des outils adaptés à une planification pluriannuelle fondée sur les résultats, indispensable pour optimiser l'usage des ressources, réduire les ruptures de parcours et améliorer la qualité de vie des personnes.

3. Des coûts indirects et évités non mesurés

a. Une invisibilité persistante des coûts indirects pour la collectivité

Les outils budgétaires et statistiques actuellement utilisés ne permettent pas non plus d'évaluer les coûts indirects générés par l'absence de prise en charge, les ruptures de parcours ou le retard d'intervention. Ces coûts, bien que réels pour la collectivité, demeurent invisibles dans la comptabilité publique. Ils se traduisent en dépenses sociales supplémentaires, en désinsertion professionnelle, en perte d'autonomie, en aggravation des troubles ou en ruptures de scolarité, sans être imputés aux politiques de santé mentale ou de handicap. Cette absence de visibilité contribue à sous-estimer l'impact global d'une prise en charge tardive ou discontinue.

Les dépenses indirectes sont pourtant considérables. Un ordre de grandeur a été rappelé lors des auditions : **le coût global des maladies mentales, incluant à la fois les dépenses directes de soins, les pertes de production et la valorisation économique de la perte de santé, atteindrait 163 milliards d'euros par an.** Cette estimation, présentée par Mme Isabelle Durand-Zaleski, professeure de médecine et directrice de l'unité de recherche en économie de la santé de l'AP-HP, repose sur une méthodologie utilisée également dans d'autres pays pour mesurer le « fardeau global » d'une pathologie. Elle vise à agréger en un seul indicateur les différents volets du coût économique et social, afin de rendre possibles les comparaisons internationales et les comparaisons entre champs pathologiques. Mme Durand-Zaleski précise que cette approche comporte des limites - notamment le risque de double compte - mais qu'elle est cohérente avec les usages méthodologiques internationaux et qu'elle fait apparaître un ordre de grandeur stable⁽¹⁾.

Ce montant, s'il ne peut être ventilé précisément faute de données consolidées sur les déterminants des dépenses, permet de situer l'ampleur des coûts qui demeurent invisibles dans les documents budgétaires courants. **Il fournit également un repère pour comprendre le décalage entre les montants consacrés aux prises en charge curatives et l'absence d'investissement structuré dans la prévention primaire ou secondaire, pourtant susceptibles d'infléchir, à terme, une partie de ces coûts indirects.**

Plusieurs intervenants ont insisté sur la disproportion persistante entre les dépenses curatives et les investissements de prévention. M. Guirchaume Abitbol, père de Miel Abitbol, jeune patiente militante et influenceuse et co-créateur, avec elle, de la plateforme numérique *Lyyink*, a rappelé ce chiffre de 163 milliards d'euros tout en soulignant que les dépenses de prévention primaire demeurent quasi nulles, un manque que sa fille et lui tentent de combler à travers un projet privé et autofinancé, illustrant une insuffisance visible des politiques publiques⁽²⁾. **Ce déséquilibre illustre la faiblesse de l'investissement dans le repérage précoce, les interventions initiales et la prévention des rechutes, alors même que ces**

(1) *Audition de Mmes Marion Leboyer et Isabelle Durand-Zaleski, 3 septembre 2025.*

(2) *Audition de Mme Miel Abitbol et M. Guirchaume Abitbol, 1^{er} octobre 2025.*

leviers pourraient réduire significativement la charge économique et sociale associée aux troubles psychiques.

Le même raisonnement vaut pour le champ du handicap. L'étude réalisée conjointement par l'Unea et KPMG en 2016⁽¹⁾ précédemment citée, montre que le dispositif de l'emploi accompagné génère un gain net pour la collectivité qui résulte notamment de la diminution du recours aux allocations de remplacement, des recettes fiscales et sociales générées par l'activité professionnelle retrouvée et de la réduction des besoins d'accompagnement social ou médico-social.

b. Les bénéfices économiques mesurables des interventions précoce et de l'inclusion

Les auditions ont également souligné que de nombreux troubles pourraient être évités ou atténués grâce à une intervention plus précoce. Des professionnels de santé ont évoqué, à titre d'exemple, les difficultés rencontrées pour repérer suffisamment tôt les troubles du langage ou les troubles de l'apprentissage. Un dépistage tardif conduit souvent à des parcours scolaires interrompus, à une marginalisation progressive ou à des besoins d'accompagnement renforcé à l'âge adulte. **À l'inverse, une identification précoce favorise la réussite éducative et diminue, à long terme, la demande de prises en charge médico-sociales intensives.** Ces situations illustrent l'enchaînement bien documenté entre absence de repérage, aggravation des besoins et coûts de compensation croissants.

Il convient cependant de rappeler que l'intervention précoce ne suppose pas nécessairement qu'un diagnostic formel ait été établi, comme l'ont indiqué plusieurs professionnels, ainsi que la Haute Autorité de santé (HAS), qui ont souligné qu'il était possible de commencer un accompagnement dès l'apparition de difficultés fonctionnelles, qu'il s'agisse d'un retard de langage, d'un trouble des apprentissages ou de comportements atypiques. Mme Claire Compagnon, membre du collège de la HAS et présidente de la commission Recommandations, pertinence, parcours et indicateurs, a indiqué qu'il n'était « *pas nécessaire d'attendre un diagnostic lorsqu'on est en présence de signaux d'alerte liés à des comportements ou à des symptômes particuliers. On sait qu'il faut intervenir le plus vite possible, qu'il s'agisse d'un trouble du neurodéveloppement ou d'un début de trouble psychiatrique, qui deviendra ou non une psychose.* ». Prévenir l'aggravation des difficultés n'implique en aucun cas d'attendre la formalisation d'un diagnostic qui peut intervenir ultérieurement.

L'ensemble de ces exemples, qu'ils concernent la prévention des troubles psychiques, l'insertion professionnelle ou le repérage précoce des handicaps, renvoie à un mécanisme commun : l'investissement social. Une dépense engagée en amont – pour prévenir, diagnostiquer ou accompagner – réduit à long terme le coût global pour la société. Faute d'outils de suivi adaptés, ces effets

(1) *Union nationale des entreprises adaptées (Unea), KPMG, « Calcul du retour sur investissement et du gain social », 2016, mise à jour 2022, disponible en ligne : à l'adresse :*

https://www.unea.fr/sites/default/files/calcul_du_roi_et_du_gain_social.pdf

ne sont ni mesurés ni valorisés ; **les politiques publiques continuent d'être appréciées principalement en fonction de leurs coûts immédiats, plutôt que de leurs bénéfices différés.**

En l'absence d'un système d'information croisant les données de santé, d'éducation, d'emploi et d'action sociale, il est impossible d'évaluer les effets économiques et humains d'une intervention précoce ou d'un accompagnement continu. Les ruptures de parcours, les hospitalisations évitables, les sorties prématurées de l'école ou la désinsertion professionnelle ne sont pas intégrées dans les analyses budgétaires. Les coûts d'opportunité liés à une non-intervention ou à une intervention tardive demeurent donc invisibles, alors qu'ils pèsent lourdement sur les finances publiques et sur la qualité de vie des personnes concernées.

Le développement d'un pilotage fondé sur les coûts évités constituerait un changement de paradigme. Une telle approche permettrait de dépasser la logique de court terme en reliant les dépenses publiques aux résultats obtenus et aux économies potentielles associées à une prévention efficace. En consolidant les données issues de différents secteurs, elle rendrait possible l'identification des interventions dont l'impact économique et social est le plus significatif : repérage précoce, interventions intensives de première intention, accompagnements de réhabilitation, dispositifs d'emploi accompagné, actions de soutien scolaire ciblé.

Une politique fondée sur les coûts évités ne viserait pas seulement à documenter les économies potentielles : elle offrirait un cadre d'allocation des ressources compatible avec une stratégie pluriannuelle. Elle permettrait également de valoriser les investissements sociaux les plus efficaces, en consolidant une culture de l'évaluation orientée vers les résultats concrets pour les personnes et vers la prévention des ruptures. **À terme, cette évolution contribuerait à faire des politiques de santé mentale et du handicap non plus des postes de dépense dispersés, mais de véritables leviers d'investissement collectif**, porteurs de gains sociaux, économiques et humains durables.

II. UNE ORGANISATION FRAGMENTÉE ET INSUFFISAMMENT COORDONNÉE

Le déficit de connaissance que le présent rapport vient de mettre en évidence ne constitue pas seulement un obstacle technique à la planification. **Il illustre une désorganisation structurelle des politiques publiques du handicap et de la santé mentale**, caractérisée par la juxtaposition de dispositifs successifs et la superposition des compétences et la faiblesse des mécanismes de coordination.

Ces politiques reposent sur des acteurs nombreux (État, agences régionales de santé, départements, assurance maladie, établissements et associations) qui interviennent à différents niveaux, selon des logiques d'intervention et des calendriers distincts. Cette multiplicité d'intervenants, issue d'une construction historique et de transferts de compétences successifs, aboutit à un système où chacun agit dans son périmètre, sans cadre unifié d'action.

Les dispositifs créés pour améliorer l'accès aux droits ou fluidifier les parcours – plans nationaux, guichets uniques, plateformes territoriales – se sont souvent ajoutés les uns aux autres sans être pleinement articulés. **Dans le champ du handicap, la décentralisation a conduit à une forte territorialisation des responsabilités**, censée rapprocher la décision de la personne accompagnée, mais qui a également généré des inégalités d'accès et une grande hétérogénéité des pratiques. **Dans le champ de la santé mentale, la sectorisation, conçue comme un outil d'intégration entre le soin et le social**, se heurte à la pénurie de professionnels de santé et à la désarticulation croissante entre l'hôpital, la médecine de ville et le secteur médico-social.

Pour l'usager, cette organisation éclatée se traduit par un manque de lisibilité et des ruptures de parcours fréquentes. Pour les pouvoirs publics, elle rend difficile la construction d'une stratégie d'ensemble : les financements sont ventilés entre plusieurs programmes budgétaires, les données restent dispersées et les initiatives locales ne sont que rarement consolidées à l'échelle nationale. Les auditions ont confirmé que la continuité de l'accompagnement repose trop souvent sur des initiatives individuelles ou partenariales, plutôt que sur des procédures institutionnelles stabilisées.

A. UNE PRISE EN CHARGE DU HANDICAP COMPLEXE ET PÉNALISANTE

Dans le champ du handicap, cette fragmentation institutionnelle prend une forme particulièrement visible. L'organisation actuelle résulte d'un compromis entre décentralisation, approche médico-sociale et coordination interministérielle, sans instance unique de pilotage. La création des maisons départementales des personnes handicapées (MDPH) en 2005 visait à simplifier les démarches et à rapprocher les décisions des usagers. Les MDPH sont en effet des groupements d'intérêt public (GIP) qui permettent de réunir le conseil départemental, l'État, les organismes de protection sociale et les associations représentatives des personnes en situation de handicap et de leur famille.

Vingt ans plus tard, si le réseau des MDPH constitue un point d'entrée indispensable pour l'accès aux droits, il illustre aussi les limites du modèle : diversité des pratiques départementales, délais d'instruction variables, rigidité administrative, multiplicité d'interlocuteurs et difficultés persistantes à assurer la continuité entre les sphères de l'éducation, de la santé et de l'emploi.

1. Un accès aux droits freiné par la complexité des démarches

La complexité des parcours dans le champ du handicap découle d'abord de la diversité des approches qui coexistent au sein même du droit. Lors de son audition, M. Pierre-Yves Baudot, professeur de sciences politiques à l'université Paris-I Panthéon-Sorbonne, a rappelé que le handicap n'est pas une catégorie homogène, la loi de 2005 ayant tenté de concilier des logiques médicales, sociales, éducatives et professionnelles, qui continuent de structurer les politiques publiques

selon des cadres distincts⁽¹⁾. **Cette pluralité de définitions, loin d'être purement théorique, se traduit par une multiplicité d'acteurs, de procédures et de modes d'évaluation qui rendent le système difficile à comprendre pour les personnes concernées.**

a. Des définitions légales divergentes

La complexité des parcours dans le champ du handicap s'enracine d'abord dans la pluralité et l'incohérence des définitions légales qui coexistent en France. Comme exposé dans la première partie du présent rapport, la loi du 11 février 2005 a apporté une avancée majeure en adoptant une définition moderne et inclusive du handicap (voir *supra*). Cette définition, basée sur les limitations rencontrées par la personne dans son environnement, plutôt que sur la seule description de ses déficiences physiques ou mentales, marque une rupture significative avec les approches antérieures en soulignant que le handicap n'est pas uniquement une déficience individuelle, mais résulte aussi d'obstacles sociaux et environnementaux.

Cependant, cette évolution n'a pas supprimé les héritages normatifs antérieurs, générant ainsi un certain « brouillard » conceptuel.

Un autre référentiel reste en effet largement en vigueur : le guide barème de 1993, qui structure notamment l'évaluation des incapacités. Ce guide, fondé essentiellement sur une évaluation additive des déficiences physiques, se fonde sur une logique médico-administrative ancienne et n'intègre que partiellement les réalités sociales ou environnementales du handicap.

Mme Delhia Aknine, avocate à la Cour, a d'ailleurs estimé qu'une réforme de ce guide-barème s'imposait : « Dans cette perspective, le guide barème devrait être réformé en associant les ergothérapeutes qui sont les professionnels qualifiés pour réaliser des évaluations écologiques, en intervenant directement au domicile des personnes concernées pour évaluer leurs capacités à l'aide de tests spécifiques et proposer ensuite des solutions techniques adaptées. Il serait donc pertinent de les impliquer dans l'élaboration d'un nouveau guide qui intégrerait la vision de la classification internationale des handicaps (CIH), c'est-à-dire cette approche systémique du handicap. »⁽²⁾

Cette coexistence de définitions, l'une centrée sur la déficience, l'autre sur l'interaction avec l'environnement, engendre une forte complexité pour les acteurs comme pour les usagers. Par exemple, la prestation de compensation du handicap (PCH), créée par la loi de 2005 et fondée sur la reconnaissance du handicap dans sa globalité, voit parfois son accès conditionné à des critères hérités du guide barème de 1993. Ce paradoxe contribue à rendre le système difficile à comprendre et à utiliser pour les personnes concernées.

(1) *Audition de M. Pierre-Yves Baudot, 3 septembre 2025.*

(2) *Audition de Mme Delhia Aknine, 23 octobre 2025.*

M. Baudot a qualifié cette situation de « *brouillard* », cause majeure d’incohérences et de dysfonctionnements, l’adoption de définitions divergentes par les ministères et administrations concernés nourrissant un cloisonnement et une fragmentation des dispositifs. Pour les usagers, cela se traduit par une expérience de parcours complexe, où la multiplicité des interlocuteurs, procédures et critères rend difficile l’accès aux droits et à une prise en charge cohérente.

Ce « *brouillard* » se manifeste par des obstacles pratiques : des droits attribués selon des règles hétérogènes, des délais d’instruction allongés, des recours fréquents, des ruptures de parcours, et une insatisfaction générale des personnes en situation de handicap et de leurs familles. **L’absence d’harmonisation ralentit aussi la coordination entre services sanitaires, sociaux et médico-sociaux**, compliquant la mise en œuvre de projets de vie et fragilisant la continuité des accompagnements.

M. Baudot a par ailleurs rappelé que la France n’a pas pleinement transposé les recommandations de la Convention internationale relative aux droits des personnes handicapées (CIDPH), ratifiée en 2010, qui préconise une approche centrée sur la personne, fondée sur le respect de ses droits, de son autonomie et de sa participation pleine et entière à la société. Face à ces constats, M. Baudot appelle à une clarification juridique et normative urgente.

b. Une multiplicité de démarches et d’interlocuteurs

Les personnes en situation de handicap doivent souvent mobiliser simultanément plusieurs institutions et administrations pour obtenir la reconnaissance de leurs droits et bénéficier d’un accompagnement adapté, cette nécessité résultant directement de la diversité des prestations auxquelles elles peuvent prétendre, chacune relevant de dispositifs distincts, ayant leurs propres critères.

Au premier plan, la **maison départementale des personnes handicapées (MDPH) joue un rôle central**. Elle est chargée d’instruire les demandes d’attribution des droits liés au handicap : reconnaissance de la qualité de travailleur handicapé (RQTH), allocation aux adultes handicapés (AAH), prestation de compensation du handicap (PCH), orientation scolaire ou professionnelle, etc. La MDPH évalue la situation à partir d’un dossier médical et administratif, organise l’évaluation pluridisciplinaire, puis propose des décisions à la commission des droits et de l’autonomie des personnes handicapées (CDAPH) qui tranche.

Toutefois, le parcours ne s’arrête pas là. Une fois la décision prise, la personne doit souvent s’adresser à d’autres acteurs pour la mise en œuvre concrète de ses droits. Par exemple :

– **la caisse d’allocations familiales (CAF)** intervient pour le versement de prestations financières comme l’AAH ou l’allocation d’éducation de l’enfant handicapé (AEEH) ;

– **Pôle emploi** est essentiel pour les personnes en âge de travailler, notamment pour bénéficier d'un accompagnement à l'emploi, accéder à des dispositifs spécifiques comme la RQTH, ou recevoir des aides à l'insertion professionnelle ;

– **l'éducation nationale** est compétente pour accompagner les enfants et jeunes dans leur parcours scolaire, à travers l'affectation des accompagnants d'élèves en situation de handicap (AESH), les aménagements pédagogiques, ou la scolarisation en établissements spécialisés ;

– **les conseils départementaux**, quant à eux, gèrent souvent les services sociaux et médico-sociaux, tels que les structures d'accueil, établissements et services d'aide par le travail (ESAT), ou les aides à domicile ;

– **les agences régionales de santé (ARS)** assurent la coordination sanitaire territoriale, avec impact sur la qualité et la disponibilité des soins et accompagnements.

Cette pluralité d'interlocuteurs oblige la personne à naviguer entre différents services, formuler plusieurs demandes et fournir de multiples pièces justificatives, chaque organisme appliquant ses propres formats, délais, critères et procédures, ce qui alourdit considérablement les démarches.

Le cloisonnement des systèmes d'information précédemment mentionné complique encore les échanges entre administrations et ralentit la transmission automatique des données. Par exemple, une décision prise par la CDAPH doit être communiquée à la CAF pour le versement d'une aide, à Pôle emploi pour l'accompagnement professionnel, ou au conseil départemental pour l'accès à un établissement, sans qu'il y ait de système permettant d'automatiser ce partage.

Le témoignage de Mme Sophie Camalon, directrice des ressources humaines France du groupe Legrand, est à cet égard édifiant : « *L'une de nos infirmières a entrepris de monter un dossier de reconnaissance de la lourdeur du handicap pour l'un de nos salariés qui travaillait en usine, pour qui nous avions tout tenté en matière d'accompagnement. Cela lui a pris de nombreux mois avant d'aller au bout. J'ai d'ailleurs appris que c'était la troisième fois que l'entreprise se lançait dans une telle démarche et que nous avions abandonné les deux premières en raison des difficultés, du temps que cela nécessitait et du nombre d'échanges avec Cap emploi.* »⁽¹⁾

c. Des délais importants qui favorisent le non-recours

Les auditions ont également mis en évidence la persistance de délais importants dans l'instruction des demandes, malgré les progrès enregistrés depuis la création des MDPH. La CNSA constate que la durée moyenne

(1) *Audition de Mme Sophie Camalon, 8 octobre 2025.*

d'instruction reste supérieure à trois mois dans de nombreux départements et que les écarts demeurent notables : « *les calendriers de transmission diffèrent selon les territoires et certains départements ne remontent qu'une partie des informations disponibles* »⁽¹⁾. Ces retards et la complexité des formulaires conduisent certaines personnes à renoncer à déposer un dossier ou à ne pas renouveler leurs droits à temps.

Le rapport de l'Igas « *Accueillir, évaluer, décider : Comment les maisons départementales des personnes handicapées traitent les demandes des usagers ?* » souligne par ailleurs une difficulté fréquente⁽²⁾. La loi prévoit un délai réglementaire de quatre mois entre la complétude du dossier et la décision de la CDAPH, délai au-delà duquel le silence vaut décision de rejet implicite. **En pratique, le dépassement de ce délai est cependant fréquent.** Lorsque le temps a manqué à la MDPH, le dossier n'est pas systématiquement déclaré irrecevable, mais le rejet implicite crée une situation d'insécurité juridique pour la personne, qui peut alors être amenée à engager un recours administratif préalable obligatoire, voire contentieux, pour faire valoir ses droits. Cette charge supplémentaire vient s'ajouter à la complexité et à la lourdeur des procédures déjà dénoncées. Cette règle, en protégeant l'usager contre une absence de décision prolongée, peut donc contribuer indirectement à la multiplication de rejets implicites liés à des retards dans l'instruction, lesquels sont mécaniquement contestables, renforçant les recours et donc la charge administrative.

Un renforcement des moyens des MDPH, une simplification des procédures et la mise en place d'un interlocuteur unique apparaissent nécessaires non seulement pour mettre fin à de telles situations, mais aussi, plus généralement, pour garantir aux usagers davantage de transparence ainsi qu'une meilleure information sur l'état d'avancement de leur dossier et sur les démarches à suivre en cas de retard.

d. Une lisibilité insuffisante des parcours scolaires et professionnels

La complexité des parcours des personnes en situation de handicap s'étend aux transitions cruciales que sont la scolarisation et l'accès à l'emploi. Les familles, souvent en première ligne, doivent gérer sans interlocuteur unique le suivi de la scolarisation de leur enfant et la mise en place des aides nécessaires, notamment l'accompagnement par les AESH.

Or, le suivi des AESH demeure très lacunaire. Si les autorités connaissent le nombre d'élèves bénéficiaires de l'accompagnement notifié par la MDPH, elles ne disposent pas de données précises sur le nombre d'enfants effectivement accompagnés ni sur le volume horaire réellement assuré. Comme indiqué au II de la première partie du présent rapport, cette absence de suivi empêche d'évaluer

(1) *Audition de M. Maëlig Le Bayon, le 9 septembre 2025.*

(2) *Inspection générale des affaires sociales (Igas), Accueillir, évaluer, décider : Comment les maisons départementales des personnes handicapées traitent les demandes des usagers ?, rapport n° 2023-098R, juin 2024.*

précisément la couverture réelle des besoins, ce qui crée une opacité préjudiciable à l'ajustement des ressources, **tout en nourrissant un sentiment d'injustice, la situation variant fortement d'un territoire à l'autre, selon l'organisation locale et les moyens déployés.**

Cette difficulté s'ajoute à l'insuffisance des passerelles entre les différents temps de vie : école, enseignement supérieur, formation professionnelle et insertion dans l'emploi. **La coordination entre les différents acteurs concernés (MDPH en charge de la reconnaissance du handicap, éducation nationale et enseignement supérieur pour les aménagements de scolarité, Cap emploi et Agefiph pour l'accompagnement vers l'emploi, Pôle emploi dans son rôle d'aide à l'accès au travail) repose essentiellement sur des initiatives locales, souvent informelles.**

Ainsi, les dispositifs d'orientation à la sortie des établissements scolaires ou de formation sont inégaux et insuffisamment formalisés. L'accompagnement vers l'emploi ordinaire dépend largement de la capacité des acteurs territoriaux à coopérer, laquelle peut varier. **La mise en place d'un référent unique ou d'une coordination renforcée au niveau local pourrait améliorer significativement l'expérience des familles et la continuité des accompagnements**, notamment lors des transitions scolaires et vers l'emploi.

e. L'accompagnement par les AESH dans le second degré, exemple de dispositif ambitieux mais inabouti

L'accompagnement par un AESH constitue aujourd'hui l'un des leviers essentiels de l'inclusion scolaire. Les auditions et les données transmises à la commission ont toutefois montré que ce dispositif illustre de manière particulièrement nette les difficultés structurelles d'accès, de lisibilité et d'effectivité du droit pour les usagers. Cet exemple, centré sur le second degré, met en évidence les écarts persistants entre les notifications délivrées par les maisons départementales des personnes handicapées (MDPH), les besoins réels des élèves, et la capacité des services académiques à mettre en œuvre effectivement l'aide humaine prescrite.

Au vu des informations reçues du ministère de l'éducation nationale (réponses écrites de la Dgesco au questionnaire du rapporteur, et réponse écrite du ministre au courrier complémentaire du rapporteur, annexée au présent rapport), la commission a d'abord pu constater le faible degré de coordination entre éducation nationale et MDPH, les services statistiques du ministère ne disposant pas, pour chaque rentrée, d'une ventilation précise des affectations des AESH par niveau scolaire (collège, lycée) ni d'une répartition consolidée entre accompagnements individualisés et mutualisés dans le second degré ; les MDPH, de leur côté, doivent évaluer les besoins sans disposer d'une connaissance actualisée des conditions concrètes de scolarisation des élèves concernés ni des ressources humaines disponibles, ce qui limite la précision des notifications.

Cette mise en œuvre incomplète des notifications, qui creuse encore l'écart entre le droit ouvert et l'accompagnement effectif, s'explique pour une large part par une croissance du nombre d'élèves notifiés supérieure à la capacité annuelle de recrutement d'AESH, évolution soulignée par Mme Éliane Chemla⁽¹⁾, ancienne membre du Comité européen des droits sociaux, qui a indiqué que les AESH sont « *en nombre insuffisant, ont un statut précaire et sont insuffisamment formées* », phénomène relevé au cours de plusieurs autres auditions, notamment celle de Mme Sylvie Clerc-Cuvelier⁽²⁾, vice-présidente du conseil départemental du Nord, chargée du handicap, qui a souligné le « *manque de reconnaissance* » dont bénéficie le secteur des « *métiers du cœur* », ainsi que l'insuffisance des rémunérations. À cette difficulté de recrutement s'ajoute une formation souvent tardive, comme l'a rappelé Mme Sophie Cluzel, ancienne secrétaire d'État chargée des personnes handicapées, qui a observé que leur formation est souvent dispensée « *plusieurs mois après leur prise de poste* », une situation « *particulièrement violente pour les AESH* »⁽³⁾.

Cette situation dénote une anticipation insuffisante des besoins.

Si des pistes d'améliorations ont pu être évoquées, comme la mise en place de contrats de 35 heures suggérée par Mme Sophie Cluzel, incluant les temps périscolaires (cantine, centre de loisirs) afin d'assurer une meilleure continuité pour l'enfant et un salaire plus élevé pour l'accompagnant, on peut observer que **le surcoût qu'entraînerait une mise à niveau du dispositif des AESH doit être mis en balance avec les coûts qu'il permettrait d'éviter**, notamment ceux résultant de la charge pour les familles consécutive à cette insuffisance, qui conduit dans une majorité des cas la mère à interrompre son activité professionnelle.

Doivent aussi être pris en considération les coûts attachés aux contentieux juridiques consécutifs à la pénurie d'AESH, dont Mme Delhia Aknine, avocate, a indiqué qu'ils n'étaient pas rares : « *La non-effectivité concerne également l'accès à la scolarité, particulièrement le droit à bénéficier d'un accompagnant d'élèves en situation de handicap (AESH) individuel pour les enfants porteurs de TSA ou de TDAH. Cette situation m'amène régulièrement à saisir le tribunal administratif pour obtenir, par la voie du référé et du contentieux au fond, l'attribution d'un AESH individuel. Je constate également d'importantes difficultés dans l'exécution des décisions de justice. Même après avoir obtenu une ordonnance de référé-suspension enjoignant au rectorat de recruter un AESH pour un enfant en situation de handicap, un nouveau combat commence pour rendre cette décision effective.* »⁽⁴⁾

⁽¹⁾ *Audition de Mme Eliane Chemla, 15 octobre 2025.*

⁽²⁾ *Audition de Mme Sylvie Clerc-Cuvelier, 16 septembre 2025.*

⁽³⁾ *Audition de Mme Sophie Cluzel, 7 octobre 2025.*

⁽⁴⁾ *Audition de Mme Delhia Aknine, 23 octobre 2025.*

L'inclusion scolaire dans le système scolaire belge francophone : une approche pragmatique

La présidente et le rapporteur de la commission d'enquête se sont rendus à Bruxelles le 5 novembre 2025 afin d'étudier l'inclusion scolaire dans l'enseignement scolaire belge francophone.

Ils ont été reçus par l'administrateur général de l'enseignement obligatoire de la Fédération Wallonie Bruxelles, M. Fabrice Aerts-Bancken, et son équipe. Ils ont également visité un centre psycho-médico-social (CPMS) de l'enseignement libre.

Le système scolaire belge francophone distingue le pouvoir régulateur qui relève de l'administration générale de l'enseignement obligatoire, et les opérateurs : Wallonie Bruxelles Enseignement (WBE), qui gère les écoles publiques, les opérateurs de l'enseignement public local (provinces, communes) et les opérateurs de l'enseignement libre (confessionnel et non confessionnel).

Les **centres psycho-médico-sociaux (CPMS)** sont des services publics gratuits qui accompagnent les élèves, les parents et les écoles dans le bien-être, l'orientation scolaire et la santé des élèves. Leurs missions portent sur la progression de chacun, « l'accrochage scolaire », la lutte contre le harcèlement scolaire, l'inclusion et l'orientation. Ils ont une mission de repérage des difficultés spécifiques rencontrées par les élèves en vue de promouvoir la remédiation précoce. À un CPMS sont généralement rattachées une dizaine d'écoles (plus ou moins selon la densité des territoires couverts).

Les CPMS reposent sur des équipes pluridisciplinaires. Ils réunissent des psychologues, des assistants sociaux, des orthophonistes, d'autres professions paramédicales, des infirmiers scolaires et un médecin. Toutes leurs interventions sont soumises au secret professionnel. Ils peuvent être contactés par les élèves ou les parents.

Les CPMS se déplacent dans les écoles, qui doivent leur mettre un local à disposition. Un psychologue de CPMS qui repère un élève en souffrance peut l'orienter vers un psychologue de première ligne et le faire bénéficier de 10 séances gratuites (prises en charge par l'assurance maladie).

Le CPMS ne pose pas de diagnostic. En revanche, il peut fournir une attestation de besoins spécifiques ouvrant droit à des aménagements. Les CPMS ont mis au point des fiches-outils à destination des enseignants sur les aménagements raisonnables par type de besoin (handicap moteur, malvoyance, surdité, différents troubles dys, déficience mentale légère, modérée, sévère, différents troubles du spectre autistique, troubles du comportement, troubles de l'attention, bégaiement...).

La notion d'aménagements raisonnables

Tout élève de l'enseignement ordinaire, fondamental et secondaire, qui présente des besoins spécifiques est en droit de bénéficier d'aménagements raisonnables matériels, organisationnels ou pédagogiques appropriés pourvu que sa situation ne rende pas indispensable une prise en charge par l'enseignement spécialisé. Il s'agit d'aider les élèves ayant un trouble ou un handicap à surmonter les obstacles et à réussir à l'école, sans demander trop d'efforts supplémentaires à l'école pour le faire.

La direction de l'école évalue, sur propositions des parents, des pôles territoriaux et des professionnels paramédicaux qui suivent l'élève le caractère raisonnable des aménagements selon différents critères spécifiques comme le coût, l'impact sur l'organisation, la fréquence et la durée prévue, l'impact sur l'élève ou sur les autres élèves, l'absence ou non d'alternatives.

Les aménagements peuvent être des aménagements de l'enseignement, des modes d'évaluation, des supports, du matériel ergonomique ou informatique etc. Il peut également y avoir une aide humaine : une orthophoniste, un enseignant spécialisé, mais il n'existe pas une catégorie générale telle que les AESH en France. L'aide humaine est beaucoup moins fréquente qu'en France.

Quand les aménagements raisonnables ne sont pas suffisants, l'élève est orienté vers l'enseignement spécialisé.

Au sein de l'administration générale de l'enseignement obligatoire, une cellule aménagements raisonnables est en lien direct avec les familles. Il y a eu environ 21 600 aménagements sur 834 000 élèves en 2023-2024 dans les écoles qui dépendent de WBE. Il y a peu de données statistiques sur les enfants bénéficiant d'aménagements, les temps de scolarisation etc.

Il n'existe pas d'instance administrative comparable aux MDPH. **Il suffit d'un diagnostic ou d'une demande du CPMS pour demander un aménagement raisonnable à l'école.** La demande est faite au directeur. Le diagnostic peut être établi par un médecin ou un professionnel paramédical (6 professions, chacune dans son champ de compétence). L'école a l'obligation d'organiser une réunion entre les parents, les enseignants, la direction et éventuellement le CPMS et le pôle territorial ainsi qu'éventuellement le professionnel qui a fait le diagnostic. Un **protocole** est édicté, valable jusqu'aux 18 ans de l'enfant (même s'il peut être réévalué).

Les CPMS ont développé des outils pour repérer l'autisme et orienter vers un bilan pluridisciplinaire. Cependant, en Belgique le diagnostic d'autisme ne peut être posé avant l'âge de 7 ans. Cela n'empêche pas d'accompagner et de rééduquer. Le médecin peut orienter vers un établissement spécialisé avant 7 ans. S'il n'y a pas de place dans un lieu adapté, l'école est obligée de garder l'enfant.

Depuis l'adoption de l'avis n° 3 du Groupe central en mars 2017, feuille de route de la réforme de l'enseignement scolaire de la fédération Wallonie-Bruxelles, les écoles sont dans l'obligation de mettre en place des aménagements raisonnables. Une **cellule de conciliation** au sein de l'administration générale de l'enseignement peut être saisie en cas de désaccord entre les parents et l'école. Dans la quasi-totalité des cas, la médiation aboutit à un accord. Il y a eu un seul recours contentieux au cours de l'année scolaire précédente.

Les pôles territoriaux

Créés dans le cadre de la mise en œuvre de l'avis n° 3 du Groupe central, les pôles territoriaux sont devenus effectifs à la rentrée 2022-2023. Ils sont destinés à favoriser une école plus inclusive en permettant aux élèves à besoins éducatifs spécifiques d'être scolarisés dans l'enseignement ordinaire, tout en bénéficiant d'un accompagnement adapté.

Les moyens des pôles territoriaux sont répartis entre toutes les écoles indépendamment du nombre d'élèves en situation de handicap, afin de mutualiser les aides. Ils jouent un rôle d'interface entre l'école et les familles, interviennent dans les aménagements raisonnables et l'orientation vers l'enseignement spécialisé et aident au processus d'intégration permanente (processus permettant aux élèves de l'enseignement spécialisé de réintégrer l'enseignement ordinaire en bénéficiant d'un accompagnement).

Chaque pôle gère son budget et recrute le type de professionnels qu'il souhaite.

Le rapporteur estime que l'exemple belge est inspirant sur deux points en particulier : la présence des CPMS dans les écoles, qui facilite le repérage et l'accès aux droits et aux professionnels pour les familles, et le déploiement rapide des aménagements raisonnables à l'école.

En complément des dispositifs existants, la France devrait s'inspirer de ces modules de prises en charge qui permettent une gradation beaucoup plus fine des aménagements et une mise en œuvre plus fluide que dans notre pays.

f. Des inégalités territoriales en matière d'accès aux droits

Les inégalités d'accès aux droits et à l'accompagnement en situation de handicap se traduisent par des écarts considérables entre départements, tant en matière de délais d'instruction que de qualité des services proposés. Le rapport de la Cour des comptes intitulé « *L'accompagnement des personnes en situation de handicap vieillissantes* » met ainsi en lumière la grande variabilité des pratiques des MDPH selon les territoires. Il relève notamment que les moyens humains, les délais d'instruction et les conditions d'accueil sont très hétérogènes d'un département à l'autre, ce qui nuit gravement à l'égalité de traitement des usagers. Cette disparité se traduit concrètement par des délais très variables, avec des situations où l'attente dépasse largement les délais réglementaires, et par une intensité d'accompagnement inégale selon les ressources et l'organisation locale⁽¹⁾.

Mme Elvire Cassan, journaliste, a indiqué à la commission qu'« *Il existe de fortes inégalités entre les départements concernant l'accès aux droits via les MDPH, notamment pour les enfants atteints de troubles « dys ». Chaque MDPH applique ses propres règles, sa propre doctrine : les droits reconnus pour un enfant peuvent varier selon que l'on habite à Paris ou à Bordeaux* »⁽²⁾.

Par ailleurs, l'inspection générale des affaires sociales (Igas) souligne que l'introduction des démarches numériques, qui avaient pour objectif de simplifier et fluidifier les procédures, ne compense pas toujours les difficultés rencontrées, notamment par les personnes âgées ou les ménages en situation de précarité. Ces publics peuvent se heurter à des freins liés à la fracture numérique ou à la complexité même des formulaires dématérialisés. Si certaines MDPH ont pris l'initiative de créer des permanences physiques d'accueil ou des guichets de proximité destinés à pallier ces difficultés, ces dispositifs restent encore ponctuels et très variables selon les moyens locaux⁽³⁾.

En définitive, l'accès aux droits et la lisibilité des démarches demeurent limités, malgré les progrès réalisés depuis la création des maisons départementales des personnes handicapées. Le modèle, fondé sur la proximité

(1) Cour des comptes, « *L'accompagnement des personnes en situation de handicap vieillissantes* », Rapport public thématique, septembre 2023.

(2) Audition de Mme Elvire Cassan, 22 octobre 2025.

(3) Inspection générale des affaires sociales (Igas), Rapport « *Accueillir, évaluer, décider* », 2024

et la simplification, a permis d'unifier les circuits d'instruction mais n'a pas réussi à garantir une égalité de traitement sur le territoire.

2. Une gouvernance dispersée qui complexifie le pilotage

L'organisation institutionnelle complexe de la politique du handicap résulte autant de la diversité des approches du handicap que de l'histoire administrative des dispositifs. Comme cela a été rappelé plus haut, le handicap n'est pas une catégorie homogène, la loi de 2005 ayant cherché à concilier des logiques médicales, sociales, éducatives et professionnelles qui continuent de structurer les politiques publiques selon des cadres distincts. **Ce pluralisme, au fondement de la loi, se retrouve dans la gouvernance** : chaque institution agit selon sa propre logique – sociale pour les départements, sanitaire pour les ARS, budgétaire pour l'État, assurantielle pour la branche Autonomie de la sécurité sociale – sans qu'une instance unique ne garantisse la cohérence d'ensemble.

a. Une gouvernance éclatée entre État, départements et agences régionales de santé

Les maisons départementales des personnes handicapées (MDPH) sont au cœur de l'organisation des politiques du handicap en France.

Cependant, la gouvernance des MDPH est complexe du fait de la pluralité des financeurs et acteurs. En effet, au-delà des départements, l'État, à travers la direction générale de la cohésion sociale (DGCS), et la CNSA financent aussi ces structures. La CNSA intervient en tant qu'opérateur national, apportant un appui méthodologique, favorisant la professionnalisation des équipes et centralisant les données statistiques, sans toutefois exercer un pouvoir hiérarchique sur les MDPH ou sur les agences régionales de santé (ARS).

Mme Anne Morvan-Paris, directrice générale du GIP France Enfance protégée, a ainsi décrit le système de financement comme un « véritable *imbroglio qui existe en matière de compétences et de financements, qui est tel que je ne suis pas en mesure de l'expliquer rationnellement* »⁽¹⁾, notant à titre d'exemple que le transport scolaire est à la charge des régions, sauf celui des enfants handicapés qui revient aux départements.

Les ARS, quant à elles, ont la responsabilité d'autoriser, d'organiser et de financer les établissements et services médico-sociaux (ESMS) dans leur région, assurant la planification des réponses adaptées aux besoins territoriaux. **Cette dissociation fonctionnelle entre la gestion des droits individuels par les départements et l'organisation des structures de prise en charge par les ARS introduit un éclatement des responsabilités, amplifiant la difficulté à coordonner efficacement l'ensemble du dispositif.**

(1) *Audition de Mme Anne Morvan-Paris, 9 septembre 2025.*

Cette superposition des différents niveaux décisionnels s'accompagne d'une absence de cadre national contraignant suffisamment fort pour harmoniser les priorités.

Illustrant ce fait, le rapport de la Cour des comptes de 2023 sur *L'accompagnement des personnes en situation de handicap vieillissantes* souligne que le comité interministériel du handicap (CIH), censé assurer la cohérence gouvernementale, se limite le plus souvent à la validation d'orientations générales sans mise en œuvre ni suivi opérationnel rigoureux⁽¹⁾. **Cette faible portée du pilotage interministériel se traduit par un empilement de plans successifs sans lisibilité ni force de décision**, ce qui contribue aux disparités territoriales rencontrées par les publics vulnérables.

Cette fragmentation de la gouvernance a pu être observée directement à l'occasion des visites de terrain de membres de la commission. Ainsi, au Centre psychothérapeutique de l'Orne, visité par Mme Chantal Jourdan, députée de l'Orne, les équipes ont fait état de difficultés à organiser certaines sorties d'hospitalisation faute de solutions médico-sociales disponibles, illustrant l'absence d'un pilotage territorial intégré. Dans les Hautes-Pyrénées, les structures visitées par M. Denis Fégné, député des Hautes-Pyrénées, décrivent un cloisonnement persistant entre psychiatrie et médico-social, aggravé par la rareté des relais en pédopsychiatrie.

Face à ce constat, **une évolution profonde est nécessaire afin de d'établir des mécanismes institutionnels de coordination plus contraignants et de renforcer la gouvernance nationale** pour garantir un pilotage plus efficace des parcours des personnes en situation de handicap.

b. Une répartition confuse des responsabilités

La complexité de la gouvernance du handicap ne réside pas uniquement dans la multiplicité des acteurs, mais aussi dans la répartition diffuse des responsabilités. La CNSA, avec son rôle d'opérateur national, intervient principalement sur un plan fonctionnel en soutenant méthodologiquement les MDPH, en professionnalisant les équipes et en consolidant la donnée statistique, mais elle ne dispose pas d'un pouvoir hiérarchique effectif sur les MDPH ni sur les ARS.

Cette absence de hiérarchie claire se traduit par une grande variabilité des pratiques et des organisations départementales, chacune s'adaptant selon ses ressources et priorités propres. Une telle diversité tire parti de la souplesse locale mais nuit à la cohérence nationale, compliquant l'évaluation globale de la politique du handicap. Les acteurs locaux, qu'il s'agisse d'associations, d'établissements ou de collectivités, peinent à s'y retrouver dans ce maillage institutionnel complexe.

(1) Cour des comptes, « *L'accompagnement des personnes en situation de handicap vieillissantes* », Rapport public thématique, septembre 2023.

Les usagers subissent les conséquences de cette complexité. M. Philippe Berranger, responsable plaidoyer de l'association pour l'insertion sociale et professionnelle des personnes handicapées (Ladapt), représentant du collectif Handicaps, a ainsi indiqué que « *Les dispositifs de coordination s'empilent et ne fonctionnent pas. Les disparités territoriales restent énormes. Il en résulte pour les associations, les professionnels et les familles un flou incroyable : on nous parle de Clic, de DAC, de communautés 360, de PAS et autres SPDA – j'ignore parfois moi-même ce que ces sigles signifient. Un dispositif succède à un autre sans que le premier disparaisse quoiqu'il ne fonctionne pas très bien. Tout cela est illisible : avouez que pour des personnes en situation de fragilité, il est bien difficile de s'y retrouver !* »⁽¹⁾

Le rapport de l'Igas « *Accueillir, évaluer, décider* » (2024) met en exergue ce paradoxe : **le modèle de gouvernance partagée des MDPH représente une richesse par sa proximité et sa capacité d'adaptation, mais génère une fragilité majeure en raison de l'absence d'une ligne de responsabilité unique et d'un pilotage clair** ⁽²⁾. Les ARS, responsables des enveloppes liées aux ESMS, élaborent leurs priorités régionales qui ne sont pas toujours coordonnées avec les politiques départementales, renforçant ainsi l'enchevêtrement des responsabilités et complexifiant la gestion cohérente de l'offre médico-sociale.

c. Un pilotage par dispositifs plus que par parcours

Il convient de souligner **l'impact direct de cette situation sur le pilotage des politiques publiques du handicap**. La configuration institutionnelle actuelle rend en effet difficile un pilotage stratégique d'ensemble véritablement centré sur le parcours global des personnes accompagnées et privilégie davantage une gestion segmentée, focalisée sur des dispositifs spécifiques, à l'instar des plans thématiques successifs tels que celui sur l'autisme, le polyhandicap ou les troubles du neurodéveloppement.

Ce pilotage par dispositifs se traduit par une gestion essentiellement budgétaire, centrée sur les moyens mobilisés plutôt que sur les résultats concrets et la continuité des parcours individuels. Un parcours inclut l'ensemble des étapes vécues par une personne handicapée – accueil, évaluation, orientation scolaire, insertion professionnelle, soins, hébergement, accompagnement social et médico-social – et nécessite une coordination fluide entre les acteurs concernés. Le cloisonnement par dispositifs favorise au contraire les ruptures ou les chevauchements dans l'accompagnement. Par exemple, un jeune peut être suivi dans un dispositif d'éducation spécialisée sans que son insertion future en milieu ordinaire ne soit anticipée ou coordonnée avec le service emploi, ce qui fragilise la continuité des parcours.

(1) *Audition de M. Philippe Berranger, 24 septembre 2025.*

(2) *Inspection générale des affaires sociales (Igas), Rapport « Accueillir, évaluer, décider », 2024.*

Le rapport de l'Igas « *Handicap : comment transformer l'offre sociale et médico-sociale pour mieux répondre aux attentes des personnes ?* »⁽¹⁾ souligne que la succession de plans thématiques illustre un pilotage fragmenté par objectifs partiels, dépourvu de mécanismes consolidés d'évaluation des résultats. **Cette absence d'une évaluation intégrée et transverse fait obstacle à la mesure effective des coûts évités** – c'est-à-dire la quantification des économies potentielles générées par un accompagnement continu et efficace qui prévient les hospitalisations, les placements inadaptés ou les ruptures sociales.

Les dispositifs nationaux d'animation, comme le comité interministériel du handicap (CIH), la délégation interministérielle à la stratégie autisme, ainsi que divers conseils nationaux, jouent un rôle décisif dans l'impulsion politique et la coordination stratégique, mais leur fonction demeure largement consultative et normative. Ils n'exercent pas de réel pouvoir exécutif ni de contrôle opérationnel sur la mise en œuvre locale des politiques. Leur action, principalement centrée sur la définition d'orientations générales, ne suffit pas à permettre un véritable pilotage centré sur la personne et son parcours de vie.

d. Vers un pilotage national encore en construction

Plusieurs réformes récentes ont cherché à renforcer et clarifier la gouvernance du champ du handicap. Parmi elles, la création en 2021 de la branche Autonomie au sein de la sécurité sociale et la transformation de la CNSA en caisse nationale de plein exercice ont renforcé la visibilité et la transparence du financement des politiques. Cette réforme a permis de regrouper, sous une même « branche », les prestations liées à l'autonomie, facilitant la cohérence budgétaire et la lisibilité des dépenses.

Cependant, **malgré cette avancée, le pilotage opérationnel de la gouvernance reste encore fragile et morcelé**. Comme l'a explicité M. Maëlig Le Bayon, directeur général de la CNSA, lors de son audition le 9 septembre 2025 : « *La transformation en caisse de sécurité sociale nous a permis de conforter la mission de la CNSA, notamment en animant un réseau territorial et en travaillant en lien direct avec les départements. Les financements ont beaucoup augmenté depuis la création de la caisse. Toutefois, la CNSA reste dans une situation atypique, car elle n'a pas le pouvoir de prescrire des obligations de service public aux départements ni de contrôler finement leur organisation locale. Le partage des compétences avec les agences régionales de santé conduit parfois à des blocages.* »⁽²⁾

De son côté, Mme Claire Hédon, Défenseure des droits, a souligné que « *la création de la cinquième branche de la sécurité sociale dédiée au soutien de l'autonomie est une avancée notable vers un décloisonnement des politiques*

(1) *Inspection générale des affaires sociales (Igas), Handicap : comment transformer l'offre sociale et médico-sociale pour mieux répondre aux attentes des personnes ?, rapport n° 2024-017R, janvier 2025.*

(2) *Audition de M. Maëlig Le Bayon, 9 septembre 2025.*

publiques. Cependant, cette mesure manque encore d'ambition et de moyens pour répondre pleinement aux besoins des publics concernés »⁽¹⁾.

Quant aux initiatives locales visant à renforcer la cohérence, telles que les plateformes de parcours, les dispositifs intégrés, ou les expérimentations « territoires 100 % inclusifs », l'Igas, dans son rapport de 2025 sur l'offre sociale et médico-sociale précité, observe qu'elles restent largement tributaires de la volonté des acteurs locaux, faute d'un cadre national stabilisé imposé, ce qu'ont confirmé plusieurs exemples cités au cours des auditions.

La conséquence en est une difficulté majeure à construire une stratégie nationale lisible et efficace, ainsi qu'à réduire les inégalités territoriales.

En somme, bien que les efforts récents aient posé des jalons importants en matière de financement et d'animation, le pilotage national reste encore à construire.

3. Une action territoriale dispersée qui limite la cohérence des parcours

La loi du 11 février 2005 a profondément marqué la politique du handicap en instaurant un principe fort de territorialisation. Ce choix politique visait à mettre la décision au plus près de l'usager, à adapter les réponses aux réalités et besoins locaux, et à favoriser la coordination entre les acteurs sanitaires, sociaux et médico-sociaux.

La création des maisons départementales des personnes handicapées (MDPH), créée directement par la loi, est l'aspect principal de cette territorialisation. Cependant, outre ces dernières, la loi de 2005 met en place ou facilite la mise en œuvre d'autres dispositifs territoriaux, tels que les schémas départementaux d'organisation de l'offre médico-sociale, qui définissent des orientations stratégiques locales en concertation avec les différents acteurs. La loi de 2005 établit aussi la possibilité pour les préfets, les agences régionales de santé (ARS) et les conseils départementaux d'élaborer des schémas régionaux coordonnant l'offre sanitaire, sociale et médico-sociale à plus grande échelle.

Par ailleurs, la loi encourage la promotion de projets territoriaux spécifiques, parmi lesquels plusieurs plans et programmes locaux sont destinés à promouvoir l'inclusion, l'accessibilité ou la coordination des services, notamment dans le domaine de la santé mentale ou de l'accompagnement à domicile.

Le but sous-jacent de cette territorialisation est double : d'une part, permettre une prise en charge plus réactive et adaptée aux contextes locaux et aux besoins individuels ; d'autre part, favoriser une meilleure égalité d'accès aux droits sur l'ensemble du territoire. Elle traduit une volonté d'individualiser les parcours tout en mobilisant au mieux les ressources locales dans une logique de proximité et d'accompagnement personnalisé.

⁽¹⁾ *Audition de Mme Claire Hédon, 16 septembre 2025.*

Néanmoins, cette organisation territoriale qui vise à répondre à la complexité des situations engendre également des difficultés de coordination.

a. Une offre médico-sociale segmentée et inadaptée aux besoins

La politique du handicap en France reste majoritairement organisée selon une segmentation sectorielle forte, avec des dispositifs cloisonnés par champ d'intervention : scolaire, professionnel, médico-social ou sanitaire. **Cette segmentation se manifeste dès l'étape de la reconnaissance du handicap.** Les maisons départementales des personnes handicapées (MDPH) instruisent ainsi les demandes selon des procédures locales qui peuvent varier, tandis que l'attribution des droits sera ensuite mise en œuvre par des acteurs différents selon la nature des besoins : l'éducation nationale pour la scolarisation, les conseils départementaux pour les aides à domicile et le placement en établissement, l'assurance maladie pour les soins.

Par ailleurs, **la coexistence des dispositifs de droit commun, censés garantir l'accès universel aux services publics, avec des dispositifs spécialisés destinés à répondre à des besoins particuliers, complexifie encore l'offre.** La multiplication des établissements et services médico-sociaux (ESMS), des services d'accompagnement de la vie sociale (SAVS), des services d'accompagnement médico-social pour adultes handicapés (Samsah), des dispositifs d'emploi accompagné ou encore des services d'éducation spéciale et de soins à domicile (Sessad), génère une offre difficilement lisible. **Cette complexité du système est source d'inégalités**, les familles les mieux informées et accompagnées parvenant à mobiliser les bons interlocuteurs, tandis que d'autres se heurtent à des délais et à des refus implicites, creusant les inégalités d'accès. Comme l'a indiqué M. Jean-François Dufresne, président de l'association Vivre et travailler autrement, « *Quand vous êtes une mère de cinq ou six enfants, que vous ne savez pas écrire, que vous devez faire remplir vos dossiers de MDPH et qu'on vous propose enfin une place en FAM (Foyer d'accueil médicalisé) pour votre fils autiste de 20 ans, vous ne dites pas non, et vous n'allez pas voir de quoi il retourne.* »⁽¹⁾ Le même constat a été exprimé par l'association Les Papillons Blancs d'entre Saône et Loire, visitée par Mme Josiane Corneloup, députée de Saône-et-Loire, qui accompagne plus de mille personnes en situation de handicap intellectuel à travers environ 30 établissements qu'elle gère. Les représentants de cette association ont ainsi observé qu'un enfant peut bénéficier d'une prise en charge en journée, d'un hébergement ou d'une solution de répit dans des établissements séparés sans pouvoir bénéficier d'une centralisation des démarches à travers les MDPH qui sont débordées.

L'Igas souligne que **la structuration en catégories étanches entrave la réponse aux situations complexes et évolutives**⁽²⁾. Les établissements spécialisés

(1) *Audition de M. Jean-François Dufresne, 8 octobre 2025.*

(2) *Inspection générale des affaires sociales (Igas), Handicap : comment transformer l'offre sociale et médico-sociale pour mieux répondre aux attentes des personnes ?, rapport n° 2024-017R, janvier 2025.*

sont souvent limités à un champ précis (déficience intellectuelle, troubles moteurs, autisme, polyhandicap), sans possibilité de modulation rapide ni d'adaptation fine aux besoins individuels. Les personnes présentant des troubles multiples ou évolutifs rencontrent ainsi de réelles difficultés à trouver un accompagnement ajusté, dans un système trop centré sur des catégories administratives rigides.

Enfin, **la logique d'allocation budgétaire renforce cette segmentation**, les crédits étant souvent fléchés par dispositif spécifique, avec peu de mutualisation possible entre les actions scolaires, médico-sociales et professionnelles. **Cette organisation budgétaire limite la mise en place de réponses transversales nécessaires**, comme les dispositifs de transition école-emploi ou les accompagnements coordonnés entre domicile et établissement.

b. Des disparités territoriales marquées

Les inégalités territoriales en matière d'offre et d'accès aux services pour les personnes en situation de handicap restent profondément marquées. Les données montrent que la couverture des dispositifs est très inégale selon les territoires. La majorité des établissements et services médico-sociaux (ESMS) sont concentrés dans les zones urbaines à forte densité, laissant de vastes zones rurales, voire certains départements d'outre-mer, fortement sous-dotés. Les territoires ultramarins, en particulier, sont souvent mal équipés, avec un déficit marqué en capacités d'accueil, ce qui limite considérablement leur aptitude à répondre aux besoins locaux. Le taux de places d'accueil pour 1 000 habitants de 20 à 59 ans en situation de handicap est ainsi, en moyenne, de 6,3 dans la métropole, mais chute à moins de 3 dans plusieurs départements ultramarins⁽¹⁾.

L'exemple des troubles du spectre autistique illustre les disparités territoriales persistantes. La couverture territoriale des établissements et services spécialisés demeure ainsi très hétérogène, les zones urbaines concentrant la majorité de l'offre, tandis que les zones rurales et les territoires ultramarins sont marqués par des déficits importants. Cette situation est en partie liée au régime des autorisations locales, anciennes et spécifiques, accordées aux établissements et services médico-sociaux suivant des pratiques territoriales parfois figées, avec des acteurs gestionnaires anciens et souvent associatifs, ce qui limite les possibilités de réallocation et de péréquation entre territoires.

Le rapport de l'Igas « *Handicap : comment transformer l'offre sociale et médico-sociale pour mieux répondre aux attentes des personnes ?* » précise qu'il existe en effet, généralement, une faible réallocation des capacités vers les zones déficitaires, ce qui entraîne un déficit de planification pluriannuelle et une faible péréquation financière et stratégique entre territoires⁽²⁾.

(1) CNSA, « *Les chiffres clés de l'aide à l'autonomie* », édition 2025.

(2) Inspection générale des affaires sociales (Igas), *Handicap : comment transformer l'offre sociale et médico-sociale pour mieux répondre aux attentes des personnes ?*, rapport n° 2024-017R, janvier 2025, 121 p.

Selon la CNSA et la direction de l'évaluation, de la prospective et de la performance du ministère de l'éducation nationale (Depp), la proportion d'élèves en situation de handicap scolarisés en milieu ordinaire varie fortement d'une académie à l'autre, entre 40 % et plus de 70 %, en fonction de l'organisation locale, notamment la capacité de mobilisation des accompagnants (AESH) ou de la coopération avec les collectivités⁽¹⁾. Dans certains départements, un élève sur quatre notifié pour un accompagnement ne bénéficie pas d'une aide effective, ce qui limite la recentralisation de l'inclusion.

Concernant l'emploi, la situation est tout aussi contrastée : dans les territoires les plus fragiles, l'offre d'accompagnement à l'insertion reste embryonnaire, avec peu de dispositifs déployés, alors que d'autres régions ont su structurer des réseaux d'insertion comprenant entreprises adaptées, agences d'intérim et acteurs du médico-social.

Certains départements ou régions disposent d'équipes dédiées qui favorisent la construction de coopérations interinstitutionnelles et la diffusion d'innovations, mais ils restent minoritaires. Dans les territoires ruraux ou ultramarins, la dispersion géographique, le déficit en personnels spécialisés et la faiblesse des réseaux associatifs renforcent les ruptures de parcours et l'isolement des familles.

Si la territorialisation vise à réduire ces écarts en privilégiant la proximité et l'adaptation locale, **une gouvernance nationale renforcée, avec une capacité de pilotage stratégique et financier mieux articulée, semble devoir la compléter pour apporter une réponse plus efficace aux inégalités persistantes.**

c. Des initiatives locales prometteuses mais peu diffusées

Face aux limites structurelles du système et aux inégalités persistantes d'accès à l'offre, **de nombreux territoires ont engagé, depuis une dizaine d'années, des démarches de coordination et d'innovation visant à dépasser les logiques sectorielles traditionnelles et à expérimenter de nouvelles formes de coopération entre acteurs publics, médico-sociaux et associatifs**. Ces initiatives restent toutefois très hétérogènes et insuffisamment capitalisées à l'échelle nationale.

Les premières actions concernaient principalement l'enfance et la jeunesse, avec la mise en place au sein des établissements de santé publics de **plateformes de coordination et d'orientation (PCO)** dédiées aux enfants présentant des troubles du neurodéveloppement, ces dispositifs organisant le parcours diagnostique et les interventions précoce sans attendre le diagnostic formel, en mobilisant un réseau de professionnels libéraux et médico-sociaux. Selon les données de la CNSA, les PCO couvrent désormais quasiment tout le territoire, mais leur densité et leur mode de fonctionnement varient selon les régions. Les acteurs associatifs auditionnés insistent sur le rôle structurant des PCO dans la prévention des ruptures de parcours, à condition que leur financement et la coordination avec les MDPH soient durables.

(1) Depp, « Évolution de la scolarité en milieu ordinaire des élèves en situation de handicap », Note d'information n° 25.63, juin 2025.

Malgré l'objectif louable des PCO de permettre un accès précoce au diagnostic et à la prise en charge financée par l'assurance maladie pour les enfants de moins de 6 ans, une interdiction de cumul avec les prises en charge *via* notification MDPH persiste. **Cette incompatibilité freine leur efficacité et souligne la nécessité d'une meilleure coordination institutionnelle pour éviter aux familles des ruptures inutiles et garantir un accompagnement optimal dès les premiers signes.**

Les services d'accompagnement à la vie sociale (SAVS) et les services d'accompagnement médico-social pour adultes handicapés (Samsah) participent également à cette dynamique de décloisonnement. Comme le rappelle l'étude « *Le financement public des besoins des personnes handicapées* », les Samsah ont une composante sanitaire visant à favoriser le maintien dans les soins en milieu ouvert ; ils accompagnent le bénéficiaire afin de l'aider à sortir de l'isolement par des visites régulières à domicile, de promouvoir son autonomie en milieu ordinaire et de faciliter son accès aux services collectifs. **Pourtant, leurs capacités restent très insuffisantes** ; il manque environ 450 000 places pour répondre aux besoins identifiés⁽¹⁾.

D'autres expérimentations ont lieu concernant l'articulation entre accompagnement social et emploi, à l'image du **dispositif d'emploi accompagné** instauré en 2016. Ce dispositif permet à des travailleurs handicapés d'être suivis par un binôme conseiller emploi - référent médico-social facilitant accès et maintien dans l'emploi ordinaire. Mme Véronique Bustreel, directrice Innovation, évaluation et stratégie à l'Agefiph, a indiqué que ce modèle, largement éprouvé à l'international, « *a montré son efficacité : la moitié des personnes qui travaillent dans ce cadre présentent des troubles psychiques ou des troubles du neurodéveloppement, et doivent pouvoir bénéficier d'un accompagnement modulable, sans que celui-ci devienne une contrainte* »⁽²⁾.

Le rapport de l'Igas sur « *La gouvernance de la politique d'emploi des personnes en situation de handicap* » fait toutefois état de fortes disparités territoriales dans l'intensité du suivi et les moyens consacrés à cet accompagnement, avec des ratios de conseillers allant de 1 pour 176 à 1 pour 915 demandeurs d'emploi handicapés selon les départements, ainsi que des écarts importants dans les modalités d'accompagnement mobilisées⁽³⁾.

L'habitat inclusif constitue un autre champ d'innovation. Ces projets, soutenus depuis 2019 par la CNSA et les conseils départementaux, réinventent la vie collective, articulée autour d'un projet social partagé. L'étude Lisa « *Nous vieillirons ensemble ...* » propose la création d'une aide à la vie partagée (AVP),

(1) *Étude du Laboratoire d'idées santé autonomie (Lisa), « Le financement public des besoins des personnes en situation de handicap », 2020.*

(2) *Audition de Mme Véronique Bustreel, 17 septembre 2025.*

(3) *Inspection générale des affaires sociales (Igas), La gouvernance de la politique d'emploi des personnes en situation de handicap, rapport, février 2025,*

complémentaire des aides au logement existantes⁽¹⁾. Certains départements ont expérimenté l'AVP via des appels à projets conjoints entre ARS et collectivités, favorisant des solutions hybrides entre logement autonome et établissement médico-social, répondant à une forte demande familiale et contribuant à éviter hospitalisations et placements institutionnels.

Des caisses d'allocations familiales ont aussi développé des mesures spécifiques, à l'instar du bonus « inclusion handicap » lancé en 2023 par la Cnaf pour encourager l'accueil des enfants handicapés dans les structures de la petite enfance. M. Nicolas Grivel, directeur général de la Cnaf, a rappelé leur engagement pour une politique d'inclusion favorisant l'accueil dans n'importe quelle crèche plutôt que la multiplication des structures spécialisées. Ce bonus a amélioré la capacité d'accueil et la formation du personnel dans des territoires volontaires, mais demeure à impact inégal en raison de son caractère non contraignant⁽²⁾.

Au-delà de ces dispositifs, plusieurs territoires expérimentent de nouvelles formes de coopération entre acteurs publics, associations et collectivités. Les projets territoriaux de santé mentale (PTSM) et les conférences territoriales de l'autonomie offrent, en certains départements, des espaces élargis de dialogue interinstitutionnel intégrant aussi le champ du handicap. Mme Véronique Bustreel, directrice Innovation, évaluation et stratégie à l'Agefiph, a rappelé que « *les articulations entre les sphères éducative et professionnelle doivent être plus fluides* »⁽³⁾ pour améliorer les trajectoires des jeunes. Certaines régions ont également mis en place des plateformes emploi-handicap réunissant entreprises, organismes de formation et acteurs médico-sociaux, facilitant les transitions formation-emploi-accompagnement social.

La simplification des démarches administratives et l'amélioration de l'accompagnement des personnes en situation de handicap font du reste l'objet de nombreuses préconisations émises lors des auditions menées dans le cadre de cette commission d'enquête. Ces recommandations insistent sur la nécessité de réduire la charge administrative, d'harmoniser les pratiques et de renforcer l'accompagnement personnalisé, notamment pour les primo-demandeurs, sans que la mise en œuvre effective d'expérimentations ou de dispositifs concrets soit encore généralisée.

Malgré cette diversité, ces initiatives restent majoritairement ponctuelles et dépendantes de financements exceptionnels. Les appels à projets, principaux outils de lancement, ne garantissent ni la pérennité ni la généralisation des structures. Sans un suivi consolidé, comme le reconnaît la CNSA, il est difficile d'évaluer leur impact et de généraliser les pratiques les plus efficaces. Le recensement entrepris par le comité interministériel du handicap (CIH) depuis 2023 demeure embryonnaire, et la diffusion des bonnes pratiques dépend souvent des réseaux associatifs et d'initiatives interrégionales.

(1) Piveteau D. et Wolfrom J., *Nous vieillirons ensemble. Rapport de mission sur l'habitat inclusif, remis au Premier ministre, juin 2020*,

(2) *Audition de M. Nicolas Grivel, 16 septembre 2025.*

(3) *Audition de Mme Véronique Bustreel, 17 septembre 2025.*

Ces expérimentations suggèrent par conséquent un fort potentiel d'innovation et d'adaptation locale, mais ne sauraient remplacer une stratégie nationale coordonnée et évaluée. Toutefois, leurs résultats montrent que lorsque des cadres de gouvernance unifiés sont instaurés, la mutualisation des compétences et la continuité de l'accompagnement deviennent possibles.

d. Des conséquences pénalisantes sur les parcours de vie

Les parcours de vie des personnes en situation de handicap sont fréquemment marqués par des ruptures à différentes étapes-clefs, comme le passage de la scolarisation aux études et à l'insertion professionnelle, la transition vers l'âge adulte, le vieillissement ou le retour au domicile après un séjour en établissement. Ces ruptures, qui fragilisent les droits et retardent l'accès à des accompagnements adaptés, accroissent aussi la charge pesant sur les proches.

Selon l'étude de l'Unapei *La Voix des Parents*, 95 % des parents redoutent l'avenir de leur enfant hors de leur présence, illustrant l'incertitude ressentie face au renouvellement constant des démarches et interlocuteurs⁽¹⁾. Les difficultés d'accès au dispositif d'emploi accompagné, peu répandu géographiquement, ainsi que le manque de relais efficaces entre établissements scolaires, missions locales et acteurs médico-sociaux, affectent gravement les jeunes. Mme Véronique Bustreel a souligné que « *les articulations entre la sphère de l'éducation et celle du travail ne sont certainement pas assez fluides et il doit être possible d'améliorer les trajectoires de ces jeunes* »⁽²⁾.

Pour les adultes, les ruptures se manifestent souvent lors de changements d'hébergement ou de réorientations médico-sociales, en raison de l'absence de mécanismes formalisés pour transférer et suivre l'information, provoquant des périodes sans solution ou une régression de l'autonomie acquise.

Face à ce déficit institutionnel, **la continuité de l'accompagnement repose largement sur les familles elles-mêmes**. L'enquête *La Voix des Parents* indique que 62 % des parents rapportent un impact de la prise en charge sur leur activité professionnelle et 40 % une dégradation de leur situation économique, tandis que plus de la moitié avouent ne plus disposer de temps libre. Mme Florence Magne, présidente de l'association des directeurs et directrices de MDPH (ADMDPH), a fait observer lors de son audition que « *L'hétérogénéité des solutions de mise en œuvre, qui dépend de la variation de l'offre de services entre les territoires, est identifiée comme une source de disparité* »⁽³⁾.

Les aidants eux-mêmes expriment un épuisement croissant et un isolement marqué. **L'étude Lisa précédemment citée évalue le coût économique de cette aide informelle à près de 4 milliards d'euros annuels**, soulignant l'importance

(1) Unapei, *La Voix des Parents*, enquête nationale auprès des familles de personnes en situation de handicap, 2023,

(2) *Audition de Mme Véronique Bustreel*, 17 septembre 2025.

(3) *Audition de Mme Florence Magne*, 25 septembre 2025.

d'un soutien pérenne pour éviter l'épuisement des aidants, souvent conduits à renoncer à leurs droits sociaux ou à leur activité professionnelle. **Une logique fondée sur les coûts évités pourrait justifier un investissement accru dans un soutien structuré et pérenne aux aidants, en anticipant les économies potentielles liées à l'amélioration de la qualité de vie des personnes accompagnées mais aussi de leurs proches**⁽¹⁾.

Au-delà des conséquences matérielles, les ruptures dans les parcours d'accompagnement génèrent un profond sentiment de défiance vis-à-vis des institutions. Seuls 26 % des parents se sentent libres de choisir leur mode de vie, d'après l'étude de l'Unapei citée plus haut⁽²⁾. Le système, perçu comme complexe et peu stable, engendre découragement chez les familles et les professionnels, affectant la pérennité des coopérations.

Enfin, les acteurs auditionnés ont insisté sur la perte de sens provoquée par la fragmentation institutionnelle. Chaque organisation agit dans son périmètre avec conviction, mais sans visibilité ni contrôle sur le parcours global, ce qui nuit à l'efficacité de l'action publique et à la confiance des usagers.

Ces constats appellent une évolution vers une logique de parcours intégré, à travers la consolidation des dispositifs dans des cadres contractuels stables, un pilotage interministériel coordonné entre médico-social, école, emploi et logement, et le développement d'outils partagés pour objectiver les ruptures, les besoins et les délais, afin d'adapter les moyens.

B. UNE PRISE EN CHARGE DE LA SANTÉ MENTALE COMPLEXE ET INSUFFISAMMENT DOTÉE

1. Une sectorisation affaiblie par la pénurie

La logique territoriale de la circulaire de 1960 instaurant la sectorisation, longtemps considérée comme l'un des piliers de la psychiatrie publique française, devait permettre d'éviter la rupture entre l'hôpital et la ville, et d'assurer la continuité du parcours de soins. Aucun des acteurs auditionnés n'a remis en cause cette architecture : tous ont réaffirmé la pertinence du modèle sectoriel, mais souligné sa désorganisation progressive et l'écart croissant entre ses principes et la réalité du terrain. **Soixante ans après sa mise en place, ce modèle, toujours reconnu dans ses principes, se trouve confronté à des évolutions structurelles et démographiques profondes qui en altèrent les fondements.**

Plusieurs évolutions structurelles ont fragilisé ce principe. Les restructurations hospitalières, la mutualisation des moyens et la concentration de certaines activités spécialisées ont contribué à élargir les périmètres d'intervention,

(1) Piveteau D. et Wolfrom J., *Nous vieillirons ensemble. Rapport de mission sur l'habitat inclusif*, remis au Premier ministre, juin 2020.

(2) Unapei, *La Voix des Parents, enquête nationale auprès des familles de personnes en situation de handicap*, 2023.

réduisant la capacité des équipes à assurer une présence régulière au plus près des populations. Dans de nombreuses régions, les équipes de secteur ne disposent plus des effectifs suffisants pour organiser une prévention de proximité ou garantir la continuité du suivi ambulatoire. Cette évolution a affecté l'un des fondements du dispositif : la présence d'une équipe stable et identifiée capable d'assurer une prise en charge coordonnée entre l'hôpital, la médecine de ville et les structures médico-sociales.

Les centres médico-psychologiques (CMP), qui devraient être le point d'entrée du dispositif sectoriel, illustrent cette tension. Alors que leur mission est d'assurer un accès sans barrière financière, rapide et de proximité aux consultations psychiatriques et aux soins de première intention, la montée en charge de la demande et la pénurie de professionnels ont allongé notablement les délais d'accès, réduit les plages de consultation et limité la capacité à assurer le suivi des patients après hospitalisation. Dans certains départements, les délais pour un premier rendez-vous excèdent plusieurs semaines voire plusieurs mois, ce qui fragilise la prévention et accroît le recours aux urgences psychiatriques. **Ces contraintes mettent durablement en difficulté le maillage fin et la prise en charge coordonnée que les CMP sont censés assurer.**

Cette dégradation est directement liée à une pénurie persistante de professionnels de santé mentale, détaillée dans la première partie du présent rapport. Alors que la proportion de psychiatres en exercice diminue, avec un vieillissement marqué du corps professionnel et une attractivité en baisse pour la discipline, situation particulièrement critique en pédopsychiatrie, de nombreuses équipes hospitalières fonctionnent par conséquent désormais avec des intérimaires ou des recrutements ponctuels, au détriment de la stabilité et de la continuité du suivi. Cette pénurie affecte également les psychologues, les infirmiers spécialisés et les professionnels paramédicaux, dont la présence est indispensable à un accompagnement pluridisciplinaire performant.

Les tensions observées en ambulatoire se répercutent sur les services hospitaliers. Faute d'un suivi de proximité suffisant, les services d'urgence deviennent souvent la porte d'entrée principale du système de soins. Les hospitalisations sans consentement augmentent mécaniquement, de même que les durées de séjour pour des patients dont la situation pourrait être stabilisée plus rapidement si un accompagnement structuré était disponible en amont. Dans plusieurs établissements, la fermeture temporaire de lits liée au manque de personnel renforce ces tensions et limite les possibilités d'admission, au détriment du parcours des patients.

Face à cette situation, **divers dispositifs palliatifs ont été développés**, tels que des équipes mobiles intervenant à domicile, des dispositifs de liaison entre hôpital et structures médico-sociales, des programmes de réhabilitation psychosociale ou des outils facilitant l'accès à un soutien psychologique de premier niveau. **Ces initiatives, bien qu'hétérogènes selon les territoires, parfois temporaires ou expérimentales, témoignent de la capacité d'adaptation des**

acteurs locaux et d'un réel effort pour prévenir les ruptures de parcours. Certains de ces dispositifs constituent également des leviers prometteurs pour transformer le modèle sectoriel.

Cette dégradation de l'accès aux soins ne remet pas en cause la pertinence du modèle de la sectorisation, mais souligne l'urgence d'une stratégie nationale de reconsolidation fondée sur un maillage territorial effectif, le renforcement des équipes pluridisciplinaires et une meilleure articulation des dispositifs d'accompagnement.

a. Un maillage territorial en perte de cohérence

Les réformes hospitalières successives ont profondément modifié l'équilibre du dispositif de sectorisation. **La mutualisation des moyens, la fusion d'établissements et la spécialisation de certains services ont eu pour effet d'élargir les périmètres de prise en charge, réduisant ainsi la capacité des équipes à maintenir un maillage de proximité effectif**, phénomène relevé de manière récurrente au cours des auditions. Dans de nombreux départements, un même psychiatre est désormais responsable de plusieurs secteurs, ce qui rend de plus en plus théorique la notion d'équipe territoriale de référence. Cela se traduit par une présence moins régulière sur le territoire, une diminution de l'offre de consultations et une moindre disponibilité pour les actions de prévention, pourtant au fondement du modèle.

La Cour des comptes observe de son côté que **le maillage sectoriel n'est plus effectif dans une partie du territoire**, certains secteurs n'ayant plus de médecin psychiatre titulaire⁽¹⁾, et devant recourir à des « *pratiques d'intérim médical onéreuses* » et « *peu conformes à la qualité des prises en charge* »⁽²⁾, un problème rencontré spécifiquement par le centre hospitalier intercommunal Amboise / Château-Renault, visité par M. Daniel Labaronne, député d'Indre-et-Loire, où il lui a été indiqué que le service de psychiatrie avait souffert de dépenses inhabituelles d'intérim qui l'avaient empêché de créer un poste de psychologue supplémentaire qui aurait permis de réduire certains délais de prise en charge. Les tensions démographiques affectent directement l'organisation territoriale. Le rapport du Sénat de 2025 sur la santé mentale et la psychiatrie⁽³⁾ rappelle que la densité de psychiatres varie de 3,2 pour 100 000 habitants en Guyane à 27,5 en Île-de-France, soit un écart de près de un à neuf. Les inégalités sont plus prononcées encore en pédopsychiatrie, où certains départements ne comptent qu'un ou deux praticiens publics, limitant fortement la prise en charge précoce des enfants et adolescents.

(1) Cour des comptes, *Les parcours dans l'organisation des soins de psychiatrie, Rapport public thématique, février 2021*

(2) Cour des comptes, *La pédopsychiatrie : Un accès et une offre de soins à réorganiser, communication à la commission des affaires sociales de l'Assemblée nationale, mars 2023.*

(3) Sénat, *commission des affaires sociales, rapport d'information n° 787, Santé mentale et psychiatrie : pas de « grande cause » sans grands moyens, présenté par Jean Sol, Daniel Chasseing et Céline Brulin, 25 juin 2025.*

M. Charles Guépratte, directeur général de la Fédération des établissements hospitaliers et d'aide à la personne privés non lucratifs (Fehap), constate ainsi qu'« *entre 15 % et 20 % des postes de psychiatres sont vacants* » dans le secteur non lucratif, et que ce manque de personnel « *entraîne des fermetures de lits et de structures ambulatoires, malgré une demande en hausse constante* »⁽¹⁾. L'insuffisance des effectifs fragilise non seulement l'action de proximité, mais aussi la prise en charge en établissement, les services hospitaliers devant absorber une demande croissante alors qu'ils disposent de marges opérationnelles limitées. La Cour des comptes relève que la pénurie de personnels et l'insuffisance du suivi post-hospitalier contribuent à la montée des hospitalisations sans consentement et à l'allongement des durées de séjour, phénomènes révélateurs des tensions structurelles qui pèsent sur un dispositif historiquement pensé pour éviter les ruptures de parcours⁽²⁾.

Dans ce contexte, le modèle sectoriel, conçu pour assurer une prise en charge intégrée, se transforme progressivement en un maillage lacunaire et inégal. Les équipes de secteur, lorsqu'elles subsistent sous une forme proche de leur vocation initiale, doivent couvrir des périmètres élargis, parfois très étendus en zones rurales, avec des ressources réduites. Cela limite la possibilité de conduire un travail de prévention régulier, d'assurer une présence territoriale stable ou de garantir la continuité des suivis complexes. La mission d'insertion, autre pilier historique du secteur, tend à être reléguée au second plan au profit de la gestion des urgences, des hospitalisations et des situations de crise.

b. Des dispositifs palliatifs révélateurs des tensions structurelles

Plusieurs dispositifs ont été mis en place pour pallier la pénurie de psychiatres et tenter de maintenir une continuité de prise en charge malgré les tensions structurelles. Le programme **Mon soutien psy**, lancé en 2022 et élargi en 2023, permet désormais aux patients de consulter un psychologue conventionné pour un suivi de courte durée remboursé par l'assurance maladie. Cette mesure, présentée comme une réponse à la souffrance psychique légère à modérée, illustre une logique d'orientation de certaines prises en charge vers d'autres professions dans un contexte de rareté du personnel médical spécialisé. Il est cependant apparu au cours des auditions que sa portée demeure limitée : le taux d'adhésion des psychologues est inégal selon les régions, et le dispositif ne répond pas aux besoins des patients présentant des troubles sévères ou nécessitant un suivi de longue durée. En outre, la structuration du dispositif ne garantit pas une intégration systématique avec les équipes psychiatriques publiques, ce qui limite sa capacité à s'inscrire dans un parcours coordonné⁽³⁾.

(1) *Audition de M. Charles Guépratte, 24 septembre 2025.*

(2) *Cour des comptes, Les parcours dans l'organisation des soins de psychiatrie, rapport public thématique, février 2021.*

(3) *Fédération hospitalière de France, « Répondre à l'urgence et bâtir l'avenir de la psychiatrie », livre blanc, avril 2024, mis à jour février 2025.*

Le dispositif Mon soutien psy fait en effet l'objet d'avis contrastés : il est salué pour sa montée en puissance rapide mais critiqué pour ses limites structurelles et son inadéquation aux besoins réels du terrain. M. Thomas Fatôme, directeur général de la Cnam, a ainsi indiqué que « *plus de 6 500 psychologues cliniciens* » ont été conventionnés et que « *plus de 900 000 assurés ont bénéficié de séances auprès d'un psychologue* », témoignant d'un dispositif « *plébiscité par les médecins traitants* »⁽¹⁾. Mme Marie Daudé, directrice générale de l'offre de soins (DGOS), a indiqué qu'à la fin 2024, « *480 000 patients, dont 26 % de mineurs, ont bénéficié du dispositif pour un total de 2,5 millions de séances* »⁽²⁾.

M. Florent Simon, secrétaire général du Syndicat national des psychologues (SNP), a cependant critiqué la classification des « *troubles dits légers à modérés* » comme une « *invention administrative qui ne correspond à aucune recherche internationale en psychopathologie clinique* » ainsi que le principe du plafond de douze séances, rappelant qu'« *un suivi peut être arrêté alors que les révélations traumatiques surviennent tardivement* »⁽³⁾. De son côté, M. José Presas Rodriguez, membre du bureau national du SNP, a critiqué la « *longue liste d'exclusions* »⁽⁴⁾ ciblant notamment les personnes en situation de détresse sévère. Il a également été rappelé que beaucoup de psychologues refusent d'intégrer Mon soutien psy en raison du plafonnement des honoraires. Plaidant pour une réallocation des ressources budgétaires du dispositif, M. Florent Simon a précisé : « *Nous avons calculé que les fonds publics alloués à Mon soutien psy permettraient d'ouvrir 3 000 à 5 000 postes de psychologues [en CMP], ce qui allégerait considérablement les listes d'attente* »⁽⁵⁾.

Ont également été mis en place les équipes mobiles de psychiatrie, les centres de réhabilitation psychosociale et les dispositifs précarité-psychiatrie, qui constituent des réponses locales pertinentes. Les équipes mobiles interviennent auprès de publics fragiles ou isolés, assurent des évaluations à domicile, facilitent la sortie d'hospitalisation et préviennent les crises en amont. Les centres de réhabilitation psychosociale offrent un accompagnement visant à restaurer les capacités fonctionnelles et à soutenir la réinsertion sociale, en mobilisant des approches pluridisciplinaires associant ergothérapeutes, éducateurs spécialisés ou pairs-aidants. Quant aux dispositifs précarité-psychiatrie, ils assurent un lien indispensable entre les services sociaux, les structures d'hébergement et les équipes médicales, en particulier pour les personnes sans domicile ou en situation de grande vulnérabilité⁽⁶⁾.

(1) *Audition de M. Thomas Fatôme, 9 septembre 2025, compte rendu n°4.*

(2) *Audition de Mme Marie Daudé, 9 septembre 2025.*

(3) *Audition de MM. Florent Simon et José Presas Rodriguez, 1^{er} octobre 2025.*

(4) *Audition de MM. Florent Simon et José Presas Rodriguez, 1^{er} octobre 2025.*

(5) *Audition de MM. Florent Simon et José Presas Rodriguez, 1^{er} octobre 2025.*

(6) *Haute Autorité de santé (HAS), Grande précarité et troubles psychiques – Intervenir auprès des personnes en situation de grande précarité présentant des troubles psychiques, recommandations de bonnes pratiques, janvier 2024, 83 p. Disponible à l'adresse : https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2024-01/grande_prcarite_troubles_psy_recommandations_2024-01-17_15-53-28_792.pdf*

Selon le rapport au Parlement sur les expérimentations innovantes en santé, remis par le Gouvernement en application de l'article 51 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2018, **ces initiatives, malgré leur efficacité localement démontrée, demeurent encore trop ponctuelles et inégalement déployées sur le territoire, leur diffusion restant limitée faute d'une planification nationale ou d'un cadre homogène permettant d'en assurer la pérennité.** Certaines équipes mobiles fonctionnent sur la base d'appels à projets temporaires ou de financements expérimentaux, dont la durée et les conditions varient selon les régions. Cette instabilité fragilise la continuité des activités et la fidélisation des professionnels, et rend difficile l'inscription durable de ces dispositifs dans les organisations locales. Les centres de réhabilitation, bien que reconnus pour leur utilité, ne sont présents que dans un nombre limité de départements, ce qui réduit l'accès des patients à des parcours de rétablissement structurés⁽¹⁾.

Enfin, les auditions ont mis en évidence la nécessité d'élargir et de formaliser davantage la coopération interprofessionnelle. L'attribution de certaines missions comme le suivi psychologique, l'accompagnement éducatif, la prévention en milieu scolaire à d'autres professions comme les psychologues ou les infirmiers suppose une clarification des rôles et une formation adaptée. Cette approche, déjà engagée dans certaines régions, pourrait contribuer à atténuer la pénurie de médecins à court terme, à condition d'être encadrée par des protocoles explicites et des mécanismes de responsabilité clairement définis. Elle implique également de renforcer les compétences des professionnels de première ligne, notamment en médecine générale ou en milieu scolaire, afin de permettre un repérage plus précoce et une meilleure orientation des patients⁽²⁾.

c. Vers une planification à long terme fondée sur la prévention

Les personnes auditionnées par la commission ont généralement insisté sur la nécessité d'une planification à long terme, fondée sur la prévention et le repérage précoce. M. Pierre de Maricourt, psychiatre, chef de service à l'hôpital Sainte-Anne a ainsi estimé que « *La prévention secondaire vise à réduire la durée de maladie non traitée. Il ne servira à rien de refaire 40 000 études : tant qu'on ne parviendra pas à repérer et à soigner les maladies de façon précoce, rien ne changera. La formation constitue, à cet égard, un enjeu majeur. Quand un généraliste se demandera si un ado qui se renferme n'est pas en train d'entrer dans la schizophrénie, sans voir automatiquement une crise d'adolescence, on aura fait un pas énorme.* »⁽³⁾ La Cour des comptes souligne de son côté que « *la faiblesse de*

(1) *Rapport au Parlement 2024 sur les expérimentations innovantes en santé (article 51 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2018), ministère des solidarités et de la santé, mai 2025, disponible en ligne : https://sante.gouv.fr/IMG/pdf/rapport_art51_2024-2.pdf*

(2) *Ministère des solidarités et de la santé, « Mise en œuvre de la feuille de route Santé mentale et psychiatrie – état d'avancement au 1^{er} mai 2025 », rapport officiel, novembre 2023.*

(3) *Audition de M. Pierre de Maricourt, 3 septembre 2025.*

la prévention et du repérage en amont contribue à la saturation des structures hospitalières »⁽¹⁾.

Le redressement du système psychiatrique ne dépend pas uniquement de la création de postes, mais également de la capacité à reconstituer un vivier de professionnels et à stabiliser les équipes autour d'un projet territorial partagé, ce qui implique également de renforcer les compétences des acteurs de première ligne – enseignants, médecins généralistes, infirmiers, travailleurs sociaux – pour qu'ils puissent repérer les signes précoce, orienter correctement les patients et prévenir les ruptures de suivi. Ce redressement implique également une meilleure intégration des outils numériques ou des dispositifs de prévention en milieu scolaire, dès lors qu'ils sont encadrés et inscrits dans une stratégie nationale cohérente.

2. Une coordination entre ville, hôpital et médico-social en difficulté

La prise en charge de la santé mentale repose sur un principe de continuité des soins, prévention, accompagnement, soins spécialisés et réinsertion formant un parcours cohérent, assuré par une même logique territoriale. **En pratique, les auditions montrent que cette continuité demeure largement théorique.** Les relations entre l'hôpital, la médecine de ville, les centres médico-psychologiques (CMP) et les structures médico-sociales restent inégalement articulées selon les territoires. Cette désarticulation explique une part importante des hospitalisations répétées, de l'engorgement des urgences et du sentiment d'abandon exprimé par les familles. **Elle révèle, plus largement, l'affaiblissement du modèle intégré que la sectorisation devait garantir.**

L'un des constats récurrents des auditions est l'absence de coordination systématique à la sortie d'hospitalisation. Les patients quittent souvent l'établissement sans rendez-vous programmé au CMP et sans lien formalisé avec leur médecin généraliste, ce qui les expose à une interruption de traitement ou à un défaut de suivi. Dans les territoires où les effectifs sont particulièrement contraints, la première consultation post-hospitalisation peut intervenir plusieurs semaines après la sortie, augmentant le risque de rechute. Les équipes hospitalières soulignent également que, faute d'interlocuteur clairement identifié dans la ville, elles peinent à organiser une continuité thérapeutique adaptée aux situations individuelles.

Les CMP, qui devraient constituer le pivot de l'organisation territoriale, sont eux-mêmes affectés par des tensions structurelles qui limitent leur rôle de relais. Dans de nombreux départements, les plages de consultation disponibles sont insuffisantes pour absorber la demande, et les capacités d'intervention à domicile ou en milieu scolaire sont très réduites.

La coordination avec la médecine de ville reste également insuffisante. Les médecins généralistes assurent la majorité des prises en charge initiales des troubles

(1) *Les parcours dans l'organisation des soins de psychiatrie, rapport public, février 2021, disponible en ligne : <https://www.ccomptes.fr/sites/default/files/2021-02/20210216-rapport-parcours-organisation-soins-psychiatrie.pdf>*

psychiques, mais ils ne disposent pas toujours d'un accès facilité aux équipes hospitalières ou aux CMP pour obtenir un avis spécialisé ou organiser une orientation rapide. Le défaut d'outils numériques partagés et l'absence de protocoles territoriaux contraignants limitent les échanges cliniques, conduisant à des redondances d'examens, à une dispersion des informations ou à des retards de prise en charge. Dans certains territoires, des réunions de concertation pluriprofessionnelle existent mais reposent sur des initiatives locales, sans déploiement homogène.

Les relations entre la psychiatrie et le médico-social constituent un autre point de fragilité. Les établissements médico-sociaux accueillant des personnes souffrant de troubles psychiques ne disposent pas toujours d'un appui psychiatrique suffisant, faute de temps médical disponible, tandis que les conventions prévues pour organiser la coordination sont appliquées de manière variable selon les départements. **L'absence de relais formalisé peut conduire à des hospitalisations évitables**, à des retours prématurés en établissement sans adaptation suffisante du projet d'accompagnement, ou à des ruptures de suivi lors des transitions vers l'âge adulte.

a. Une coordination de la médecine générale encore trop faible

La médecine générale représente la principale porte d'entrée du système de santé mentale, mais son intégration dans les parcours reste incomplète. Mme Marie Daudé, directrice générale de l'offre de soins (DGOS), a ainsi rappelé que : « *73 % des personnes présentant une dépression sont traitées par leur médecin généraliste et 76 % des premières consultations pour trouble psychiatrique se font en médecine générale, pour les enfants comme pour les adultes* »⁽¹⁾. Cette remarque reflète une réalité largement documentée lors des auditions : les médecins généralistes prennent en charge la majorité des troubles anxieux, dépressifs ou psychosomatiques, mais sans disposer d'un accès facilité à un avis spécialisé ou à des dispositifs d'appui structurés. Près de 80 % des prescriptions d'antidépresseurs et d'anxiolytiques sont réalisées par des généralistes, souvent sans coordination avec les psychiatres, ce qui rend difficile l'adaptation des traitements ou l'évaluation régulière de leur pertinence.

Le rapport d'information du Sénat sur l'état des lieux de la santé mentale depuis la crise du covid-19, présenté par MM. Jean Sol, Daniel Chasseing et Mme Céline Brulin, note que les médecins généralistes expriment une demande croissante d'appui et de formation continue en santé mentale, en particulier en ce qui concerne le repérage précoce des troubles, l'accompagnement des adolescents ou la prise en charge des situations complexes⁽²⁾. Ils se retrouvent fréquemment à assumer un rôle de coordination par défaut, faute d'interlocuteur clairement désigné dans le secteur psychiatrique ou de protocole territorial formalisé.

(1) *Audit de Mme Marie Daudé, 9 septembre 2025.*

(2) *Sénat, Commission des affaires sociales, Rapport d'information sur l'état des lieux de la santé mentale depuis la crise du covid-19, par MM. Jean Sol, Daniel Chasseing et Mme Céline Brulin, n° 787 (session ordinaire de 2024-2025), enregistré à la Présidence du Sénat le 25 juin 2025*

Le dispositif Mon soutien psy visait précisément à créer un maillon de premier recours en permettant au départ à un médecin d'orienter un patient vers un psychologue conventionné. Depuis, il n'est plus indispensable de disposer d'une prescription médicale pour bénéficier du dispositif. Ce mécanisme a permis de renforcer la réponse de premier niveau, notamment pour les troubles anxieux ou dépressifs légers à modérés, mais son articulation avec les structures psychiatriques, notamment les CMP, est insuffisante. Le déploiement de ce dispositif illustre à la fois la volonté d'améliorer le premier recours et la difficulté à inscrire cette mesure dans une stratégie cohérente de parcours : **la délégation partielle de la prise en charge n'est efficace que si elle s'inscrit dans un cadre de coordination clairement défini.**

Les échanges entre psychiatres, généralistes et psychologues sont par ailleurs freinés par l'absence d'outils numériques partagés, ce qui entraîne des redondances d'examens, des retards dans la transmission des comptes rendus ou encore une difficulté à obtenir des informations sur les épisodes d'hospitalisation.

Dans certains territoires, des initiatives locales permettent néanmoins d'améliorer la coordination : réunions pluriprofessionnelles associant généralistes, psychiatres et travailleurs sociaux ; protocoles partagés entre les CMP et les maisons de santé pluriprofessionnelles ; dispositifs d'appui territoriaux permettant d'obtenir un avis spécialisé. Ces initiatives reposent toutefois largement sur des dynamiques locales. La médecine générale reste insuffisamment outillée pour remplir pleinement son rôle dans les parcours de santé mentale.

Plusieurs intervenants ont souligné au cours des auditions l'importance d'un **renforcement des liens entre l'hôpital et les praticiens de premier recours**. Mme Marie Daudé, directrice générale de l'offre de soins, affirme qu'il est impératif de « *favoriser une collaboration plus étroite entre la ville et l'hôpital* »,⁽¹⁾ tandis que M. Florian Porta Bonete, psychiatre et coauteur de *La santé mentale en France*, insiste sur le fait que « *Le lien entre la psychiatrie et la médecine générale est fondamental* »⁽²⁾. Pour concrétiser cette coordination, M. Philippe Gouet, président du groupe de travail « santé » de l'association Départements de France, recommande la mise en place d'« *une plateforme téléphonique et un site internet de télé-expertise [qui] faciliteraient le dialogue entre les psychiatres et les médecins généralistes pour orienter ces derniers, souvent perdus, dans les diagnostics* »⁽³⁾.

L'urgence de mieux équiper les médecins généralistes pour ce rôle de première ligne est également reconnue. M. Pierre de Maricourt, psychiatre et chef de service à l'hôpital Sainte-Anne, a ainsi estimé qu'« *Il est urgent qu'ils soient formés en santé mentale parce qu'ils sont le premier recours face à la souffrance psychique* », rappelant qu'il existe « *un vrai problème de formation des généralistes dans le domaine de la psychiatrie* ». Il a par ailleurs déploré que, dans les études de médecine, « *99 % du temps est consacré aux pathologies physiques et la santé*

(1) *Audition de Mme Marie Daudé, 9 septembre 2025.*

(2) *Audition de M. Florian Porta Bonete, 22 septembre 2025.*

(3) *Audition de M. Philippe Gouet, 24 septembre 2025.*

mentale est réduite à peau de chagrin »⁽¹⁾. Face à ce constat, M. Philippe Gouet suggère d'« *étoffer le module consacré à la psychiatrie dans la formation initiale des médecins généralistes* » et d'« *améliorer le module clinique de psychiatrie* » dans leur cursus. Il est nécessaire, selon Mme Marie Daudé, directrice générale de l'offre de soins, d'« *outiller au mieux les médecins généralistes, qui sont en première ligne dans le repérage et le suivi des troubles* »⁽²⁾.

b. Les services d'urgence psychiatriques comme principal point d'entrée

Le manque de coordination entre médecine de ville et hôpital a conduit à ce que la psychiatrie d'urgence se substitue, de fait, à une offre ambulatoire insuffisante, notamment pour les jeunes et les publics précaires. Le rapport d'information de Mmes Nicole Dubré-Chirat et Sandrine Rousseau sur la prise en charge des urgences psychiatriques⁽³⁾ a fortement étayé ce constat en rappelant notamment qu'entre 2016 et 2021, le nombre de passages aux urgences pour troubles psychiques chez les moins de 18 ans a augmenté de 65 %, alors que l'augmentation tous motifs confondus n'était que de 4 %, situation d'autant plus grave que le délai d'attente pour une prise en charge non urgente est sensiblement plus élevé en pédopsychiatrie (en moyenne 116 jours) qu'en psychiatrie générale⁽⁴⁾.

Plusieurs intervenants ont ainsi établi au cours des auditions **un lien de causalité entre la saturation des structures et la forte fréquentation des services d'urgence psychiatrique** : Mme Zaynab Riet, déléguée générale de la Fédération hospitalière de France (FHF), a souligné que les services d'urgence sont devenus le « *principal point d'entrée en psychiatrie* », en raison d'un accès insuffisant aux soins, de capacités d'accueil limitées en aval et d'un manque de coordination, remplaçant ainsi le rôle défaillant des CMP dont les « *listes d'attente sont bien trop longues* »⁽⁵⁾. Mme Anne-Carole Bensadon, inspectrice générale des affaires sociales, a pour sa part observé que les longs délais d'attente dans les CMP peuvent entraîner la « *décompensation d'une pathologie* » jusqu'alors maîtrisée, conduisant « *de fait, au passage aux urgences* ». À Toulouse, on a ainsi constaté une augmentation de 30 % des prises en charge psychiatriques aux urgences entre 2019 et 2024⁽⁶⁾.

(1) *Audition de M. Pierre de Maricourt, 3 septembre 2025.*

(2) *Audition de Mme Marie Daudé, 9 septembre 2025.*

(3) *Rapport d'information n° 714 présenté par Mmes Nicole Dubré-Chirat et Sandrine Rousseau devant la commission des affaires sociales de l'Assemblée nationale le 11 décembre 2024 sur la prise en charge des urgences psychiatriques.*

(4) *Assemblée nationale, Rapport d'information déposé en application de l'article 145 du Règlement par la commission des affaires sociales en conclusion des travaux de la mission d'information sur la prise en charge des urgences psychiatriques, et présenté par Mmes Nicole Dubré-Chirat et Sandrine Rousseau, No. 714, 17^e législature, déposé le 11 décembre 2024, 238 p. (2024)*

(5) *Audition de Mme Zaynab Riet, 24 septembre 2025.*

(6) *Audition de Mme Anne-Carole Bensadon, 1^{er} octobre 2025.*

c. Des ruptures fréquentes à la sortie d'hospitalisation

La sortie d'hospitalisation représente enfin un moment critique pour la continuité des soins psychiatriques. Les patients, souvent stabilisés médicalement mais encore fragiles, peinent à retrouver un suivi régulier en ambulatoire tandis que les centres médico-psychologiques (CMP), qui devraient être le pivot du dispositif de sectorisation, ne disposent plus des capacités nécessaires pour répondre à leurs besoins dans des conditions satisfaisantes.

Mme Caroline Semaille, directrice générale de Santé publique France, a reconnu que la dégradation persistante de la santé mentale et le nombre élevé de demandes ont constraint les professionnels à « *raccourcir les prises en charge, qui en sont devenues insuffisantes* »⁽¹⁾ pour les jeunes.

Ces ruptures sont d'autant plus fréquentes qu'il n'existe pas de coordination systématique entre l'équipe hospitalière et les structures de proximité. De nombreux patients sortent ainsi sans plan de suivi individualisé, sans rendez-vous de relais au CMP ou en médecine de ville, et sans information complète sur les contacts disponibles en cas de décompensation. Cette absence de protocole partagé engendre une charge conséquente pour les familles qui doivent souvent assurer elles-mêmes l'organisation des soins et la transmission d'informations entre les intervenants.

Les associations d'usagers, notamment l'Unafam, rapportent que **de nombreuses familles deviennent les « coordinatrices » de fait du parcours de soins**, faute d'interlocuteurs clairement identifiés. M. Loïc Ricour, chef de pôle santé et médico-social auprès du Défenseur des droits, a ainsi indiqué que « *certaines familles connaissent mieux tous les parcours de soins complexes et toute la terminologie que l'administration, qu'il s'agisse des départements, des MDPH ou des ARS* »⁽²⁾. Les associations déplorent des situations où les proches doivent eux-mêmes solliciter les CMP pour obtenir un rendez-vous, relancer l'hôpital pour récupérer des documents médicaux, ou chercher des solutions médico-sociales, parfois en urgence. Cette responsabilisation informelle des familles accentue en outre les inégalités entre celles disposant de ressources sociales ou administratives et celles qui en sont privées.

Enfin, l'absence d'un système d'information partagé complique la transmission des données essentielles à la continuité du suivi. Les comptes rendus d'hospitalisation ne sont pas toujours transmis en temps utile à la médecine de ville, et les CMP ne disposent pas systématiquement d'informations complètes sur les épisodes aigus survenus aux urgences.

Ainsi, la sortie d'hospitalisation, qui devrait constituer un moment structuré et coordonné du parcours de soins, apparaît aujourd'hui comme un point de fragilité majeur du dispositif. Faute d'une organisation stabilisée, elle contribue à la fréquence élevée des réhospitalisations évitables.

(1) *Audition de Mme Nathalie Godart, 3 septembre 2025.*

(2) *Audition de Mme Claire Hédon et M. Loïc Ricour, 16 septembre 2025.*

d. Des interfaces médico-sociales sous tension

La continuité des parcours suppose également une articulation fluide avec le champ médico-social : foyers d'hébergement, services d'accompagnement à la vie sociale, établissements spécialisés pour personnes handicapées psychiques ou structures de réhabilitation. Or, ces dispositifs, essentiels pour assurer la stabilité des parcours et prévenir les ruptures, manquent souvent de relais psychiatriques. Ils doivent alors gérer seuls des situations cliniques complexes, sans appui médical régulier. La Cour des comptes constate ainsi un manque d'intégration durable des établissements médico-sociaux aux dispositifs territoriaux de santé mentale, ce qui complique la prise en charge coordonnée des publics à besoins multiples⁽¹⁾. Cette observation, reprise par plusieurs acteurs auditionnés, traduit **un déficit de structuration durable entre les secteurs sanitaire et médico-social**.

Les auditions ont montré que **les conventions entre hôpitaux psychiatriques et structures médico-sociales, pourtant prévues par la réglementation, sont très inégalement appliquées**. Dans certains territoires, elles se limitent à des échanges informels entre professionnels, sans réunions de liaison formalisées ni protocole d'intervention en cas de crise. Dans d'autres, elles permettent une coordination plus régulière, avec des rencontres périodiques entre équipes médicales et éducatives, voire la mise à disposition ponctuelle de temps médicaux pour accompagner les établissements. Toutefois, ces bonnes pratiques reposent souvent sur des financements expérimentaux, des initiatives locales ou la mobilisation individuelle de professionnels, ce qui en limite la stabilité et l'extension.

Les établissements médico-sociaux signalent des hospitalisations répétées ou prolongées faute d'accompagnement psychiatrique en aval, notamment pour les personnes ayant des troubles psychiques sévères ou des comorbidités somatiques importantes. Certaines situations relèvent du « non-recours aux soins » : des personnes hébergées en structures sociales ou médico-sociales ne bénéficient pas d'un suivi psychiatrique régulier, faute de temps médical disponible ou de coordination entre les équipes. À l'inverse, les hôpitaux psychiatriques se trouvent parfois contraints de maintenir des hospitalisations dites « sociales », en l'absence de solution d'aval ou de relais médico-social adapté.

Ces difficultés sont particulièrement marquées pour les jeunes majeurs quittant les dispositifs de pédopsychiatrie, les structures médico-sociales intervenant à l'âge adulte ne disposant pas toujours des moyens ou des compétences pour assurer une continuité thérapeutique. Les jeunes en situation de vulnérabilité sociale risquent de se retrouver sans accompagnement, ce qui accroît le risque de crise, de recours aux urgences ou de marginalisation sociale.

(1) Cour des comptes, *Les parcours dans l'organisation des soins de psychiatrie*, Rapport public thématique, février 2021.

Les ruptures de parcours en santé mentale étudiante, un concentré des fragilités du système

La crise sanitaire a exacerbé la dégradation de la santé mentale chez les jeunes, faisant de l'accompagnement des étudiants un sujet d'inquiétude majeur pour les établissements d'enseignement supérieur.

Mme Bénédicte de Percin, sous-directrice de la vie étudiante au Centre national des œuvres universitaires et scolaires (Cnous), a indiqué que la principale difficulté réside dans l'*« absence de solution quand un étudiant passe à l'acte »*.

Le manque de coordination entre les structures d'encadrement (Crous) et les services de soins (hôpitaux, secteur médico-social) crée selon elle un *« trou noir »* dans le parcours des jeunes. Ce phénomène concentre en effet, en un seul public, la plupart des fragilités du système de prise en charge de la santé mentale :

– Saturation des services : les services alentour, notamment les hôpitaux, sont saturés. Il est fréquent qu'un étudiant en détresse soit *« renvoyé dans la résidence dès le lendemain »* après un passage aux urgences.

– Manque de formation : cette situation expose les agents des Crous (directeurs de résidence, veilleurs de nuit), qui *« ne sont absolument pas formés pour accompagner des étudiants en grande détresse »*, à des situations impossibles.

– Illisibilité des dispositifs : malgré la multiplication des numéros de téléphone et des aides (lignes d'écoute, services de santé étudiants - SSE), les étudiants *« ne savent pas vers qui se tourner »*, et les SSE sont eux-mêmes saturés. Même les Crous ont *« du mal à nouer les bons partenariats »* pour orienter les étudiants selon leur niveau de souffrance.

– Problème de catégorisation : l'étudiant appartient à une *« classe d'âge particulière »* mal définie par les politiques publiques, car il n'est *« plus dans le scolaire mais n'est pas encore un adulte salarié ou demandeur d'emploi »*.

– Saturation des solutions adaptées : le bureau d'aide psychologique universitaire (Bapu) est pourtant identifié comme la *« voie royale pour prendre en charge un étudiant »* de manière globale et coordonnée, mais il n'y a pas d'implantation dans de nombreux établissements et quand il existe, il est souvent saturé.

Mme de Percin a également souligné que pour garantir la lisibilité du paysage de l'aide, un projet est en cours pour fusionner les plateformes d'écoute et s'associer à la coordination nationale d'accompagnement des étudiantes et étudiants (Cnae). De plus, elle a fait remarquer que les différences d'âge légal entre les dispositifs (bourse, AAH à 20 ans, aide sociale à l'enfance - ASE à 21 ans) sont une source de non-recours et de rupture dans l'accompagnement financier des jeunes.

Audition du 14 octobre 2025, compte rendu n° 30, https://www.assemblee-nationale.fr/dyn/17/comptes-rendus/cesanmen/117cesanmen2526030_compte-rendu#

e. Une continuité dépendante de la volonté locale

Les auditions conduites par la commission montrent que **les réussites observées relèvent moins de la structure institutionnelle que de la mobilisation spontanée des acteurs**. Les territoires qui parviennent à éviter les ruptures de parcours sont ceux où les agences régionales de santé (ARS), les établissements psychiatriques, les associations, les structures médico-sociales et les professionnels de ville ont su construire des partenariats durables.

De plus, **Les territoires les plus performants ne sont pas forcément ceux disposant des moyens les plus importants, mais ceux où les équipes sont stables et où les acteurs ont pu instituer des pratiques partagées au fil du temps**. Cette dynamique locale, fondée sur la confiance et la permanence des interlocuteurs, permet d'organiser des parcours fluides malgré les contraintes du système.

Cette réussite demeure cependant fragile. Lorsque les équipes se renouvellent, que les postes restent vacants ou que les financements expérimentaux cessent, les mécanismes de coordination peuvent rapidement se déliter. Plusieurs territoires ont indiqué que les avancées organisationnelles obtenues en période de financement exceptionnel n'ont pas pu être pérennisées faute de soutien national ou de cadre financier durable.

À titre d'exemple, Mme Florence Louuppe, psychiatre au Samu social de Paris, a souligné que même lorsque des initiatives sont prises, comme les dispositifs de médiation en santé, « *elles ont du mal à tenir sur la durée* » car « *on ne sait pas s'ils vont être financés d'une année sur l'autre* »⁽¹⁾. Comme l'a précisé Mme Anne Morvan-Paris, l'incertitude budgétaire, illustrée par le fait que le fonds d'intervention régional n'est « *par définition pas pérenne* », empêche d'assurer le « *maintien dans le temps de ces différentes initiatives* » et de les proposer « *sur l'ensemble du territoire* »⁽²⁾.

L'enjeu consiste à sortir d'une logique d'expérimentations locales et d'initiatives isolées pour instaurer un cadre pérenne, assurant à l'ensemble des personnes concernées un parcours cohérent, quelle que soit leur région de résidence.

3. Des innovations pertinentes mais peu déployées

Le constat d'une coordination incomplète ne doit pas masquer la vitalité des acteurs de terrain. Les initiatives répondent à des besoins peu ou mal couverts par les structures traditionnelles : repérage précoce, suivi ambulatoire renforcé, réhabilitation psychosociale, accompagnement numérique, interventions de prévention en milieu scolaire, ou encore dispositifs d'appui pour les situations complexes⁽³⁾.

(1) *Audition de Mme Florence Louuppe, 24 septembre 2025* ?

(2) *Audition de Mme Anne Morvan-Paris, 9 septembre 2025*.

(3) *Haute Autorité de santé, « Programme pluriannuel santé mentale et psychiatrie 2025-2030 », février 2025*.

Ces innovations s’inscrivent souvent dans des approches pluridisciplinaires. Certaines équipes développent des modèles intégrés associant psychiatres, psychologues, infirmiers spécialisés, éducateurs ou pairs aidants, permettant une prise en charge plus continue. D’autres expérimentent des plateformes de repérage précoce, notamment en direction des adolescents et des jeunes adultes, ou des programmes de réhabilitation psychosociale structurés autour d’ateliers collectifs, de médiation par le travail ou de remobilisation cognitive. Dans les territoires les plus investis, ces initiatives ont permis de réduire les passages aux urgences, de limiter les hospitalisations sans consentement et de renforcer l’inclusion sociale des personnes accompagnées⁽¹⁾.

L’usage du numérique constitue également un levier émergent⁽²⁾. Certaines équipes proposent un accompagnement hybride associant téléconsultations, suivi à distance entre deux rendez-vous et programmes d’éducation thérapeutique en ligne. Ces dispositifs, encore inégalement développés, permettent de maintenir le lien lorsque les ressources médicales sont limitées, mais nécessitent un encadrement éthique et des modalités de coordination adaptées pour garantir la continuité du suivi.

Pour autant, la diffusion de ces pratiques reste limitée. La plupart des initiatives identifiées reposent sur des financements expérimentaux ou des appels à projets temporaires. Peu d’entre elles bénéficient d’une évaluation consolidée. Faute de capitalisation nationale, chaque territoire doit souvent « réinventer » des solutions déjà expérimentées ailleurs.

Cela illustre une faiblesse structurelle : l’absence d’un cadre national dédié à l’identification, à l’évaluation et à la diffusion des pratiques probantes en santé mentale. La valorisation de ces démarches, leur mise en réseau et la construction d’indicateurs permettant d’en mesurer les effets constituerait des conditions essentielles pour transformer durablement les parcours et renforcer l’efficacité du système dans son ensemble.

a. Des initiatives locales et territoriales diversifiées

Les dispositifs innovants se sont d’abord développés localement pour combler les lacunes de l’offre existante. La Cour des comptes a souligné que les expérimentations locales ont souvent permis d’éviter des hospitalisations et de réduire les durées de séjour, mais elles n’ont pas été diffusées à grande échelle⁽³⁾. Ces initiatives répondent à des besoins immédiats : repérage précoce, gestion des crises, continuité post-hospitalière ou réhabilitation psychosociale. Elles démontrent qu’une amélioration des parcours est possible lorsque les acteurs disposent de marges d’action, même limitées.

(1) Ministère des solidarités et de la santé, « La santé mentale, Grande Cause nationale 2025 », rapport, mars 2025.

(2) Fondation FondaMental, « Innovations numériques en santé mentale », rapport 2025.

(3) Cour des comptes, « La pédopsychiatrie : un accès et une offre de soins à réorganiser », rapport public présenté à la commission des affaires sociales de l’Assemblée nationale, mars 2023.

Les équipes mobiles de psychiatrie constituent l'un des outils les plus probants. Elles interviennent dans les situations de crise, auprès de publics précaires ou isolés, et assurent une continuité entre l'hospitalisation et le suivi ambulatoire. Elles se déplacent dans les foyers d'hébergement, les établissements médico-sociaux, les services d'urgence ou au domicile, permettant d'éviter des hospitalisations en stabilisant les situations dans leur environnement habituel. Leur déploiement reste inégal, mais là où elles fonctionnent, les effets sont tangibles : réduction des hospitalisations sous contrainte, diminution des passages aux urgences, maintien du lien avec les familles, soutien aux équipes médico-sociales souvent en difficulté face à des situations complexes.

Leur financement reste cependant précaire. M. Sébastien Bisac, pédopsychiatre au groupe hospitalier universitaire (GHU) Paris psychiatrie et neurosciences, a en effet souligné que ces équipes mobiles « *sont très coûteuses* » et que leur pérennisation « *nécessiterait des financements dédiés* », tout en soulignant qu'il est impossible de développer ces alternatives « *à moyens constants* ». Cette fragilité budgétaire limite leur essaimage.

D'autres formes d'expérimentation concernent les centres de réhabilitation psychosociale, qui associent psychiatres, ergothérapeutes, éducateurs spécialisés et pairs-aidants. Ces structures visent à restaurer l'autonomie des personnes après un épisode aigu. Elles proposent des ateliers de remédiation cognitive, de gestion des émotions, d'apprentissage de la vie quotidienne ou d'insertion professionnelle. L'Unafam⁽¹⁾ insiste ainsi sur la nécessité de développer les dispositifs de réhabilitation psychosociale, qui contribuent à rompre le cycle hospitalisation-isolement-rechute en offrant un cadre structurant aux patients. Toutefois, ces dispositifs demeurent encore rares et souvent expérimentaux, et leur implantation dépend largement de financements locaux et de dynamiques institutionnelles propres à chaque territoire.

Certaines régions ont également développé des plateformes d'accompagnement pour les jeunes, conçues pour répondre à la montée rapide des troubles psychiques chez les adolescents et jeunes adultes.

Pour y répondre, des expérimentations menées notamment en Bretagne et en Occitanie associent les CMP, les établissements scolaires, les missions locales, les médecins généralistes et les acteurs du secteur social afin de détecter précocement les troubles, orienter rapidement les jeunes vers un soutien adapté et coordonner les interventions. Ces plateformes ont permis de réduire les délais d'accès et d'éviter des ruptures au moment des transitions scolaires ou de l'entrée dans la vie professionnelle. Mais elles ne couvrent aujourd'hui qu'une minorité de départements et ne disposent pas d'un cadre national permettant d'en assurer la pérennité.

(1) *Audition de Mme Emmanuelle Rémond, 24 septembre 2025.*

b. Des innovations numériques encore marginalisées

Parmi les initiatives récentes, l'usage du numérique dans la santé mentale apparaît comme un levier prometteur, notamment pour toucher les publics jeunes. Les auditions ont mis en lumière l'exemple de Lyynk, une application cofondée par Mme Miel Abitbol, jeune influenceuse de 18 ans, et son père M. Guirchaume Abitbol, entrepreneur. Ce projet est né de l'expérience personnelle difficile de Miel, marquée par un harcèlement intense et des troubles psychiques sévères durant son adolescence, et s'appuie sur la collaboration avec Mme Claire Morin, médecin psychiatre. L'application vise à offrir aux jeunes un espace sûr pour mieux comprendre et suivre leur santé mentale au quotidien, grâce à des modules d'autoévaluation, un journal intime, un compteur de sobriété et la possibilité de se connecter avec un adulte de confiance. Elle s'inscrit dans une démarche de prévention primaire, cherchant à intervenir précocement pour limiter les troubles et leurs conséquences.

Ce témoignage illustre à la fois la capacité d'innovation portée par des acteurs privés engagés et les difficultés d'articulation avec les institutions publiques. M. Guirchaume Abitbol a confié que « *honnêtement, travailler avec les pouvoirs publics, c'est cauchemardesque : les procédures sont extrêmement lourdes, compliquées et longues. Certaines régions veulent travailler avec nous, mais il faut six mois de procédures. Pourtant, vu l'état de la situation, nous n'avons pas dix ans devant nous !* » Il a ajouté que : « *Le partenariat public-privé serait une bonne solution, mais lorsque nous sommes venus voir les parlementaires au début du projet, ils nous ont claqué la porte au nez au motif que nous étions une entreprise privée. Pourquoi ? Pourquoi ne pouvons-nous pas travailler ensemble ?* »⁽¹⁾

Cette situation révèle un paradoxe : les pouvoirs publics encouragent la prévention numérique et promeuvent l'amélioration du repérage précoce, notamment chez les jeunes, mais sans mécanisme d'intégration des solutions développées hors du champ institutionnel. Faute de cadre, les projets innovants évoluent en marge du système, sans articulation avec les CMP, les établissements scolaires, les structures médico-sociales ou la médecine de ville. Les acteurs auditionnés ont souligné que cette fragmentation freine l'efficacité des outils numériques, qui pourraient pourtant contribuer à soulager la pression sur les structures traditionnelles.

De tels outils pourraient en effet jouer un rôle complémentaire important en facilitant le repérage précoce des troubles, en offrant un premier niveau de soutien structuré et en favorisant une orientation rapide vers les ressources appropriées. Leur impact potentiel dépend cependant de plusieurs conditions, notamment une évaluation rigoureuse de leur efficacité clinique, un encadrement éthique garantissant la protection des données sensibles, et surtout un dialogue structuré avec les acteurs du système public pour organiser leur intégration dans les parcours existants.

(1) *Audition de M. Guirchaume Abitbol, 1^{er} octobre 2025.*

Ainsi, si les initiatives numériques témoignent d'un dynamisme certain et d'un potentiel réel pour renforcer la prévention et le repérage, leur diffusion reste limitée et appelle sans doute une régulation par les autorités sanitaires.

c. Une diffusion inégale et sans évaluation consolidée

Les innovations territoriales reposent souvent sur des appels à projets ponctuels lancés par les agences régionales de santé (ARS) ou par la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA). **Ces financements temporaires permettent d'amorcer des expérimentations, mais ne garantissent pas leur pérennité.** En l'absence de cette visibilité nationale, chaque territoire développe ses propres outils selon ses priorités, ses contraintes et ses ressources locales, avec une grande variabilité dans les approches adoptées.

Les initiatives financées par le Fonds d'innovation organisationnelle et de prévention (Fiop) n'ont, à ce stade, pas donné lieu à une évaluation transversale. En l'absence d'un cadre consolidé, il demeure difficile de déterminer quelles expérimentations devraient être pérennisées ou étendues, et lesquelles doivent être réorientées ou abandonnées. Ces innovations ne sont pourtant utiles que si elles sont accompagnées d'une évaluation rigoureuse et d'une généralisation méthodique en cas de succès.

M. Florian Porta Bonete, psychiatre et coauteur de *La santé mentale en France*, a ainsi souligné un « *défaut de pilotage de la politique publique* » et une « *culture insuffisante de l'évaluation et de la réPLICATION de dispositifs évalués positivement* »⁽¹⁾. M. Jérôme Antonini, directeur général de la Fondation Santé des étudiants de France, confirmant ce problème systémique, a affirmé de son côté que bien que de « *nombreuses initiatives très intéressantes* » soient financées, les acteurs ne parviennent pas à « *évaluer scientifiquement les bons dispositifs et à déployer ceux qui le méritent à l'échelle nationale* »⁽²⁾. Cette défaillance empêche de corriger l'hétérogénéité de l'offre et de gagner en efficience.

Les auditions ont également souligné les difficultés pratiques liées à la multiplicité des guichets de financement. Certaines équipes doivent répondre à plusieurs appels à projets successifs pour maintenir une activité expérimentale, au risque de consacrer une part importante de leur temps à des démarches administratives plutôt qu'à l'accompagnement des patients. Cette logique de « projets éphémères » complique le recrutement de professionnels sur des postes non pérennes et rend difficile l'inscription de ces initiatives dans une stratégie territoriale durable, faute de garantie sur la poursuite des financements.

En l'absence d'évaluation consolidée, la diffusion des innovations demeure donc inégale et incertaine. **La mise en place d'un dispositif national de capitalisation, associant les ARS, la CNSA, la Drees et les acteurs de terrain, constituerait une étape essentielle pour structurer l'innovation en santé mentale, en assurer l'efficacité et en favoriser l'essaimage.**

(1) *Audition de M. Florian Porta Bonete, 23 septembre 2025.*

(2) *Audition de M. Jérôme Antonini, 24 septembre 2025.*

d. Une évaluation insuffisante qui freine la planification

La plupart des expérimentations font l'objet d'un suivi local, souvent de nature qualitative, mais sans référentiel commun ni exigence de comparaison dans le temps ou entre territoires. Les indicateurs mobilisés restent hétérogènes (nombre de personnes accompagnées, retours d'expérience des professionnels, enquêtes de satisfaction), ce qui ne permet ni d'objectiver les résultats, ni de distinguer ce qui relève d'un véritable effet de dispositif, ni d'identifier les conditions de réussite transférables.

Cette faiblesse méthodologique a des effets directs sur la capacité de l'État à organiser la diffusion des pratiques probantes. Faute de données consolidées, il est difficile de distinguer les dispositifs qui améliorent effectivement la continuité des parcours, réduisent les hospitalisations évitables ou facilitent la réinsertion sociale, de ceux qui répondent surtout à une logique de contexte ou d'opportunité. **Les expérimentations restent ainsi cantonnées à un statut local ou régional**, dépendant des cycles d'appels à projets et des ressources d'ingénierie disponibles, sans qu'un processus structuré de généralisation puisse être engagé.

Cette situation limite également l'intégration de l'innovation dans la planification nationale. Sans indicateurs partagés sur les parcours, les rechutes, la stabilité clinique ou l'insertion, il est difficile de relier les choix budgétaires à des résultats observés, et de documenter avec précision les coûts évités que pourraient générer les dispositifs les plus efficaces. Les décisions de financement continuent donc de reposer principalement sur des enveloppes historiques, des équilibres territoriaux ou des urgences conjoncturelles, et beaucoup moins sur une analyse comparative des impacts.

Enfin, l'absence d'un cadre national d'évaluation contribue à maintenir une séparation entre l'expérimentation et le droit commun. Les innovations organisationnelles restent pensées comme des projets temporaires, adossés à des financements spécifiques, plutôt que comme des composantes durables de l'offre. Un dispositif d'évaluation structuré, fondé sur quelques indicateurs stabilisés et sur un suivi dans le temps, permettrait au contraire de faire de l'innovation un levier de transformation du système : en identifiant les pratiques les plus efficientes, en éclairant les arbitrages de formation et de ressources humaines et en nourrissant, à terme, une stratégie de coûts évités. Sans cette évolution, les politiques de santé mentale risquent de demeurer dans une logique d'empilement de dispositifs, plus que dans une démarche de programmation fondée sur la preuve.

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

La première et la deuxième partie du présent rapport ont mis en évidence les effets cumulatifs des mauvaises prises en charge et de la fragmentation institutionnelle. Ces défaillances ont un coût humain considérable, mais elles génèrent aussi des dépenses publiques importantes, concentrées sur des interventions tardives ou sur des mesures de compensation rendues nécessaires par l'absence d'actions plus précoce. Comme l'a remarqué M. Michel Barnier lors de son audition devant la commission d'enquête, « *il vaut mieux détecter tous les troubles, tous les risques le plus tôt possible. Les coûts ainsi évités sont considérables.* »⁽¹⁾

Dans ce contexte, la prévention ne peut être considérée comme un volet accessoire des politiques publiques ; elle représente au contraire un investissement indispensable qui permettra d'éviter des prises en charge plus lourdes et d'améliorer les trajectoires de vie.

C'est pourquoi une politique de prévention réaliste doit s'appuyer sur une logique de coûts évités, c'est-à-dire sur une approche permettant d'identifier les interventions dont l'impact est démontré, de distinguer les dépenses qui stabilisent les parcours de celles qui répondent seulement à l'urgence, et de hiérarchiser les choix publics dans le temps long.

I. LA NÉCESSITÉ D'INVESTIR DANS LA PRÉVENTION À TOUS LES ÂGES DE LA VIE

Dans le domaine de la santé mentale comme dans celui du handicap, un problème correctement anticipé se traite beaucoup plus facilement. L'intervention précoce limite les aggravations, évite les ruptures de parcours et réduit la nécessité de recourir ultérieurement à des prises en charge lourdes (voir *supra*). Le principe de la prévention est cependant plus facilement formulé que mis en application.

En santé mentale, la prévention primaire vise à éviter les situations génératrices de troubles, et la prévention secondaire et tertiaire permet d'intervenir avant l'aggravation des troubles, de réduire leur durée et d'éviter les rechutes. Dans le champ du handicap, la prévention vise surtout à empêcher les déficits secondaires, à maintenir les capacités fonctionnelles et à éviter les ruptures de parcours qui aggravent la perte d'autonomie.

(1) *Audition de M. Michel Barnier, 18 novembre 2025.*

Dans un système où les repères institutionnels changent entre la petite enfance, l'école, l'adolescence et l'entrée dans la vie adulte, la prévention ne peut se limiter à des actions ponctuelles : elle suppose une continuité d'appui à chaque étape.

Or, malgré l'affirmation récurrente de la nécessité d'intervenir tôt, l'organisation actuelle demeure largement centrée sur les réponses curatives.

A. LES FONDEMENTS D'UNE POLITIQUE DE PRÉVENTION TOUT AU LONG DE LA VIE

Les auditions ont clairement montré que l'intervention précoce et la continuité des appuis constituent les deux principes fondamentaux d'une prévention réellement efficace. Dans l'ensemble des secteurs concernés – petite enfance, éducation, protection de l'enfance, santé, médico-social et emploi –, les professionnels soulignent que les fragilités psychiques apparaissent souvent tôt, parfois dès la petite enfance, et que leur repérage et leur prise en charge rapides jouent un rôle décisif dans l'évolution ultérieure des trajectoires. À l'inverse, les retards d'accès aux soins, les délais diagnostiques ou l'absence de soutien aux premiers signaux de détresse exposent les personnes à des aggravations, à des ruptures scolaires ou professionnelles et à une perte durable de capacités fonctionnelles.

Les travaux scientifiques et institutionnels convergent largement : les premières années de vie constituent un moment de vulnérabilité majeur, de même que l'adolescence et l'entrée dans l'âge adulte.

1. Les trois niveaux de prévention appliqués aux troubles psychiques et aux fragilités développementales

On distingue classiquement trois niveaux de prévention en santé mentale – primaire, secondaire et tertiaire – dont les auditions comme les documents institutionnels confirment la pertinence pour les troubles psychiques et, dans une certaine mesure, pour les fragilités développementales associées à certains handicaps. Cette nomenclature, reprise notamment par les psychiatres entendus par la commission, permet d'appréhender l'action publique à partir du point où se situe la personne dans sa trajectoire, et non au regard du seul angle sanitaire.

La typologie OMS des niveaux de prévention : primaire, secondaire et tertiaire

La typologie de l'OMS distingue trois niveaux de prévention articulés autour du moment d'intervention par rapport au processus de maladie.

Prévention primaire

La prévention primaire vise à éviter l'apparition de nouveaux cas de maladie en agissant en amont sur les causes et facteurs de risque dans une population a priori saine. Elle cherche à diminuer l'incidence en modifiant l'environnement, les comportements et les déterminants sociaux, et inclut par exemple la lutte contre les abus sexuels, la santé au travail ou la lutte contre le harcèlement scolaire.

Prévention secondaire

La prévention secondaire intervient à un stade précoce de la maladie, pour en limiter l'évolution et les complications. Elle comprend principalement le dépistage, le diagnostic précoce et la prise en charge rapide, afin de réduire la prévalence et la gravité des atteintes.

Prévention tertiaire

La prévention tertiaire intervient après la survenue et la prise en charge initiale de la maladie pour en réduire les séquelles, incapacités et risques de rechute. Elle vise à limiter les conséquences fonctionnelles et sociales, à favoriser la réadaptation, la réinsertion et le maintien de l'autonomie ou dans l'emploi⁽¹⁾.

a. Prévention primaire : réduire les facteurs de vulnérabilité

La prévention primaire a pour objectif d'agir avant que les troubles ne se manifestent. Elle intervient selon la typologie issue de l'OMS avant l'apparition de la maladie pour empêcher sa survenue et vise à réduire l'impact des facteurs de vulnérabilité. Elle englobe ainsi les actions destinées à promouvoir le bien-être psychique et à renforcer les capacités d'adaptation, en particulier dans les périodes de vie les plus sensibles.

Santé publique France a indiqué que la promotion de la santé mentale positive relève pleinement de cette prévention. Mme Caroline Semaille, directrice générale de l'établissement, a rappelé que la « santé mentale positive », entendue comme la capacité à faire face aux difficultés quotidiennes et à mobiliser ses ressources psychologiques, doit être considérée comme un objectif de politique publique en soi⁽²⁾. Mme Ingrid Gillaizeau⁽³⁾, responsable de l'unité Santé mentale, a précisé que ces actions visent à « *promouvoir la santé mentale et les comportements protecteurs avant même l'apparition des troubles psychiques* ».

Plusieurs professionnels ont également souligné la nécessité de renforcer la prévention primaire pour limiter l'exposition des enfants et des

(1) World Health Organization. *Health Promotion Glossary of Terms 2021*. Geneva: World Health Organization; 2021. Disponible en ligne : <https://iris.who.int/handle/10665/341686>

(2) Audition de Mme Caroline Semaille, 9 septembre 2025.

(3) Audition de Mme Ingrid Gillaizeau, 9 septembre 2025.

adolescents à des facteurs de risque identifiés. Mme Amandine Buffiere, pédopsychiatre et présidente de la Fédération nationale des CMPP, a relevé qu'un défaut d'intervention en amont contribue à des trajectoires de vulnérabilité durable, générant des besoins plus importants à l'adolescence ou à l'âge adulte⁽¹⁾. De nombreux acteurs de terrain ont décrit des situations où des familles en grande précarité cumulent difficultés sociales et absence de repérage initial, exposant les enfants à des troubles qui auraient pu être identifiés plus tôt.

Enfin, plusieurs rapports institutionnels consacrés à la petite enfance ou aux troubles du neurodéveloppement rappellent que les programmes de soutien à la parentalité, la sécurisation de l'environnement éducatif ou la réduction des inégalités territoriales d'accès aux bilans constituent des outils essentiels d'une prévention primaire efficace⁽²⁾. Ils soulignent que la promotion du bien-être psychique en début de vie constitue un investissement structurant pour l'ensemble du parcours.

b. Prévention secondaire : repérage précoce et intervention rapide

La prévention secondaire consiste à repérer le plus tôt possible les premiers signes de fragilité afin d'intervenir avant que les troubles ne se stabilisent ou ne s'aggravent. Selon les définitions classiques de la santé publique, elle vise à réduire l'évolution de la maladie en permettant une prise en charge plus précoce et plus efficace. Cette approche concerne à la fois les troubles psychiques débutants et certaines fragilités développementales où une intervention rapide permet d'éviter des aggravations ou l'apparition de déficits secondaires.

Les auditions ont largement souligné l'importance de cette prévention. Plusieurs spécialistes, dont M. Pierre de Maricourt, chef de service au GHU Paris psychiatrie et neurosciences, et Mme Amandine Buffiere, ont indiqué que la rapidité d'intervention conditionne l'évolution des troubles : lorsque les premiers signes ne sont pas repérés ou traités précocement, les trajectoires se dégradent et deviennent beaucoup plus difficiles à stabiliser⁽³⁾. Il en résulte d'importantes pertes de chances (voir *supra*).

Plusieurs intervenants ont insisté à ce titre sur l'importance des premiers signes comportementaux ou émotionnels : repli soudain, troubles du sommeil, irritabilité extrême, baisse brutale des résultats scolaires ou difficultés relationnelles. Mme Anne Morvan-Paris, directrice générale de France Enfance protégée, a souligné que ces signaux doivent être pris en compte rapidement, car les familles ne parviennent pas toujours à en identifier la nature ou à accéder aux ressources nécessaires⁽⁴⁾. Cette insuffisance de repérage constitue un facteur de rupture important.

(1) *Audition de Mme Amandine Buffiere, 23 septembre 2025.*

(2) *Par exemple, Haut Conseil de la Famille, de l'Enfance et de l'Âge (HCEA, 2024), L'aide et le soin aux enfants et adolescents en pédopsychiatrie et santé mentale.*

(3) *Audition de Mme Amandine Buffiere, 23 septembre 2025.*

(4) *Audition de Mme Anne Morvan-Paris, 9 septembre 2025.*

Les professionnels de la santé et de l'éducation se heurtent néanmoins à une pénurie de ressources et à l'absence de circuits de repérage formalisés. Plusieurs médecins généralistes ont indiqué identifier des troubles nécessitant un premier avis spécialisé sans disposer de solutions mobilisables rapidement. Cette situation limite directement l'efficacité de la prévention secondaire, qui repose précisément sur la rapidité de l'intervention.

c. Prévention tertiaire : éviter les aggravations et les ruptures de parcours

La prévention tertiaire intervient une fois le trouble installé. Elle vise à réduire les conséquences de la pathologie, à prévenir les rechutes et à limiter les incapacités associées. Ces objectifs concernent principalement la santé mentale, mais plusieurs auditions ont rappelé qu'ils s'appliquent également à certaines situations de handicap lorsqu'il s'agit de prévenir les déficits secondaires, de stabiliser les capacités fonctionnelles ou d'éviter des ruptures dans les trajectoires de vie.

Les auditions ont montré que cette dimension préventive est particulièrement fragilisée dans le champ de la santé mentale, en raison de la discontinuité des parcours et des difficultés d'accès aux accompagnements (voir *supra*). Mme Caroline Semaille, directrice générale de Santé publique France, a rappelé que l'un des objectifs centraux de la prévention tertiaire est de prévenir les réhospitalisations et de maintenir la stabilisation clinique obtenue après un épisode aigu. Elle a cité l'exemple du dispositif VigilanS, destiné à prévenir la récidive suicidaire en organisant autour de la personne ayant fait une tentative de suicide un réseau de professionnels de santé qui garderont le contact avec elle, dont l'évaluation a mis en évidence son impact sur la réduction des situations de crise⁽¹⁾. Plusieurs psychiatres entendus ont cependant souligné que ces dispositifs ne peuvent être efficaces que s'ils s'intègrent dans une organisation permettant un suivi régulier et coordonné.

Les auditions ont fait ressortir plusieurs difficultés structurelles qui limitent l'efficacité de cette prévention. Mme Céline Greco, professeure de médecine, cheffe du service de médecine de la douleur et de médecine palliative à l'hôpital Necker-Enfants malades et présidente de l'association Im'pactes, a indiqué que les ruptures de suivi après une hospitalisation, en l'absence de relais adaptés en ville, exposent les enfants de l'ASE à un risque accru de réapparition des symptômes et à des retours fréquents aux urgences. Elle a souligné que la prévention tertiaire suppose une organisation stable du parcours, notamment pour garantir la continuité des soins après la sortie d'un service hospitalier⁽²⁾.

(1) Audition de Mme Caroline Semaille, 9 septembre 2025.

(2) Audition de Mme Céline Greco, 21 octobre 2025.

Les rapports institutionnels⁽¹⁾ rappellent que la fréquence des rechutes est fortement inversement corrélée à la disponibilité des dispositifs d'accompagnement psychosocial, à l'intensité du suivi en ville et à la capacité des équipes à intervenir avant la survenue d'une nouvelle crise. Ils soulignent également que la prévention tertiaire nécessite une action coordonnée entre les secteurs sanitaire, social et médico-social, afin de limiter les pertes de repères et de prévenir les ruptures dans le parcours.

Enfin, plusieurs intervenants ont insisté sur le rôle des aidants dans cette prévention. Des représentants associatifs ont expliqué que les familles, faute de relais suffisants, assurent une part importante de la prévention tertiaire : elles veillent à l'observance des traitements, alertent les professionnels en cas de changement de comportement et jouent un rôle déterminant dans la continuité des soins. Mme Emmanuelle Rémond, présidente de l'Union nationale de familles et amis de personnes malades et/ou handicapées psychiques (Unafam), a notamment rappelé à quel point la psycho-éducation des familles est cruciale pour aider la personne à se rétablir et soulager le fardeau des aidants⁽²⁾. Cette prévention informelle ne peut toutefois se substituer à une organisation structurée. L'absence de soutien aux aidants et l'épuisement familial constituent, selon plusieurs auditions, des facteurs de rupture majeurs, exposant les personnes à des aggravations soudaines et à des réhospitalisations répétées.

2. L'importance d'agir dès les premiers signaux

La rapidité d'intervention constitue un déterminant majeur de l'évolution des troubles psychiques. Les auditions ont montré que, dans de nombreux cas, les premières manifestations – changements de comportement, troubles émotionnels, difficultés scolaires ou repli social – apparaissent bien avant que la situation ne justifie une prise en charge spécialisée. Cette logique vaut également pour certaines fragilités développementales, où un repérage précoce permet d'éviter des aggravations ou l'installation de déficits secondaires.

La capacité des dispositifs de proximité à identifier ces signaux et à organiser un premier appui conditionne largement la progression ou la stabilisation des difficultés. Plusieurs experts auditionnés ont insisté sur l'importance de cette intervention initiale, difficile à mettre en œuvre dans un système de santé marqué par des délais importants, l'insuffisance des relais de première ligne et la fragmentation des réponses disponibles.

(1) Notamment : *Cour des comptes, Les parcours dans l'organisation des soins de psychiatrie, Rapport public thématique, février 2021 et Inspection générale des affaires sociales (Igas), Alain Lopez, Gaëlle Turan-Pelletier, Organisation et fonctionnement du dispositif de soins psychiatriques, 60 ans après la circulaire du 15 mars 1960, rapport n° 2017-064R - Tome 1, novembre 2017.*

(2) *Audition de Mme Emmanuelle Rémond, 24 septembre 2025.*

a. Identification précoce des fragilités psychiques

L'identification précoce des fragilités psychiques constitue un élément déterminant de la prévention, car les premiers signes apparaissent souvent bien avant que la situation ne justifie une prise en charge spécialisée. Mme Marie-Rose Moro, professeure de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent et cheffe de service de la Maison de Solenn, a ainsi observé que **la temporalité des adolescents ne permet pas d'attendre plusieurs mois avant une première prise en charge**. Selon elle, les jeunes en crise « *ne peuvent pas attendre trois mois* » pour accéder à un professionnel, car les premiers signaux peuvent évoluer rapidement vers une situation d'urgence si aucun relais n'est disponible. Elle a souligné que l'apparition des troubles à cet âge s'accompagne souvent d'une fragilité relationnelle et émotionnelle qui nécessite un soutien immédiat⁽¹⁾.

Cette absence de repérage précoce est d'autant plus regrettable que le cadre scolaire offre un environnement privilégié pour observer les premiers signes et engager rapidement un premier échange avec les familles. Plusieurs intervenants exerçant dans le champ éducatif ont en effet précisé que les premiers signaux comme une baisse de la participation, une irritabilité inhabituelle ou un repli sur soi qui devraient conduire à un premier avis ou à un échange avec les familles sont fréquemment observés en milieu scolaire. M. Martin Knapp, professeur de politique de santé et de protection sociale à la London School of Economics and Political Science (LSE), a rappelé que l'école, lieu fréquenté par presque tous les enfants, permet de « *repérer des comportements et des risques susceptibles d'échapper aux parents* ». Selon lui, elle offre une « *occasion universelle d'engager le dialogue* » et constitue un axe stratégique pour le déploiement d'équipes spécialisées en santé mentale⁽²⁾.

Plusieurs professionnels travaillant en milieu scolaire ont cependant indiqué que les équipes éducatives repèrent très tôt des situations de fragilité sans toujours disposer des relais nécessaires pour orienter rapidement les élèves, les laissant dans l'impossibilité d'agir autrement que par des mesures ponctuelles.

Les auditions ont également montré que les familles jouent un rôle central dans l'identification des premiers signaux, mais ne disposent pas toujours de l'information nécessaire pour interpréter ces manifestations. Mme Anne Morvan-Paris, directrice générale de France Enfance protégée, a évoqué la situation de parents contraints de multiplier les sollicitations sans obtenir de réponse adaptée, ce qui accroît l'inquiétude familiale et contribue à une escalade progressive des difficultés lorsque l'état de l'enfant continue de se dégrader⁽³⁾.

Ces remarques plaident pour un renforcement général de la médecine scolaire.

(1) Audition de Mme Marie-Rose Moro, 3 septembre 2025.

(2) Audition de M. Martin Knapp, 15 octobre 2025.

(3) Audition de Mme Anne Morvan-Paris, 9 septembre 2025.

b. Limitation des ruptures scolaires, professionnelles et sociales

L'absence d'intervention rapide lors des premiers signes de fragilité expose les enfants et les adolescents à des ruptures de parcours dont les effets peuvent être durables. La période qui sépare l'apparition initiale des difficultés de l'accès à un premier avis spécialisé correspond souvent à un moment de bascule : lorsqu'elle s'allonge, les troubles non pris en charge retentissent directement sur le fonctionnement scolaire, social et familial. Cette logique concerne également certaines fragilités développementales, pour lesquelles un repérage tardif augmente le risque d'installer des difficultés durables.

Mme Amandine Buffiere a indiqué que certains enfants arrivent dans les structures spécialisées en situation de crise ou de décompensation, après une longue période d'attente au cours de laquelle les difficultés scolaires et relationnelles se sont cumulées sans qu'aucune évaluation ou adaptation n'ait pu être mise en place⁽¹⁾. Selon elle, ces situations se traduisent fréquemment par une perte de confiance, un retrait progressif et un isolement qui compliquent ensuite toute tentative de stabilisation. Mme Anne Morvan-Paris a également souligné que lorsque les familles ne parviennent pas à obtenir un premier avis ou une première orientation, les difficultés scolaires s'installent souvent avant qu'un accompagnement approprié ne soit proposé⁽²⁾. Elle a décrit des situations où les parents multiplient les démarches sans obtenir de réponse, tandis que l'enfant perd progressivement ses repères et se trouve confronté à des tensions dans l'environnement scolaire ou familial.

Elle a toutefois cité l'exemple du programme Pégase⁽³⁾, dédié aux enfants protégés de 0 à 6 ans accueillis en pouponnière ou en famille d'accueil, comme un modèle d'intervention précoce dont l'efficacité a été démontrée. Ce programme montre que la prise en charge précoce des pathologies permet, par la suite, un suivi moins lourd et une progression notable des capacités d'attention et des résultats scolaires. Cette approche intensive vise à garantir que des enfants ayant vécu de graves traumatismes retrouvent des trajectoires de développement normales, illustrant l'intérêt d'intervenir rapidement pour éviter des prises en charge ultérieures plus complexes.

S'agissant des adolescents, Mme Marie-Rose Moro a rappelé que la temporalité des troubles est particulièrement rapide à cet âge et que l'absence d'intervention précoce favorise les ruptures : éloignement scolaire, retrait social, conflits familiaux ou recours aux urgences en cas de situation critique. Elle a indiqué que ces épisodes surviennent souvent après une période durant laquelle un avis spécialisé aurait été nécessaire mais n'était pas accessible dans des délais compatibles avec l'évolution des difficultés⁽⁴⁾.

(1) *Audition de Mme Amandine Buffiere, 23 septembre 2025.*

(2) *Audition de Mme Anne Morvan-Paris, 9 septembre 2025.*

(3) <https://www.programmeppegase.fr/>

(4) *Audition de Mme Marie-Rose Moro, 3 septembre 2025.*

Les auditions ont montré de manière convergente que les retards d'intervention affectent le fonctionnement quotidien des enfants et des adolescents. Lorsque les premières difficultés perdurent sans réponse, la participation aux apprentissages diminue, les tensions familiales s'accentuent et l'isolement progresse, rendant les ajustements ultérieurs plus difficiles. Ces effets en chaîne contribuent à alourdir les prises en charge engagées tardivement.

3. Les transitions de vie comme moments critiques pour la santé mentale

Les transitions d'âge constituent des moments critiques au cours desquels les repères changent et les dispositifs se renouvellent. Les parcours sont jalonnés de transitions successives qui modifient les repères et les interlocuteurs. De la petite enfance à l'entrée dans la vie adulte, ces étapes doivent être anticipées pour éviter qu'un changement de dispositif ou de cadre n'entraîne des ruptures.

a. De la petite enfance à l'entrée à l'école

La première transition structurante dans le parcours d'un enfant intervient entre la petite enfance et l'entrée à l'école. Ce passage, souvent perçu comme linéaire, constitue en réalité un moment à haut risque de rupture en raison de la segmentation des dispositifs, de l'absence d'un relais formalisé et de la diversité des acteurs impliqués. À cet âge, les fragilités psychiques ou développementales peuvent être encore peu visibles ou interprétées comme des variations normales du développement, tandis que les familles ne disposent pas toujours des repères nécessaires pour solliciter un avis ou une évaluation.

Le service de protection maternelle et infantile (PMI) du département joue un rôle déterminant dans le suivi du très jeune enfant et dans l'accompagnement des parents, mais son intervention s'interrompt en grande partie au moment de la scolarisation. Cette bascule s'effectue sans dispositif national garantissant un transfert systématique d'informations vers l'école ou la santé scolaire. Les équipes de PMI peuvent avoir repéré des éléments de vulnérabilité ou accompagné des familles dans une période délicate, mais ces observations ne sont pas toujours transmises – ou seulement à l'initiative des parents – ce qui introduit une incertitude dès l'entrée en maternelle.

En effet, bien que le service de protection maternelle et infantile (PMI) ait pour mission légale d'assurer le suivi sanitaire et médico-social des enfants de la naissance jusqu'à l'âge de six ans, incluant notamment un bilan de santé à 3-4 ans souvent réalisé en milieu scolaire, la fréquence et l'intensité des interventions de la PMI tendent à diminuer après l'entrée en maternelle, ce qui peut entraîner des disparités territoriales et des ruptures potentielles dans la continuité du suivi, **situation qui appelle une meilleure coordination nationale entre PMI, médecine de ville et santé scolaire afin de garantir un accompagnement adapté**

et continu, en particulier pour les enfants ayant bénéficié d'un dépistage précoce ou d'un appui spécifique⁽¹⁾.

Le début de la scolarité marque également un changement de logique : l'enfant passe d'un environnement centré sur le développement global et l'accompagnement familial à un cadre éducatif structuré, où la détection des difficultés dépend largement de l'observation quotidienne par les enseignants et de la capacité à mobiliser les ressources de l'établissement. Les enseignants repèrent souvent des signes de fragilité, mais ne bénéficient pas toujours d'un appui immédiat pour confirmer ces observations, orienter les familles ou engager des adaptations pédagogiques. **La fermeture des réseaux d'aides spécialisées aux élèves en difficulté (Rased) a été citée par Mme Amandine Buffiere, présidente de la Fédération des CMPP, comme ayant supprimé un premier niveau de prévention où les enfants pouvaient être dépistés et pris en charge à l'école pour des difficultés légères⁽²⁾.**

Les bilans de santé réalisés entre trois et six ans jouent un rôle potentiellement important dans le repérage des difficultés émergentes. Plusieurs intervenants ont toutefois relevé des disparités importantes dans leur mise en œuvre. Dans certains territoires, ces bilans permettent d'identifier rapidement des besoins et de proposer une première orientation ; dans d'autres, leur absence ou leur caractère incomplet retarde l'intervention des services spécialisés, contribuant à creuser les écarts de prise en charge dès les premières années de scolarité.

Plusieurs auditions ont cependant montré que les familles doivent souvent faire face seules à ce passage, en l'absence de dispositifs formalisés assurant la coordination entre la PMI, l'école et les services de santé. Lorsqu'un soutien a été apporté en petite enfance, il n'est pas systématiquement prolongé ; et lorsque les premiers signes apparaissent à l'école, les familles doivent engager elles-mêmes les démarches pour obtenir un avis médical ou psychologique. **Cette absence de continuité organisée rend les trajectoires particulièrement vulnérables à ce stade, alors même qu'une intervention coordonnée permettrait de stabiliser les situations plus tôt.**

(1) Rist S. *Rapport relatif au parcours de coordination renforcée santé et social des enfants de 0 à 6 ans et des jeunes en situation de vulnérabilité*. Ministère des Solidarités et de la Santé; 2023. Disponible en ligne : https://solidarites.gouv.fr/sites/solidarite/files/2023-01/rapport_27_mars_stephanie_rist.pdf

(2) *Audition de Mme Amandine Buffiere*, 23 septembre 2025.

Les Rased, un maillon essentiel de la prévention précoce aujourd’hui fragilisé

Les réseaux d'aides spécialisées aux élèves en difficulté (Rased) constituent le principal dispositif d'aide spécialisée dans le premier degré. Ils regroupent des enseignants spécialisés (options E et G) et des psychologues de l'éducation nationale chargés d'intervenir auprès des élèves présentant des difficultés durables dépassant le cadre du soutien pédagogique ordinaire. Leur action visait à stabiliser les obstacles précoce, à soutenir la socialisation et à prévenir les ruptures dans les apprentissages. Ils jouaient ainsi un rôle de premier niveau de prévention, en permettant le dépistage et la prise en charge, au sein de l'école, des enfants présentant des difficultés légères. Cette organisation s'appuyait également sur une collaboration étroite avec les psychopédagogues des CMPP.

Les auditions ont toutefois confirmé une diminution marquée des effectifs, variable selon les territoires, liée principalement aux difficultés de recrutement de personnels disposant de la formation adéquate. Selon M. Jean Hubac, chef du service de l'accompagnement des politiques éducatives à la Dgesco, certains directeurs académiques sont contraints de transformer les postes non pourvus en postes d'enseignants ordinaires afin de ne pas perdre les emplois correspondants. Aucun dispositif équivalent n'a été créé pour reprendre leurs missions spécifiques et, dans de nombreux secteurs, les Rased ont été fermés ou ont disparu des écoles.

Cette réduction, voire disparition, constitue un point de fragilité majeur au moment de l'entrée dans la scolarité obligatoire. Elle limite fortement la capacité d'intervention précoce et contribue, selon les auditions, à une médicalisation accrue de l'échec scolaire. Mme Amandine Buffiere, pédopsychiatre et présidente de la Fédération des CMPP, a notamment indiqué que l'absence de Rased et la réduction parallèle des psychopédagogues en CMPP conduisent à un accompagnement beaucoup moins satisfaisant des difficultés affectives des enfants.

b. De l'adolescence vers la scolarité et la socialisation

L'adolescence constitue l'un des moments les plus sensibles des parcours, en raison de l'accumulation de transitions scolaires, affectives, sociales et institutionnelles. Ce n'est pas seulement une période de transformations individuelles, mais également une étape au cours de laquelle les dispositifs changent rapidement, où les interlocuteurs se multiplient et où les attentes éducatives se renouvellent. Cette superposition de transitions crée des zones de fragilité susceptibles d'entraîner des ruptures lorsqu'aucune continuité n'est organisée. Les adolescents doivent simultanément intégrer de nouveaux repères, s'inscrire dans des groupes de pairs plus complexes et gagner en autonomie. Plusieurs auditions ont souligné que ce cumul de changements accroît le risque d'isolement, de retrait ou de difficultés relationnelles lorsque l'adolescent présente déjà des fragilités ou ne bénéficie pas d'un appui suffisant.

La détection des besoins devient également plus difficile à cet âge, car les difficultés ne se manifestent plus sous une forme directement observable. Plusieurs intervenants ont relevé que les troubles psychiques émergents sont souvent discrets, fluctuants ou interprétés comme des comportements ordinaires pour l'âge, ce qui retarde leur reconnaissance. M. Raphaël Moreau, conseiller

technique santé et établissements et services sociaux et médico-sociaux de l’Union nationale interfédérale des œuvres et organismes privés non lucratifs sanitaires et sociaux (Uniopss), représentant du collectif Handicaps, a rappelé que les troubles psychiques sévères sont largement invisibilisés et que la matérialité d’un handicap psychique est souvent plus difficile à établir que celle d’un handicap moteur⁽¹⁾. Chez les jeunes en grande précarité, Mme Florence Louppé, psychiatre au Samusocial de Paris, a observé pour sa part que les profils rencontrés entrent difficilement dans les classifications usuelles, ce qui complique encore le repérage⁽²⁾.

Cette invisibilité entretient également une confusion entre premiers signes et « crise d’adolescence », ce qui a amené M. Pierre de Maricourt, psychiatre, expert judiciaire et chef de service à l’hôpital Sainte-Anne, à insister sur la nécessité de mieux former les médecins généralistes pour éviter de banaliser des signaux précoces. Dans ce contexte, un adolescent peut en effet donner l’impression de s’adapter tout en rencontrant des obstacles importants dans ses apprentissages ou sa socialisation. Faute de coordination entre l’école, les familles et les acteurs de santé, les premiers signes passent facilement inaperçus et ne sont souvent identifiés qu’après plusieurs mois, lorsque les retraits scolaires ou sociaux sont déjà installés et que les risques de rupture se sont aggravés.

Les transitions sociales jouent enfin un rôle important. L’adolescence est une étape où les relations entre pairs deviennent centrales, où les changements d’établissement ou de classe peuvent fragiliser les jeunes, et où les tensions familiales se répercutent plus fortement sur la vie scolaire. Lorsque plusieurs de ces facteurs se combinent, les repères patiemment construits peuvent être perdus en quelques mois, en l’absence de relais de soutien.

Enfin, cette période se caractérise par **un décalage notable entre l’évolution des besoins et l’organisation des dispositifs**, encore largement structurés autour de seuils administratifs. L’absence de cadre commun entre les acteurs scolaires, sociaux et sanitaires rend difficile l’anticipation des changements de situation. Dans certains territoires, le passage d’un service à un autre entraîne une interruption temporaire du suivi, faute de coordination. **Ces discontinuités fragilisent les adolescents, au moment même où leurs besoins nécessitent un accompagnement régulier pour éviter une rupture plus marquée.**

c. De la scolarité vers la vie adulte et l’autonomie

Le passage de la scolarité à la vie adulte constitue l’une des transitions les plus complexes pour les jeunes présentant des fragilités psychiques ou développementales. À la différence des transitions précédentes, qui s’inscrivent encore dans un cadre éducatif structuré, cette étape conduit à un changement complet de référent institutionnel : les dispositifs pédiatriques qui suivaient l’enfant

(1) *Audition de M. Raphaël Moreau, 24 septembre 2025.*

(2) *Audition de Mme Florence Louppé, 24 septembre 2025.*

ou l'adolescent cessent d'intervenir, et de nouveaux interlocuteurs apparaissent, selon des logiques administratives et sanitaires très différentes. Les auditions ont montré que ce passage concentre un grand nombre de ruptures, non pas en raison d'une aggravation systématique des difficultés, mais en raison d'une discontinuité entre des systèmes fonctionnant selon des cadres et des critères distincts.

L'existence de risques particulièrement élevés lors de l'arrivée dans les études supérieures a conduit en 2016 Patrick Skehan, un étudiant irlandais en échange à Paris, à fonder l'association Nightline, que le rapporteur a visitée en novembre 2025, qui a mis en place un service d'écoute nocturne par téléphone et tchat afin de permettre aux jeunes de se confier librement. Cette association a su nouer des partenariats, notamment avec les Crous et avec France Universités. Mme Bénédicte de Percin a cependant rappelé au cours de son audition que « *si des campagnes de communication augmentent le nombre d'appels, il est nécessaire de subventionner l'association* ». ⁽¹⁾

La sortie du lycée ou de l'enseignement professionnel entraîne la fin du suivi assuré par les équipes éducatives, qui constituaient souvent un repère stable pour les jeunes et leurs familles. Dans certains cas, l'établissement était le seul lieu où des besoins avaient été identifiés ou suivis. Lorsque l'adolescent quitte ce cadre sans qu'une orientation vers des dispositifs médico-sociaux ou des structures de soutien ait été préparée, il peut se retrouver sans interlocuteur clairement défini. **L'absence de relais explicite rend cette période particulièrement sensible, même lorsque les difficultés avaient été stabilisées durant la scolarité.**

Cette transition est également marquée par le passage d'une prise en charge en pédopsychiatrie à une prise en charge en psychiatrie adulte pour les jeunes concernés. Les auditions ont montré que ce changement s'effectue rarement selon une logique de continuité : l'organisation des services, les modalités de suivi, les critères d'admission ou encore les ressources disponibles diffèrent sensiblement, créant un risque d'interruption de prise en charge. Dans certains territoires, les jeunes de 16 à 18 ans se retrouvent dans un entre-deux, trop âgés pour les dispositifs destinés aux enfants, mais ne correspondant pas aux priorités des structures pour adultes. Mme Amandine Buffiere a ainsi indiqué que les capacités limitées en pédopsychiatrie conduisent parfois à orienter plus tôt vers le secteur adulte, où les approches sont davantage centrées sur des prises en charge lourdes. Elle a indiqué qu'il lui semblait « *un peu rude d'envoyer des jeunes de 18 ans dans le secteur adulte parce que celui-ci pratique beaucoup de psychiatrie lourde et n'offre que peu d'accès à la psychothérapie* », mais que « *Plus les structures sont débordées, plus elles ont tendance à orienter tôt, parfois dès l'âge de 16 ans, vers le secteur des adultes* » ⁽²⁾. Mme Buffiere a précisé : « *L'expérience du bureau d'aide psychologique universitaire (Bapu) m'a montré qu'il était pertinent de recourir à des pédopsychiatres pour accompagner des jeunes adultes car ils ont encore en tête leurs difficultés à se séparer de leur famille et à se lancer dans une nouvelle vie.* »

(1) Audition de Mme Bénédicte de Percin, 14 octobre 2025.

(2) Audition de Mme Amandine Buffiere, 23 septembre 2025.

Il serait nécessaire de créer des structures adaptées et de consacrer des moyens spécifiques aux étudiants. En effet, quand ils décrochent, cela fait beaucoup de dégâts, parce qu'ils ne peuvent plus poursuivre leurs études. »

Mme Christine Gétin, directrice de l'association HyperSupers TDAH France, a également relevé que les services pour adultes ne sont pas organisés pour accompagner les troubles émergents de l'adolescence, ce qui accentue les risques de rupture⁽¹⁾.

Les bureaux d'aide psychologique universitaire (Bapu)

Les bureaux d'aide psychologique universitaire (Bapu) sont des dispositifs publics destinés à offrir un soutien psychologique gratuit et confidentiel aux étudiants. Ils proposent des consultations, des suivis courts et une orientation vers des structures spécialisées si nécessaire. Crées dans les années 1960, les Bapu visent à répondre aux besoins spécifiques de santé mentale de la population étudiante, souvent confrontée à des situations de stress, de souffrance psychique ou de troubles mentaux débutants. Ils jouent un rôle clé dans la prévention secondaire en facilitant l'accès précoce à des soins adaptés. Les Bapu sont généralement rattachés à des centres universitaires de santé mentale ou à des structures hospitalières de psychiatrie de secteur.

Ce dispositif contribue à la santé mentale en milieu universitaire et complète l'offre de soins existante, en favorisant la détection précoce, la prise en charge et l'accompagnement des étudiants en difficulté psychique.

Le passage à la vie adulte implique également une réévaluation des droits pour les jeunes suivis par les maisons départementales des personnes handicapées (MDPH). La transition entre dispositifs enfants et dispositifs adultes ne garantit pas toujours la continuité des aides, en raison des procédures, des délais ou de la nécessité de constituer un nouveau dossier. Dans certains cas, le jeune peut perdre temporairement ses droits ou doit interrompre un accompagnement en cours, ce qui accentue les risques de rupture au moment même où il doit s'adapter à un nouvel environnement éducatif, professionnel ou social.

Cette transition concerne aussi les jeunes suivis par l'aide sociale à l'enfance. À la majorité ou peu après, lorsqu'ils sortent de dispositifs qui structuraient leur quotidien, ils se trouvent souvent dépourvus de solution d'accompagnement adulte immédiatement disponible. Plusieurs auditions ont indiqué que cette sortie peut constituer une rupture majeure, dans la mesure où ces jeunes ne disposent pas d'un réseau familial pour les soutenir ou que leur parcours a été marqué par des changements répétés de lieux de vie. L'absence de préparation et de continuité dans l'accompagnement rend alors difficile la construction d'une autonomie stable.

Mme Céline Greco, cheffe de service à l'hôpital Necker-Enfants malades et présidente de l'association Im'pactes, a ainsi souligné lors de son audition que la fin

(1) *Audition de Mme Christine Gétin, 22 octobre 2025.*

de la prise en charge à 18 ans par l'ASE est un « *écueil majeur* » qui « *impose aux jeunes d'atteindre une autonomie complète dès leur majorité, sous peine de se retrouver à la rue* ». Redoutant que les jeunes ne se retrouvent sans solution, les éducateurs ont alors tendance à les orienter très tôt vers des filières professionnalisautes courtes qui ne correspondent pas nécessairement aux souhaits des jeunes concernés. Mme Greco suggère pour cette raison que la prise en charge par l'ASE soit prolongée jusqu'à l'âge de 25 ans, rappelant que c'est en moyenne à cet âge qu'a lieu en France le départ du domicile parental.

Enfin, les trajectoires sont d'autant plus fragilisées que la vie adulte impose simultanément de nouveaux impératifs : démarches administratives, recherche de logement, insertion professionnelle, accès aux soins, gestion budgétaire. Lorsque ces exigences s'ajoutent à une interruption de suivi ou à une perte de coordination, les jeunes peuvent rapidement se trouver en difficulté. Une transition cohérente suppose donc d'anticiper ces changements, d'organiser un relais entre les dispositifs et de garantir la continuité au-delà du cadre scolaire.

d. Les transitions au début de la vie adulte : insertion, autonomie et premiers épisodes

Les premières années de la vie adulte constituent également une période de transition où les risques de rupture sont particulièrement élevés. M. Pierre de Maricourt, psychiatre, a ainsi rappelé que « *c'est à la fin de l'adolescence et au début de l'âge adulte qu'apparaissent la majorité des grandes pathologies mentales, comme la schizophrénie et les troubles de l'humeur, qui touchent chacun 1 % de la population.* »⁽¹⁾. Cette étape implique à nouveau des changements rapides – accès à l'emploi, installation dans un logement, autonomie financière – mais également la disparition progressive des appuis structurants qui existaient durant la scolarité. Lorsque des fragilités psychiques étaient déjà présentes, ou apparaissent à cet âge, l'absence d'interlocuteurs clairement identifiés rend la continuité des parcours difficile à maintenir.

Les débuts de vie autonome sont également marqués par une fragilité accrue des conditions matérielles. Les jeunes adultes sortant de dispositifs de protection de l'enfance, ou ceux en situation de précarité résidentielle, se retrouvent souvent sans accompagnement structuré si un trouble apparaît. Mme Christine Gétin, directrice de l'association HyperSupers TDAH France, a rappelé que la transition vers la psychiatrie adulte se déroule rarement dans une logique de continuité : les approches, les critères d'admission et l'organisation des services diffèrent profondément de ceux de la pédopsychiatrie, créant un risque de rupture pour les jeunes adultes dont les besoins n'entrent pas dans les priorités du secteur adulte⁽²⁾. Mme Claudine Casavecchia⁽³⁾, présidente de la même association, a souligné que cette absence de coordination alimente des parcours fragmentés où les

(1) *Audition de M. Pierre de Maricourt, 3 septembre 2025.*

(2) *Audition de Mme Christine Gétin, 22 octobre 2025.*

(3) *Audition de Mme Claudine Casavecchia, 22 octobre 2025.*

difficultés émergentes sont prises en charge tardivement, alors qu'une anticipation des relais aurait permis une stabilisation plus rapide.

Enfin, nombre de jeunes adultes se retrouvent dans une zone d'entre-deux, n'ayant plus accès aux dispositifs destinés aux mineurs sans pour autant disposer des droits ou des accompagnements nécessaires auprès des structures pour adultes, qui peuvent elles-mêmes faire face à des problèmes de capacité. Le centre hospitalier isarien- PSM Oise, visité par M. David Magnier, député de l'Oise, a ainsi fait état d'une difficulté particulière à accueillir les enfants arrivant à l'âge adulte en raison d'un manque de place en médico-social. Dans ces situations, les ruptures ne résultent pas d'une aggravation brutale des troubles, mais du défaut d'interface entre des systèmes qui fonctionnent selon des logiques distinctes. Anticiper ces transitions constitue ainsi un enjeu essentiel de prévention : sans relais préparés, les premiers épisodes psychiatriques à l'âge adulte entraînent rapidement des ruptures dans les études, l'emploi ou le logement, compromettant durablement les trajectoires de vie.

B. LES CONDITIONS D'UNE PRÉVENTION RÉELLEMENT EFFECTIVE

La prévention ne dépend pas seulement de la capacité à repérer tôt les fragilités ou à anticiper les transitions d'âge. **Elle repose aussi sur l'organisation concrète des acteurs et des dispositifs qui doivent pouvoir intervenir au bon moment**. Les auditions ont montré que cette dimension opérationnelle constitue aujourd'hui un point de fragilité majeur : les échanges d'information restent irréguliers, les relais entre services sont inégaux et l'accès aux expertises spécialisées varie fortement selon les territoires.

Rendre la prévention réellement effective suppose que chaque étape du parcours puisse s'appuyer sur des intervenants disponibles et reliés entre eux. Lorsqu'un maillon ne peut jouer pleinement son rôle, l'ensemble du dispositif perd en réactivité et la stabilisation précoce devient plus difficile. Garantir cette continuité opérationnelle constitue ainsi une condition essentielle pour éviter que les fragilités identifiées ne se transforment en ruptures de parcours.

1. Une cohérence des interventions pour sécuriser les parcours

La capacité à prévenir les ruptures dépend d'abord de la manière dont les acteurs parviennent à intervenir ensemble. Même lorsque les fragilités ont été repérées en amont, l'efficacité de la prévention reste limitée si l'école, les services de santé, la médecine de ville et le médico-social n'opèrent pas dans un cadre partagé. Les auditions ont montré que cette articulation reste aujourd'hui très hétérogène : dans certains territoires, des coopérations stables permettent d'anticiper les situations et d'éviter les interruptions de suivi ; dans d'autres, l'absence d'interface formalisée conduit à des parcours fragmentés et à des délais incompatibles avec les besoins des enfants et des adolescents.

Une prévention cohérente suppose donc que les acteurs puissent échanger les informations utiles, disposer de relais identifiés et s'inscrire dans un cadre opérationnel commun, afin que l'intervention ne dépende ni de démarches individuelles ni de l'initiative des familles.

a. Une meilleure interface entre l'école, le sanitaire et le médico-social

L'une des difficultés majeures tient à l'absence d'une interface clairement organisée entre l'école, le système de santé et le secteur médico-social. Cette situation ne résulte pas d'un manque d'engagement des acteurs, mais de la manière dont les responsabilités sont réparties et des logiques propres à chaque institution. Chacune intervient selon ses priorités et ses moyens, sans un cadre commun permettant de structurer les échanges de façon satisfaisante. Cette autonomie, légitime en soi, peut faire obstacle à une prévention cohérente tout au long du parcours des enfants et des adolescents présentant des fragilités psychiques ou développementales.

À l'école, le repérage repose essentiellement sur les observations quotidiennes des enseignants et des personnels éducatifs. Ces équipes peuvent identifier des fragilités ou des évolutions préoccupantes, mais elles ne disposent pas toujours des relais nécessaires pour confirmer ces constats ou orienter les familles. L'articulation avec les services de santé scolaire varie fortement selon les territoires, en fonction des effectifs disponibles, de l'organisation interne ou des priorités locales. **Cette hétérogénéité conduit à des trajectoires contrastées** : certains établissements parviennent à activer rapidement un relais, d'autres peinent à identifier un interlocuteur pour évaluer la situation.

L'absence de circuit institutionnel permettant une collaboration régulière entre l'école et les structures sanitaires ou médico-sociales constitue une difficulté centrale. Lorsqu'un besoin d'accompagnement apparaît, la transmission d'informations s'effectue le plus souvent au cas par cas, portée par les familles ou par les professionnels les plus impliqués. Faute de cadre partagé, les échanges reposent sur des relations informelles. M. Sébastien Bisac, pédopsychiatre au GHU Paris psychiatrie et neurosciences, a ainsi indiqué que les équipes sanitaires et médico-sociales « *ne se rencontrent jamais* » en l'absence de canaux organisés, la coordination dépendant largement de contacts personnels. Cette organisation fondée sur des démarches individuelles crée un risque permanent de rupture.

Plus généralement, M. Philippe Berranger, responsable plaidoyer de l'association Ladapt, a déploré n'observer « *aucune coordination du secteur médico-social avec l'éducation nationale, pas plus qu'avec l'ASE ou avec le secteur sanitaire, encore moins avec France Travail* », ajoutant que « *Les dispositifs de coordination s'empilent et ne fonctionnent pas.* »⁽¹⁾.

Le rapporteur tempère légèrement ce propos. L'éducation nationale elle-même a admis l'existence de cette lacune en créant les pôles d'appui à la

(1) *Audition de M. Philippe Berranger, 24 septembre 2025.*

scolarité (PAS) afin de remédier à la faible coordination entre l'école, le secteur médico-social et les acteurs libéraux⁽¹⁾, en réunissant des ressources éducatives et médico-sociales dans les établissements scolaires pour un accompagnement plus fluide des élèves en situation de handicap ou en difficulté. **Par ailleurs, des coordinations sont de fait réalisées de gré à gré entre certains services comme les Ditep⁽²⁾ , certains jardins d'enfants, voire IME, même s'ils ne sont pas inscrits dans une logique de coordination globale entre éducation nationale et acteurs du secteur médico-social.**

De même, le ministère de la santé et celui de l'éducation nationale ont dû rédiger une « circulaire conjointe »⁽³⁾ (dite « coupe-file ») pour « *formaliser le lien entre les CMP et l'éducation nationale* » et permettre un accès plus rapide des élèves aux soins de santé mentale, notamment après une évaluation réalisée par le personnel de santé de l'éducation nationale. Cette mesure vise à corriger un circuit institutionnel dont il est dès lors admis *a contrario* qu'il était insuffisant ou peu fiable. **Le rapporteur s'étonne cependant de la publication tardive de cette circulaire au regard de la montée des enjeux de santé mentale, ainsi que de la base légale retenue. En année de grande cause nationale, un véhicule législatif plus élevé dans la hiérarchie des normes aurait donné une force exécutoire plus forte à cette nécessité.**

Plus généralement, le secteur médico-social, notamment les services spécialisés dans l'accompagnement des enfants et des adolescents, fait face à une demande supérieure à ses capacités. La multiplicité des solutions possibles complique par ailleurs l'orientation, d'autant que ces structures ne disposent pas toujours de conventions formalisées avec les établissements scolaires. Plusieurs professionnels ont souligné que les partenariats demeurent inégaux selon les territoires. M. Florent Simon, secrétaire général du Syndicat national des psychologues, a rappelé que la concertation avec l'éducation nationale existe dans certains centres médico-psycho-pédagogiques, mais qu'elle dépend largement du temps disponible des équipes : « *Dans le secteur médico-social, de telles concertations se multiplient. Mais, encore une fois, c'est une question de temps : quand on participe à ces réunions, on n'est pas avec des patients.* »⁽⁴⁾

Le système de santé intervient pour sa part selon ses propres logiques et critères de priorité. **La coordination avec les équipes éducatives repose principalement sur des initiatives locales, sans organisation pérenne.** M. Charles Guépratte, directeur général de la Fehap, a relevé que les acteurs se

(1) *Page de présentation des pôles d'appui à la scolarité (PAS), à l'adresse :*

<https://www.education.gouv.fr/bo/2025/Hebdo33/MENE2520651C>

(2) *On appelle « Dispositif ITEP ou Ditep » le fonctionnement en dispositif intégré des instituts thérapeutiques, éducatifs et pédagogiques (ITEP) et des services d'éducation spéciale et de soins à domicile (Sessad).*

(3) *Circulaire interministérielle MENESR-Dgesco A1-3-MTSS du 1^{er} septembre 2025 relative au déploiement des pôles d'appui à la scolarité (PAS), consultable à l'adresse :*

<https://bulletins-officiels.social.gouv.fr/sites/textes-officiels/files/2025-09/MENE2520651C.pdf>

(4) *Audition de MM. Florent Simon et José Presas Rodriguez, 1^{er} octobre 2025.*

heurtent à l'absence de vision interministérielle, ce qui limite la capacité à articuler les interventions entre les secteurs sanitaire, social et éducatif⁽¹⁾.

Cette absence d'interface structurée limite fortement la capacité de prévention. Lorsqu'un enfant ou un adolescent présente des signes de fragilité, l'efficacité de l'intervention dépend du moment où les professionnels parviennent à partager les informations nécessaires. Selon plusieurs auditions, les difficultés s'aggravent moins en raison d'un défaut d'attention qu'en raison de l'absence d'un acteur clairement chargé de piloter la coordination. **Une prévention cohérente suppose donc de dépasser ces cloisonnements pour mieux articuler les interventions éducatives, sanitaires et médico-sociales.**

b. Rôle pivot des familles et aidants dans la prévention informelle

En l'absence de cadre structuré de coordination entre les acteurs éducatifs, sanitaires et médico-sociaux, **les familles occupent une place centrale dans la continuité des parcours.** Ce rôle déterminant ne repose toutefois sur aucune organisation formalisée et renforce les inégalités selon les ressources, la disponibilité ou la capacité d'initiative des parents. Plusieurs intervenants ont ainsi souligné que les familles deviennent souvent les principaux intermédiaires entre des dispositifs qui ne dialoguent pas spontanément. Mme Elvire Cassan, journaliste, a ainsi souligné que les familles pouvaient fréquemment avoir le « *sentiment de devoir quémander* » des droits pourtant inscrits dans la loi⁽²⁾.

Les parents sont généralement les premiers à percevoir l'évolution des comportements ou l'apparition de difficultés. Il leur faut alors solliciter les équipes éducatives, rechercher un avis médical ou engager par eux-mêmes des démarches auprès des structures sanitaires ou médico-sociales, une charge accentuée par la complexité des démarches administratives et par l'hétérogénéité des informations disponibles selon les territoires.

Les familles jouent un rôle particulièrement décisif lors des transitions d'âge (entrée à l'école, passage au collège, fin de la scolarité). Ce sont souvent elles qui assurent la transmission d'informations essentielles lorsque les dispositifs précédents ne prévoient ni moyens ni procédures pour organiser un relais. **Cette difficulté de transmission a conduit certains intervenants à souligner l'intérêt d'un mécanisme de « portabilité » des informations et des adaptations.** Mme Sophie Cluzel, ancienne secrétaire d'État chargée des personnes handicapées, a notamment indiqué que les parents sont souvent contraints de réexpliquer à chaque changement d'enseignant ou de structure les besoins de leur enfant, faute d'un document opposable et transmissible entre les acteurs. Elle a décrit, à ce titre, l'idée d'un « *sac à dos des adaptations* », permettant de regrouper l'ensemble des aménagements nécessaires et de les rendre accessibles lors des transitions scolaires ou lors du passage vers l'enseignement supérieur⁽³⁾. **Le rapporteur souligne**

(1) Audition de M. Charles Guépratte, 24 septembre 2025.

(2) Audition de Mme Elvire Cassan, 22 octobre 2025.

(3) Audition de Mme Sophie Cluzel, 7 octobre 2025.

l'importance de ces portabilités qui doivent être calquées sur les droits ouverts sur les cycles, l'exemple le plus marquant étant le passage du primaire au collège.

Cette proposition vise à éviter que la continuité des appuis repose exclusivement sur les familles et à réduire la charge liée à la répétition des démarches. Elle rejoint les constats formulés par d'autres intervenants, qui ont relevé que l'absence d'outils de portabilité ralentit l'accès aux aménagements et fragilise les trajectoires lors des transitions d'âge. Un dispositif structuré de transmission permettrait, à l'inverse, de sécuriser les parcours et de limiter les ruptures liées au changement d'interlocuteurs.

Cette prévention familiale informelle repose aussi sur un soutien quotidien : accompagner les apprentissages, suivre l'évolution des besoins, ajuster l'environnement familial ou encourager la participation à des activités éducatives ou sociales. De fait, les familles disposant d'un capital social ou d'un réseau de professionnels parviennent davantage à sécuriser les parcours, tandis que d'autres se heurtent à une accumulation de démarches susceptible de conduire au renoncement. Mme Malika Boubeker, conseillère nationale compensation, autonomie, accès aux droits, MDPH, de l'association APF France handicap, a suggéré la création d'un référent unique au sein des MDPH chargé de « *suivre les dossiers de A à Z* » afin que les familles ou les usagers eux-mêmes disposent d'un relais identifiable⁽¹⁾, proposition qui s'accorde avec la décision annoncée par Mme Charlotte Parmentier-Lecoq, ministre déléguée chargée de l'autonomie et des personnes handicapées, de mettre en place un rendez-vous personnalisé primo-demandeur pour les familles ou les personnes afin d'offrir un accompagnement pour remplir les dossiers⁽²⁾, mais qui implique un renforcement humain ou une réorganisation des MDPH. **Le rapporteur souligne en tout cas la nécessité de renforcer la place des familles dans les processus de décision et d'accompagnement des personnes en situation de handicap.**

Si la centralité des familles n'est pas en soi problématique, elle met en lumière une fragilité structurelle : **en l'absence de dispositifs organisés, la continuité dépend d'acteurs qui ne sont ni mandatés ni toujours en mesure d'assumer ces fonctions.** Pour que les transitions d'âge soient anticipées et que les parcours soient continus, les familles doivent être informées et accompagnées, mais ne peuvent être les seules à porter la responsabilité de l'articulation entre les systèmes.

2. Les acteurs du repérage et du premier recours

La continuité des parcours suppose que les premiers signes soient identifiés par des acteurs capables de mobiliser rapidement les relais adaptés. Les services de proximité, qu'ils relèvent de la PMI, de l'éducation, de la petite

(1) *Audition de Mme Malika Boubeker, 24 septembre 2025.*

(2) *Audition de Mme Charlotte Parmentier-Lecoq, 28 octobre 2025.*

enfance ou de la médecine générale, jouent un rôle déterminant à cette étape. **La médecine scolaire constitue également un levier potentiel de prévention, encore insuffisamment mobilisé.** Son positionnement au cœur des établissements lui permet d'observer les évolutions comportementales ou relationnelles, mais ses capacités sont limitées par l'hétérogénéité des moyens et la faiblesse des effectifs dans plusieurs territoires. L'efficacité de ces différents éléments reste pourtant inégale, en raison de moyens variables et de circuits de coopération encore insuffisamment structurés.

a. Le rôle central de la protection maternelle et infantile (PMI) et de la guidance parentale

Les services de protection maternelle et infantile occupent une place déterminante dans le premier maillon de la prévention, en raison de leur proximité avec les familles et de leur capacité à observer très tôt l'évolution du jeune enfant. Le suivi réalisé en petite enfance, les visites à domicile, les consultations précoces et les bilans de santé offrent autant de situations où peuvent être repérées des fragilités relationnelles, comportementales ou développementales. Leur intervention permet d'engager rapidement les démarches utiles et d'orienter les familles vers les appuis adaptés.

Cette prévention précoce dépend fortement des moyens disponibles dans chaque département. Les effectifs médicaux et paramédicaux sont souvent sous tension, ce qui limite la capacité des services à assurer l'ensemble de leurs missions. Dans certains territoires, le suivi s'interrompt dès les premières années, faute de ressources suffisantes pour accompagner régulièrement les enfants jusqu'à six ans. Cette hétérogénéité réduit la portée des actions de prévention et contraint parfois les familles à multiplier elles-mêmes les démarches nécessaires.

La situation des PMI a fait l'objet d'un rapport confié par le gouvernement à Mme Michèle Peyron⁽¹⁾, publié en 2019, intitulé « *Pour sauver la PMI, agissons maintenant* », qui alertait sur une crise profonde des moyens de la PMI et la nécessité urgente de mesures pour préserver ce service clé de prévention. Suite à ce diagnostic, les Assises de la pédiatrie et de la santé de l'enfant se sont déroulées en 2023, débouchant sur une feuille de route ministérielle qui prévoit plusieurs actions de moyen et long terme pour revitaliser la PMI et améliorer la prise en charge des enfants et des familles. Cette feuille de route n'a cependant pas encore donné lieu à des effets tangibles observables à ce jour, la mise en œuvre des mesures restant en cours ou retardée.

Les bilans réalisés en maternelle constituent également un appui important lorsque les services peuvent les assurer de manière régulière. Ils permettent d'identifier rapidement des difficultés émergentes et de proposer une

(1) Peyron M., Jacquey-Vazquez B., Louergue P. (2019). *Pour sauver la PMI, agissons maintenant ! Rapport présenté par Mme Michèle Peyron, députée, avec le concours de l'inspection générale des affaires sociales. Ministère des solidarités et de la santé, juin 2019.* Disponible en ligne sur : <https://sante.gouv.fr/IMG/pdf/2018-102r-pmi.pdf>

première orientation. Là où ils ne sont qu'occasionnels ou partiels, le repérage dépend davantage de l'initiative des parents ou des observations des équipes éducatives, ce qui accroît les disparités selon les territoires.

La guidance parentale représente un autre levier essentiel de la prévention précoce. Les programmes d'accompagnement à la parentalité offrent aux familles des repères sur le développement de l'enfant et sur les attitudes à adopter face aux premières préoccupations exprimées par les parents. Les auditions ont montré que ces interventions sont particulièrement utiles lorsque les parents se sentent démunis. Leur mise à disposition suppose toutefois une information claire et une organisation permettant un soutien suffisamment régulier, ce qui n'est pas assuré partout. Mme Sarah Degiovani, directrice de la Fédération nationale des orthophonistes, a ainsi insisté sur l'efficacité de cette approche en indiquant que son association sollicitait la possibilité d'effectuer des séances de guidance et d'accompagnement parental dans le domaine du langage et de la communication⁽¹⁾. M. Sébastien Bisac, pédopsychiatre, a noté pour sa part que l'utilisation d'équipes mobiles pour faire de la guidance parentale à domicile avait montré son efficacité en permettant aux parents d'acquérir une meilleure connaissance des troubles de leur enfant pour mieux l'accompagner⁽²⁾. **Pour le rapporteur, la guidance parentale est un levier important permettant une autonomisation accrue des familles, une meilleure allocation des ressources et ayant un impact positif sur la vie des familles. La guidance parentale doit faire l'objet d'une amplification massive.**

Les acteurs de la petite enfance jouent également un rôle clé dans ce premier maillon. Les éducateurs de jeunes enfants, les puéricultrices et les assistants maternels peuvent observer très tôt des signes de fragilité, mais la transmission de ces observations dépend du lien établi avec les services de PMI. En l'absence de circuits formalisés ou de modalités simples de partage d'informations, ces signaux précoce ne sont pas toujours relayés, alors qu'ils constituent souvent les premiers indices d'un besoin d'appui.

Pour que la prévention précoce puisse se déployer pleinement, plusieurs conditions apparaissent déterminantes : des effectifs suffisants pour assurer un suivi régulier, des bilans systématiques en maternelle, une articulation claire avec les acteurs de la petite enfance et une offre de soutien parental accessible sur l'ensemble du territoire. Là où ces conditions sont réunies, la prévention permet d'agir avant que les difficultés ne se traduisent par une rupture dans les apprentissages ou les interactions familiales. À l'inverse, lorsque ces appuis sont incomplets, les démarches dépendent davantage de l'initiative des familles, ce qui accroît les inégalités territoriales.

(1) Audition de Mme Sarah Degiovani, 9 septembre 2025.

(2) Audition de M. Sébastien Bisac, 24 septembre 2025.

b. Dépistages des troubles du développement et du comportement

Le dépistage précoce des troubles du développement et du comportement repose sur un ensemble de bilans et de consultations destinés à identifier les difficultés émergentes dès les premières années de scolarité. **Les auditions ont toutefois montré que ces outils, pourtant essentiels pour intervenir en amont, présentent une mise en œuvre très variable selon les territoires.** Les bilans réalisés en maternelle ou à l'entrée à l'école élémentaire ne concernent pas l'ensemble des enfants et leur fréquence dépend étroitement des ressources locales, alors même qu'ils sont conçus pour repérer des signes précoce de fragilité – difficultés de langage, d'attention, d'interaction ou de régulation émotionnelle.

Plusieurs professionnels ont souligné que ces signes se manifestent souvent de manière discrète et nécessitent des observations répétées. L'absence de dépistage systématique contribue alors à un repérage tardif, qui intervient parfois lorsque les difficultés ont déjà un retentissement sur la scolarité ou la vie familiale.

Lorsque les bilans systématiques ne sont pas assurés, les familles se tournent souvent vers leur médecin généraliste. Les auditions ont toutefois montré que ces professionnels ne disposent pas tous d'une formation spécifique aux troubles du développement ou aux troubles psychiques du jeune enfant, ce qui peut conduire à interpréter certaines manifestations comme de simples variations du développement et retarder l'orientation vers un avis spécialisé.

Le manque de formations des familles peut également, à l'inverse, les amener à être mal conseillées et à solliciter inutilement des professionnels, même lorsque leur profession est déjà extrêmement sollicitée. Mme Sarah Degiovani, présidente de la Fédération nationale des orthophonistes (FNO), a ainsi fait remarquer que les familles, ne maîtrisant pas le parcours de soins, avaient tendance à être orientées vers les orthophonistes plutôt que vers d'autres professionnels (comme les psychomotriciens) simplement parce que les séances d'orthophonie sont remboursées par l'assurance maladie⁽¹⁾, et non en raison d'un besoin réel.

Le repérage dépend également de la qualité des échanges entre les lieux d'accueil de la petite enfance, l'école maternelle et les professionnels de santé. Les premières alertes proviennent souvent des crèches, des assistants maternels ou des enseignants, mais ces observations ne sont pas toujours transmises à un interlocuteur médical clairement identifié. L'absence de circuits formalisés complique l'orientation vers les équipes pédiatriques, paramédicales ou médico-psychologiques, dont les capacités sont déjà fortement sollicitées dans plusieurs territoires.

Ainsi, les bilans et consultations constituent un levier essentiel pour intervenir tôt, mais leur portée demeure limitée par une couverture incomplète et un manque de coordination entre les acteurs. **Lorsque ces outils ne peuvent être**

(1) *Audition de Mme Sarah Degiovani, 9 septembre 2025.*

mobilisés régulièrement, les premières fragilités restent invisibles jusqu'à ce qu'elles se traduisent par des difficultés plus complexes et plus longues à stabiliser. Pour contribuer pleinement à un dispositif global de prévention, ces dépistages doivent pouvoir être réalisés dans des délais compatibles avec l'évolution des troubles et appuyés sur des circuits d'orientation clairement établis. Leur systématisation, la complémentarité des observations et l'amélioration de la coordination entre les acteurs de la petite enfance, de l'éducation et de la santé apparaissent indispensables pour éviter que les premières fragilités ne soient repérées trop tardivement.

c. Médecine scolaire et repérage précoce en milieu éducatif

La médecine scolaire constitue un maillon essentiel du repérage précoce, en raison de sa présence au cœur des établissements et de sa capacité à observer les élèves dans leur environnement quotidien. Plusieurs intervenants auditionnés ont rappelé que l'école est le seul lieu fréquenté par l'ensemble des enfants, ce qui en fait un point d'observation privilégié pour identifier les premières fragilités psychiques ou développementales. Mme Anne Morvan-Paris a ainsi souligné que de nombreux signes précoces apparaissent d'abord dans le cadre scolaire, parfois avant que les familles ne puissent les interpréter ou solliciter un avis médical⁽¹⁾. M. Martin Knapp a également indiqué que l'école permet de repérer des comportements à risque ou des difficultés émergentes susceptibles d'échapper aux parents ou pour lesquelles ceux-ci hésitent à s'adresser au système de soins⁽²⁾.

Malgré ce rôle stratégique, les auditions ont cependant mis en évidence un affaiblissement structurel de la santé scolaire. Les effectifs de médecins et d'infirmières ne permettent pas d'assurer les missions de prévention prévues par les textes (voir *supra*). De ce fait, les deux visites obligatoires – en cours préparatoire et en sixième – ne concernent aujourd'hui qu'une part limitée des élèves. Mme Céline Greco⁽³⁾ a par ailleurs souligné que certaines infirmières doivent intervenir dans un nombre très élevé d'écoles, ce qui réduit fortement la disponibilité pour le repérage.

Les auditions ont également montré que la médecine scolaire se trouve imparfaitement intégrée aux autres maillons de la prévention. Mme Marie-Rose Moro a relevé que les difficultés exprimées à l'école ne peuvent être relayées efficacement vers la pédopsychiatrie ou les structures médico-psychologiques faute de circuits de transmission formalisés^{(4) (5)}.

Plusieurs pistes d'amélioration ont par ailleurs été évoquées, notamment le développement d'infirmiers en pratique avancée, la simplification de certaines procédures administratives – en particulier pour les

(1) Audition de Mme Anne Morvan-Paris, 9 septembre 2025.

(2) Audition de M. Martin Knapp, 15 octobre 2025.

(3) Audition de Mme Céline Greco, 21 octobre 2025.

(4) Audition de Mme Marie-Rose Moro, 3 septembre 2025.

(5) Audition de Mme Sarah Degiovani, 9 septembre 2025.

plans d'accompagnement personnalisés – et la création de bilans de santé mentale à l'entrée au collège. Ces propositions convergent vers un même objectif : redonner à la médecine scolaire un rôle central dans le premier repérage, en articulation avec la PMI, la médecine de ville et les équipes médico-psychologiques.

Il apparaît donc clairement que la médecine scolaire dispose d'un positionnement stratégique crucial pour intervenir tôt, mais que ses capacités actuelles limitent fortement la portée de ce maillon essentiel. Lorsque ses missions de prévention peuvent être exercées, les difficultés sont repérées plus rapidement et les familles mieux orientées. Lorsque ce n'est pas le cas, le repérage repose sur des initiatives individuelles, ce qui accroît les inégalités et retarde l'accès aux évaluations spécialisées. **Le rapporteur indique qu'au-delà de la question de la médecine scolaire, il en va surtout de la question de la médecine à l'école.** L'intervention de professionnels en milieu scolaire doit être encouragée et amplifiée afin de renforcer l'accompagnement des enfants dans leur scolarisation et alléger les coûts de coordination pour les familles.

d. Médecine de ville et premier recours face aux premiers signes

La médecine de ville constitue l'un des premiers recours des familles lorsqu'apparaissent des signes précoces de fragilité psychique ou développementale. Les consultations auprès des médecins généralistes, pédiatres ou psychiatres libéraux sont souvent le premier moment où une inquiétude est exprimée, en particulier dans les territoires où les dispositifs de dépistage systématique ne sont pas pleinement opérationnels.

Le rôle du médecin généraliste dans le repérage est d'autant plus essentiel que, comme l'a rappelé Mme Anne-Carole Bensadon, inspectrice générale des affaires sociales, ce professionnel assume en pratique la première évaluation et doit pouvoir s'appuyer sur un relais lorsque la situation dépasse son champ d'intervention⁽¹⁾. Dans les départements où les dispositifs de soins partagés en psychiatrie existent, les médecins peuvent solliciter un accompagnement ou un avis rapide, mais ces dispositifs demeurent inégalement implantés.

La médecine de ville se heurte également à une difficulté structurelle d'orientation. Les intervenants ont relevé que, même lorsque le besoin est repéré, les filières de recours ne sont pas toujours identifiées clairement : les plateformes, équipes pluridisciplinaires ou structures spécialisées ne sont pas connues de manière homogène selon les territoires. Cette absence de lisibilité limite la capacité des médecins à guider les familles, ce qui retarde l'accès aux évaluations spécialisées indispensables pour confirmer un diagnostic ou engager des interventions adaptées.

Enfin, la prévention suppose que la médecine de ville puisse articuler son action avec les autres acteurs du repérage. Les observations faites en crèche, à l'école maternelle ou par les professionnels de la petite enfance ne sont pas toujours transmises aux médecins, faute de circuits formalisés. Cette déconnexion réduit la

(1) Audition de Mme Carole Bensadon, 1^{er} octobre 2025.

portée du premier recours, car elle prive le médecin d'informations essentielles pour apprécier l'évolution d'un enfant dans ses différents environnements.

Ainsi, alors que la médecine de ville joue de fait un rôle primordial dans la dynamique de prévention, son action préventive demeure entravée par un déficit de formation, une lisibilité insuffisante des relais spécialisés et une coordination encore trop inégale avec les acteurs éducatifs et de la petite enfance. **Un premier recours pleinement opérationnel permettrait de stabiliser plus tôt les situations et de réduire les risques d'aggravation, en particulier lorsque les signes initiaux sont subtils et nécessitent une intervention rapide.**

Le dispositif Remed (réseau médicaments et développement) mis en place à Bordeaux par le centre hospitalier Charles Perrens fournit l'exemple d'un mécanisme de coordination ville-hôpital très prometteur. Ce système permet en effet aux médecins généralistes libéraux :

- de contacter en temps réel, par téléphone, un médecin psychiatre de l'hôpital pour obtenir un avis diagnostique et thérapeutique ;
- d'accéder rapidement (dans les huit à quinze jours) à un cycle de consultations de courte durée pour les patients qu'ils adressent.

Si le problème est résolu à l'issue de ces quelques semaines, le patient retourne vers son généraliste avec des directives ; si la situation est trop complexe, il est intégré dans la file active spécialisée de la psychiatrie. Ce système, qui semble à même de limiter l'orientation des patients vers des centres médico-psychologiques, vise à remettre les médecins généralistes au cœur de la prise en charge ainsi qu'à améliorer la communication historiquement difficile entre psychiatres et généralistes. Ce dispositif, qui permet à la fois d'éviter des coûts importants et de faciliter la prise en charge appropriée des patients, a certainement vocation à être diffusé.

II. UNE STRATÉGIE DE COÛTS ÉVITÉS SUPPOSE UNE PLANIFICATION PLURIANNUELLE DE LA DÉPENSE PUBLIQUE ET UNE ÉVALUATION DES DISPOSITIFS

Les auditions comme la documentation consultée convergent pour indiquer que de nombreuses dépenses auraient pu être évitées si des interventions adaptées avaient été engagées plus tôt, maintenues dans le temps et mieux coordonnées.

Pour qu'une stratégie de coûts évités soit opérationnelle, deux conditions s'imposent. **La dépense publique doit être programmée sur plusieurs années** afin de permettre la montée en charge des dispositifs et leur stabilisation dans la durée. Cette continuité est indispensable pour que les interventions puissent produire leurs effets. D'autre part, **les interventions doivent être évaluées de manière à distinguer les dépenses immédiates des investissements produisant**

des effets différés sur les trajectoires des personnes. La présente section examine successivement ces deux volets.

A. LES CONDITIONS NÉCESSAIRES À UNE STRATÉGIE DE COÛTS ÉVITÉS

La mise en œuvre d'une stratégie fondée sur les coûts évités suppose d'abord de réunir deux conditions essentielles : une programmation pluriannuelle permettant aux dispositifs de se déployer dans la durée, et une évaluation capable d'apprécier les effets des interventions au-delà du court terme. Ces deux leviers structurent la capacité de l'action publique à investir dans la prévention, à soutenir les parcours et à identifier les interventions qui produisent un impact durable.

1. La programmation pluriannuelle, condition d'un investissement social durable

a. Les limites structurelles de la budgétisation annuelle

i. La logique annuelle des financements favorise le saupoudrage

Le cadre actuel de financement repose largement sur une logique annuelle : lois de finances et lois de financement de la sécurité sociale définissent des enveloppes reconduites ou ajustées chaque année, avec une marge de manœuvre limitée pour les opérateurs. **Dans la santé mentale comme dans le champ du handicap, cette annualité se traduit par une instabilité structurelle pour les équipes et les dispositifs.**

Les structures sanitaires et médico-sociales ont signalé lors des auditions des difficultés récurrentes à stabiliser les effectifs : les créations de postes sont souvent conditionnées à des crédits temporaires, parfois fléchés sur une durée courte, ce qui encourage le recours aux contrats précaires. Les départs ne sont pas toujours remplacés, faute de visibilité sur les budgets futurs. Il en résulte une tension chronique sur les équipes, qui affecte la qualité de l'accompagnement, la continuité des prises en charge et la capacité à déployer des innovations organisationnelles.

Cette instabilité pèse aussi sur l'extension des dispositifs. Les services qui ont démontré leur utilité, comme les équipes mobiles de psychiatrie, les plateformes de coordination pour les troubles du neurodéveloppement, les dispositifs d'emploi accompagné, ou encore les services d'accompagnement à domicile, peinent à passer de l'expérimentation à une couverture systématique. Les directions d'établissement et les collectivités hésitent à ouvrir des postes ou à s'engager dans des coopérations nouvelles lorsque la pérennité des financements au-delà de deux ou trois exercices n'est pas assurée.

Les visites de terrain effectuées par les membres de la commission ont pu confirmer ces limites structurelles. M. Denis Fégné, Député des Hautes-Pyrénées, rapporte ainsi que dans l'IME où il s'est rendu, l'accompagnement des situations

complexes repose sur des crédits non reconductibles (CNR) attribués par les ARS, sans visibilité au-delà de l'exercice en cours. Le rapporteur a pu établir un constat identique à l'IME Saute-Mouton, où les renforts éducatifs nécessaires aux prises en charge renforcées ne peuvent être maintenus qu'à travers ces crédits éphémères. **Pour le rapporteur, nous sommes dans une situation paradoxale où des crédits non reconductibles sont reconduits d'une année sur l'autre par nécessité, et cela parfois pendant de très longues années. La rigidité comptable entraîne des rigidités en termes de ressources humaines induisant elles-mêmes des surcoûts et des difficultés en termes de fidélisation des personnels, recrutés sur des contrats précaires, alors même que la fidélisation est une condition de leur montée en compétence.**

Cette dépendance à des financements exceptionnels, par nature instables, empêche les établissements d'anticiper leurs besoins et illustre les limites d'un pilotage budgétaire fondé sur des enveloppes annuelles non pérennes.

Enfin, l'annualité complique la capitalisation des innovations. Les projets soutenus dans le cadre d'appels à projets, de plans nationaux (stratégies autisme, santé mentale, plans handicap) ou de financements exceptionnels (crédits de relance, plans d'investissement) donnent lieu à des initiatives souvent pertinentes, mais dont l'intégration dans le droit commun reste incertaine. Faute de trajectoire financière pluriannuelle, ces expériences demeurent circonscrites à quelques territoires ou sont interrompues sans que leurs enseignements soient pleinement valorisés. Une stratégie de coûts évités suppose au contraire de pouvoir consolider, élargir et diffuser les dispositifs dont l'impact a été objectivé.

À cet égard, la réforme Serafin-PH, en cours de déploiement, vise à substituer progressivement à la logique annuelle un financement fondé sur les besoins réels des personnes accompagnées et une contractualisation pluriannuelle. Si l'objectif est louable, la réalisation peut cependant s'avérer plus complexe. Au stade actuel, il a été reproché au dispositif Serafin-PH une méthode excessivement technocratique, une tarification basée sur des données historiques prenant insuffisamment en compte les évolutions récentes du secteur, tandis que certaines associations craignent que les besoins individuels soient mal pris en compte dans les calculs tarifaires.

La mise en place du dispositif n'ayant pas encore eu lieu, il convient d'en observer avec attention la mise en œuvre, en gardant à l'esprit que sa finalité est, et doit rester, l'amélioration des impacts sur le parcours de vie.

La réforme Serafin-PH (« services et établissements : réforme pour une adéquation des financements au parcours des personnes handicapées ») est un chantier national ayant pour objectif de faire évoluer en profondeur le mode de financement des établissements et services médico-sociaux (ESMS) accompagnant les personnes en situation de handicap.

Déployée à partir de 2025, cette réforme vise à sortir d'une logique de dotations historiques négociées annuellement, pour mettre en place une allocation des ressources tenant compte des besoins et projets de vie des personnes, ainsi que de la complexité des accompagnements.

Serafin-PH introduit une tarification hybride, combinant une part socle (garantissant la sécurité financière sur la durée des contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens) et une part variable, indexée sur l'intensité et la nature de l'accompagnement délivré par chaque structure. Ce dispositif a pour ambition de favoriser la transformation de l'offre médico-sociale, l'équité entre territoires et l'individualisation des parcours, tout en permettant la diffusion pérenne des innovations et une meilleure lisibilité du financement public.

Les critiques principales du dispositif Serafin-PH portent sur sa complexité technique accrue et un manque de prise en compte des réalités du terrain. Certaines associations, notamment le Collectif Handicaps, ont dénoncé une réforme perçue comme éloignée des besoins réels des personnes accompagnées, conduisant à une tarification basée sur des données historiques peu adaptées aux parcours individualisés, et ont exprimé leur crainte d'une possible baisse de la qualité des services et d'une inégalité renforcée entre établissements liée à la variation des financements, ainsi qu'un dialogue insuffisant avec les acteurs du secteur dans la construction du modèle.

ii. Une prévalence mécanique du curatif face à des besoins immédiats

La logique budgétaire annuelle favorise par ailleurs mécaniquement le curatif. Les dépenses de soins hospitaliers, notamment en psychiatrie, les interventions d'urgence, les placements en structures faute d'autre solution, les prestations versées dans des situations de rupture de parcours constituent des charges immédiates, difficilement compressibles. Elles doivent être financées en priorité, car elles répondent à des besoins qui ne peuvent être différés.

Dans ce contexte, les actions de prévention ou d'accompagnement anticipé se trouvent reléguées à l'arrière-plan. Lorsque les crédits sont contraints, ce sont souvent les projets visant à structurer des parcours, à renforcer le suivi ambulatoire, à soutenir les aidants ou à développer des alternatives à l'hospitalisation qui sont reportés ou réduits, au profit de la gestion des flux urgents. Les rapports récents sur la psychiatrie et sur l'accompagnement du handicap montrent que le recours aux urgences et aux hospitalisations de longue durée sert fréquemment de variable d'ajustement face au déficit de solutions en amont et en aval.

Ce mécanisme entretient un cercle vicieux. **Faute de moyens stables consacrés à la prévention et à la continuité des parcours, les situations se dégradent jusqu'à nécessiter des réponses lourdes et coûteuses** : hospitalisations sous contrainte, placements longs en établissements sanitaires faute de places en

médico-social, recours répété aux services d'urgence. Ces dépenses absorbent à leur tour une part croissante des enveloppes, réduisant la capacité d'investissement dans des dispositifs susceptibles de les éviter.

À l'inverse, une programmation pluriannuelle permettrait de dégager, à côté des dépenses de gestion courante, une enveloppe clairement dédiée aux interventions à effets différés : repérage précoce, accompagnement spécialisé, coordination renforcée. Sans ce basculement, les politiques de la santé mentale et du handicap resteront dominées par la logique du « traitement des crises » plutôt que par une stratégie de réduction des ruptures et des coûts évitables.

b. La prévention requiert une montée en charge progressive

i. Les interventions à effets différés nécessitent du temps et de la continuité

Les interventions dont la littérature internationale et nationale a montré l'intérêt en termes de coûts évités (repérage précoce des troubles psychiques, programmes d'intervention précoce pour les jeunes, dispositifs d'emploi accompagné, soutien structuré aux aidants, habitat inclusif) **ont en commun de produire leurs effets sur plusieurs années**.

Dans le cas du repérage précoce en santé mentale chez l'enfant et l'adolescent, la prévention des ruptures scolaires et l'amélioration des trajectoires d'insertion se mesurent sur le moyen terme : réussite des transitions scolaires, accès à la formation, maintien en emploi. Les effets budgétaires potentiels (réduction de certaines allocations, moindre recours aux prestations de chômage, baisse des hospitalisations évitables) ne se manifestent pas dans l'année, mais sur des périodes de cinq à dix ans. De même, l'emploi accompagné vise à stabiliser dans la durée l'accès au travail des personnes vivant avec des troubles psychiques sévères ; l'impact sur les prestations d'invalidité ou les arrêts de travail ne peut être apprécié qu'au terme de plusieurs années de fonctionnement.

Lors de son audition, M. Thierry Sibieude a mentionné une étude détaillée⁽¹⁾ qu'il a produite pour la Fondation Malakoff Humanis handicap, évaluant le différentiel de coût entre des prises en charge insatisfaisante et satisfaisante pour une personne autiste, en se basant sur des classifications connues (notamment les niveaux d'incapacité MDPH). D'après les conclusions de cette étude, le parcours d'une personne autiste de niveau 2 mal accompagnée, ou pas accompagnée du tout, coûte 4,2 millions d'euros jusqu'à ses 65 ans, tandis que si « *les bonnes mesures sont prises* », son parcours ne coûte que 2 millions d'euros.⁽²⁾

(1) Fondation Malakoff Humanis Handicap, *Synthèse de l'étude inédite Impact économique de l'accompagnement des personnes autistes*, octobre 2025, disponible en ligne : https://fondationhandicap.malakoffhumanis.com/sites/sfh/files/files_not_indexed/fh-2025-294-etude-autisme.pdf

(2) *Audition de M. Thierry Sibieude, 15 octobre 2025.*

Les travaux dirigés par M. Martin Knapp, professeur à la London School of Economics, notamment le rapport de référence *Mental health promotion and mental illness prevention : the economic case*⁽¹⁾, montrent cependant que **l'impact économique des interventions précoce dépend fortement de leur continuité et de leur déploiement à une échelle suffisante**. Les dispositifs trop fragmentés ou instables produisent des effets moindres, limitant leur valeur sociale potentielle. Un dispositif d'intervention précoce qui fonctionne sur un petit territoire, avec des effectifs limités, ne produira qu'un impact marginal sur les hospitalisations ou la désinsertion à l'échelle d'un système. C'est seulement lorsqu'il est maintenu dans le temps, étendu à l'ensemble d'une cohorte de jeunes et articulé avec les autres services (soins primaires, éducation, médico-social) qu'il peut modifier les trajectoires et générer des coûts évités significatifs.

Mais ces coûts évités, en d'autres termes ces retours sur investissement social, ne seront perçus qu'à moyen ou long terme. M. Knapp a ainsi souligné lors de son audition que les résultats des travaux tels que ceux qu'il a conduits devaient surtout permettre « *de rassurer ceux qui tiennent les cordons de la bourse : s'ils optaient pour tel ou tel modèle de service, ce ne serait pas ruineux* »⁽²⁾.

L'autre raison pour laquelle une politique de coûts évités doit être conduite à une échelle suffisamment grande tient cependant au **cloisonnement budgétaire** : M. Martin Knapp a en effet rappelé que les bénéfices d'une intervention précoce réussie ne profitent généralement pas au secteur qui a fait l'investissement initial. Un investissement dans l'école ou les crèches ne sera pas nécessairement assumé par l'organisme qui évitera, grâce à cet investissement, des coûts ultérieurs, le « bénéfice » étant plus probablement perçu par les départements ou la sécurité sociale. **Pour le rapporteur, il s'agit d'un point de difficulté majeur.** Un dispositif doit donc être imaginé afin de mettre en place les incitations permettant de tels investissements.

ii. Sans planification, la prévention reste marginale et dispersée

En l'absence de planification, la prévention est souvent cantonnée à un ensemble d'initiatives ponctuelles, financées par des crédits limités dans le temps ou par des dispositifs d'appel à projets. Les acteurs locaux signalent que ces actions, bien que pertinentes, peinent à s'inscrire dans les stratégies territoriales de santé mentale ou de handicap. Elles restent dépendantes de financements exceptionnels, parfois redondants entre eux, et ne bénéficient pas toujours de l'ingénierie nécessaire pour être évaluées et, le cas échéant, généralisées.

Cette fragmentation se traduit par des inégalités d'accès : certaines familles bénéficient d'un accompagnement renforcé, d'un soutien à la parentalité, d'un relais associatif ou d'une coordination de parcours ; d'autres restent sans solution, y

(1) Knapp M., McDaid D., Parsonage M. (éd.), *Mental health promotion and mental illness prevention : the economic case*. Personal Social Services Research Unit (PSSRU), London School of Economics and Political Science, avril 2011.

(2) Audition de M. Martin Knapp, 15 octobre 2025.

compris dans des situations de grande vulnérabilité. Pour les professionnels, la multiplication de programmes non pérennes crée un effet de saturation et une difficulté de lisibilité : ils ne savent pas toujours vers quels dispositifs orienter les personnes, ni si ces dispositifs seront encore disponibles l'année suivante.

La planification pluriannuelle permettrait de transformer ces expériences isolées en véritables composantes du droit commun. Elle faciliterait l'intégration des actions de prévention dans les contrats passés entre l'État, les agences régionales de santé, les conseils départementaux et les opérateurs, en leur donnant une visibilité sur plusieurs années. Elle offrirait enfin un cadre pour programmer la montée en charge, en ciblant progressivement les publics ou les territoires prioritaires en fonction des constats établis par la CNSA, la Drees ou la Cour des comptes sur les ruptures de parcours et les zones de sous-dotations.

c. La programmation comme outil d'équité territoriale

i. Corriger les disparités de rythme entre territoires.

Les travaux de la CNSA, de la Drees et de la Cour des comptes montrent que les territoires ne se situent pas au même niveau de développement en matière de santé mentale et d'accompagnement du handicap. Certains disposent d'un maillage relativement complet en services médico-sociaux, en équipes mobiles, en dispositifs d'appui à la coordination ; d'autres cumulent des insuffisances d'offre, des délais longs d'accès et des ruptures fréquentes à certaines étapes de la vie (sortie de l'enfance, passage à l'âge adulte, vieillissement des personnes et de leurs aidants).

Les outre-mer constituent un exemple particulièrement documenté de ces écarts : faiblesse du nombre de structures spécialisées, difficultés de recrutement, éloignement géographique, coûts de transport élevés, contraintes budgétaires locales. Dans ces territoires, l'absence de planification pluriannuelle des moyens se traduit par des trajectoires par défaut : placements éloignés du domicile, recours systématique à l'hospitalisation ou à des solutions provisoires qui tendent à se pérenniser.

Une stratégie de coûts évités ne peut ignorer cette dimension territoriale. Si les efforts de prévention et d'accompagnement renforcé se concentrent sur les territoires déjà les mieux dotés, les économies potentielles resteront limitées et les inégalités risquent de se creuser. **La programmation pluriannuelle doit au contraire permettre de fixer des trajectoires différencierées** : ratrappage progressif dans les zones les plus en difficulté, consolidation dans les territoires intermédiaires, adaptation des moyens dans ceux où l'offre est déjà structurée mais pourrait être mieux orientée vers les situations les plus complexes. **Le rapporteur indique toutefois que ces régulations ne peuvent être descendantes, mais doivent au contraire partir des réalités territoriales dans un souci constant de déployer l'offre la plus adaptée aux besoins du territoire.**

Cette approche nécessite une visibilité à moyen terme sur les enveloppes nationales et sur leurs déclinaisons régionales ou départementales. Elle suppose aussi que les priorités de développement (équipes mobiles, dispositifs d'emploi accompagné, services d'accompagnement renforcé, solutions d'habitat inclusif) soient identifiées explicitement et suivies dans le temps au travers d'objectifs quantifiés.

ii. Assurer un « socle national » de prévention et d'accompagnement

Enfin, la programmation pluriannuelle est le seul cadre permettant de définir et de rendre effectif un « socle national » de prévention et d'accompagnement, au-delà des différences de contexte. Les constats formulés lors des auditions – en particulier celle de MM. Martin Knapp et Thierry Sibieude⁽¹⁾ – et les travaux institutionnels disponibles mettent en évidence un noyau d'interventions dont l'impact est largement reconnu. En s'appuyant sur ces contributions, il est possible de dégager, à titre indicatif, les composantes d'un socle minimal de prévention et d'accompagnement qui pourrait comprendre, par exemple :

- **un accès minimal garanti à des dispositifs de repérage précoce des troubles psychiques et des troubles du neurodéveloppement ;**
- **la possibilité, dans chaque territoire, d'un accompagnement spécialisé pour les situations les plus complexes, articulant soins, médico-social et soutien aux aidants ;**
- **des alternatives à l'hospitalisation complète** pour les personnes dont l'état nécessite un soutien intensif mais ne justifie pas un maintien durable à l'hôpital ;
- **des dispositifs d'emploi accompagné et de maintien dans l'emploi** pour les personnes vivant avec un handicap psychique ou des troubles du spectre de l'autisme.

Sans trajectoire pluriannuelle, ce socle reste cependant déclaratif. Les écarts entre territoires perdurent, et le recours aux solutions les plus coûteuses (hospitalisations longues, placements contraints, ruptures de parcours scolaire ou professionnel) continue de faire office de régulation implicite. À l'inverse, une programmation sur plusieurs années permettrait de donner à un tel socle un contenu opérationnel, avec des objectifs de développement, des moyens dédiés, des indicateurs de suivi, une articulation avec les stratégies nationales de santé, de handicap et de lutte contre la pauvreté.

En ce sens, la programmation pluriannuelle n'est pas seulement un outil technique de gestion budgétaire. **Elle constitue une condition de faisabilité d'une politique d'investissement social en santé mentale et handicap, visant à réduire**

(1) *Audition de M. Thierry Sibieude et de M. Martin Knapp, 15 octobre 2025.*

les coûts de la non-action et de la désorganisation, tout en améliorant l'équité territoriale et la lisibilité de l'offre pour les personnes concernées et leurs proches.

Une vision de long terme permettrait également de penser les différents dispositifs en articulation plutôt qu'en confrontation. La nécessité d'apporter une solution aux personnes concernées induit en effet parfois des solutions inadaptées à des logiques de parcours (par exemple, un jeune ne peut être suivi en plateforme de coordination et d'orientation - PCO, s'il est déjà suivi en CMP ou s'il dispose d'un dossier déposé auprès de la MDPH).

2. L'évaluation, clef d'identification des effets et des coûts évités

L'évaluation constitue la seconde condition de faisabilité d'une stratégie de coûts évités. Les rapports institutionnels récents soulignent que le manque d'évaluation structurée limite la capacité des décideurs à comparer les dispositifs, à mesurer les ruptures de parcours et à objectiver les effets potentiels des actions de coordination ou de soutien. Les constats faits dans la précédente partie du rapport convergent : les données existantes sont fragmentées, hétérogènes selon les secteurs, et rarement exploitées de façon longitudinale ; les indicateurs portent davantage sur l'activité que sur les résultats ; et les effets redistributifs entre acteurs publics restent peu visibles, ce qui freine l'adoption d'une logique d'investissement social. **Le rapporteur s'étonne également que les évaluations produites par certains acteurs soient critiquées par la puissance publique sans que cette dernière n'apporte une analyse complémentaire.**

a. Mesurer les résultats pour distinguer dépenses et investissements

i. Passer d'une logique d'activité à une logique d'impact

Les systèmes actuels de suivi s'appuient encore largement sur des indicateurs d'activité – volumes d'actes, taux d'occupation, délais d'accès, notifications MDPH, files d'attente – mais ces données restent souvent incomplètes, hétérogènes ou non consolidées, et demeurent strictement quantitatives. Elles donnent ainsi une vision partielle des situations et renseignent peu sur les ruptures de parcours, les maintiens prolongés en établissement faute de solution d'aval ou les passages répétés en urgence.

Pour le rapporteur, deux exemples illustrent parfaitement la focalisation sur la seule volumétrie : les délais d'attente auprès des MPDH et le nombre d'AESH. Ces deux indicateurs sont utiles mais ne reflètent aucunement la réalité, l'effectivité et la qualité des politiques publiques induites par une notification MDPH ou par un accompagnement scolaire par un AESH.

Les rapports relatifs à la psychiatrie montrent par ailleurs que des niveaux élevés d'activité ne reflètent pas nécessairement une amélioration des parcours : des réhospitalisations fréquentes, des entrées non anticipées par les

services de secteur ou des séjours longs liés à des difficultés sociales sont des signaux de souffrance ou rupture, non d'efficacité des prises en charge. De même, dans le champ du handicap, l'Igas et la CNSA relèvent que les notifications d'orientation ne garantissent pas l'accès effectif aux solutions, et que les indicateurs d'activité des établissements médico-sociaux ne permettent pas toujours de suivre la stabilité ou l'autonomie réelle des personnes.

Une logique d'impact suppose d'intégrer des mesures liées à l'autonomie, à la continuité des soins, au maintien dans la scolarité ou l'emploi, au nombre de crises évitées, à la stabilité du logement ou à la diminution des passages en urgence. **Ces dimensions sont directement pertinentes pour apprécier l'efficacité des politiques publiques** et pour distinguer les dépenses strictement conjoncturelles des interventions qui constituent de véritables investissements.

Pour le rapporteur, le parallèle avec les politiques liées à l'autonomie peut être instructif. En effet, alors que la grille AGGIR (autonomie gérontologique groupe Iso-ressources), utilisée en France, ne « récompense » pas les bonnes pratiques, d'autres leviers comme le Système de mesure de l'autonomie fonctionnelle (SMAF), utilisé au Québec, permettent de mieux appréhender les pratiques positives.

ii. L'évaluation pour mesurer les effets réels des interventions dans le temps

La littérature internationale sur l'investissement social insiste sur l'importance d'une évaluation capable d'apprécier les effets différés. Les dispositifs de repérage précoce, d'intervention précoce ou d'emploi accompagné ne réduisent pas immédiatement les dépenses, mais ils stabilisent les trajectoires, limitent les ruptures et évitent les coûts associés à la désinsertion professionnelle ou aux hospitalisations répétées⁽¹⁾.

Les constats nationaux confortent cette analyse. Les travaux relatifs à la pédopsychiatrie soulignent qu'un suivi précoce évite des crises qui mobilisent des services spécialisés et saturent les urgences⁽²⁾. La Cour des comptes documente également le poids des hospitalisations prolongées dues à l'absence de solution d'aval, et les écarts importants entre territoires dans la capacité à organiser des accompagnements gradués⁽³⁾. Ces éléments montrent que la prévention et la coordination produisent des effets cumulatifs : en réduisant les ruptures, elles diminuent les recours aux interventions les plus coûteuses.

L'évaluation fournit ainsi un cadre pour identifier ces effets différés et pour les intégrer dans la programmation. Elle permet également d'objectiver les effets

(1) *Suivi et évaluation du dispositif au 31 décembre 2020, Solidarités Actives / Nexem, 2020 ; étude évaluative emploi accompagné, Agefiph ea Nexem, 2022.*

(2) *Haut conseil de la famille, de l'enfance et de l'âge (HCFEA), rapport Pédopsychiatrie et santé mentale, 2025.*

(3) *Cour des comptes, « La pédopsychiatrie : un accès et une offre de soins à réorganiser », rapport public présenté à la commission des affaires sociales de l'Assemblée nationale, mars 2023.*

indirects : réduction du décrochage scolaire, maintien d'une insertion professionnelle, moindre charge pour les aidants, diminution des complications somatiques liées au retard de prise en charge. **Ces dimensions, difficiles à intégrer dans les modèles budgétaires annuels, constituent pourtant des éléments importants d'un investissement social visant à éviter des dépenses futures.**

b. Encadrer méthodologiquement l'estimation des coûts évités

i. Mesurer séparément les effets à court, moyen et long terme

Les travaux sur l'investissement social montrent que les interventions n'agissent pas toutes au même horizon : certaines ont des effets rapides, d'autres produisent des résultats à moyen terme, et d'autres encore déplacent leurs bénéfices sur une période plus longue. Les analyses de M. Martin Knapp, déjà citées plus haut, soulignent précisément cette diversité de temporalités, qui justifie d'adapter l'évaluation aux différents délais d'apparition des effets :

– **à court terme**, la baisse des passages en urgence ou la diminution des hospitalisations évitables peut être mesurée rapidement ;

– **à moyen terme**, la stabilisation des parcours, la continuité des soins ou le maintien en emploi traduisent des effets significatifs mais plus progressifs ;

– **à long terme**, ce sont les trajectoires d'autonomie, la participation sociale ou l'accès durable à l'emploi qui deviennent déterminants.

L'évaluation doit donc expliciter l'horizon temporel retenu pour éviter une interprétation erronée. Une politique peut paraître coûteuse la première année, mais produire des économies substantielles après cinq ou dix ans. **Ce décalage est particulièrement marqué dans la santé mentale et le handicap, où les bénéfices des interventions précoces sont documentés mais s'inscrivent sur des cycles de vie longs.**

ii. Une approche prudente dans l'estimation des effets

Les institutions et les chercheurs alertent cependant sur les risques liés à des modèles trop mécanistes, qui promettent des retours rapides ou qui extrapolent largement les effets observés dans des expérimentations locales. Dans la santé mentale, les trajectoires sont fortement influencées par des facteurs contextuels – qualité du suivi, disponibilité des professionnels, cohésion des équipes territoriales, articulation entre soins et médico-social.

Ainsi, un diagnostic précoce ne produit des effets favorables qu'à la condition d'être suivi d'une prise en charge adaptée. Sans intervention disponible, il génère un coût immédiat sans réduire les dépenses futures. Les estimations doivent donc préciser les conditions concrètes qui rendent une action réellement efficace, faute de quoi l'idée même de coûts évités perd sa portée opérationnelle.

L'évaluation doit intégrer ces éléments et éviter toute généralisation excessive. Elle doit également tenir compte de la variabilité des publics : les dispositifs d'intervention précoce ou d'accompagnement intensif sont souvent plus efficaces pour certains groupes que pour d'autres. Présenter un rendement généralisé, sans préciser les conditions de réussite, fragilise la crédibilité de la démarche.

iii. Repères internationaux : l'usage des Qaly et des Daly

Plusieurs intervenants ont évoqué les outils d'évaluation médico-économique utilisés à l'international, en particulier les *Qaly* (*quality-adjusted life years*) et les *Daly* (*disability-adjusted life years*). Ces indicateurs visent à mesurer l'impact d'une intervention sur la qualité et la durée de vie, afin d'apprécier l'efficience des dépenses de santé. Lors de son audition, M. Martin Knapp a rappelé que ces approches permettent de comparer différentes politiques de prévention en s'appuyant sur des métriques standardisées⁽¹⁾. M. Bruno Falissard, psychiatre, professeur universitaire à Paris Saclay, directeur du centre de recherche en épidémiologie et santé des populations (CESP) de l'Institut national de la santé et de la recherche médicale (Inserm), a quant à lui souligné que le modèle britannique finance certains traitements en fonction d'un « *coût par Qaly* » considéré comme acceptable lorsqu'il demeure inférieur à un seuil prédéfini⁽²⁾.

L'audition de Mme Isabelle Durand-Zaleski a cependant mis en lumière les limites de ces outils lorsqu'ils s'inscrivent dans des évaluations globales du « *fardeau* » des maladies. Elle a rappelé que l'agrégation de différentes composantes financières (dépenses de soins, pertes de production et valorisation économique de la perte de santé) expose à un risque de double compte, lié notamment aux transferts internes au système de protection sociale⁽³⁾. Ces réserves convergent avec celles exprimées par plusieurs chercheurs, qui soulignent la difficulté d'utiliser des métriques standardisées dans des champs où les trajectoires de vie sont très hétérogènes et où la qualité de vie est difficile à quantifier.

Ces repères internationaux illustrent la nécessité d'un cadre méthodologique rigoureux. Ils éclairent certains choix, sans se substituer à une analyse fine des parcours, des contextes territoriaux et des conditions effectives de réussite des interventions.

iv. Intégration des coûts induits et effets redistributifs

Les coûts évités doivent être analysés en tenant compte des coûts induits et des effets redistributifs. **Plusieurs rapports et auditions soulignent qu'une amélioration de la prise en charge dans un secteur fait apparaître des besoins accrus dans d'autres.** Le développement de la scolarisation inclusive s'accompagne ainsi d'une demande importante d'AESH ; la réduction des durées

(1) *Audition de M. Martin Knapp, 15 octobre 2025.*

(2) *Audition de M. Bruno Falissard, 3 septembre 2025*

(3) *Audition de Mme Isabelle Durand-Zaleski, 3 septembre 2025.*

d'hospitalisation en psychiatrie suppose un renforcement de l'accompagnement à domicile et des solutions d'aval ; la stabilisation de situations complexes implique un soutien accru aux aidants, faute de quoi la charge se déplace vers les familles.

Par ailleurs, les effets redistributifs doivent être explicites : une économie réalisée par l'assurance maladie peut résulter d'un effort du médico-social ou des collectivités territoriales ; l'investissement dans la prévention peut éviter des dépenses pour la justice ou l'hébergement d'urgence.

Cet enjeu n'est d'ailleurs pas seulement interministériel mais induit aussi des transferts entre l'État et les collectivités locales. Ainsi, un logement inclusif peut correspondre à l'expression des besoins des personnes et induire des économies budgétaires. Pour autant, la mutualisation de PCH induite reposera sur les finances départementales alors qu'une maison d'accueil spécialisée (MAS) relève d'un financement de l'État et qu'un foyer d'accueil médicalisé (FAM) obéit à une double tarification.

Ces transferts doivent donc être identifiés pour éclairer les arbitrages interinstitutionnels et pour éviter que la charge d'une politique ne repose exclusivement sur un seul financeur alors que les bénéfices sont partagés.

v. L'exemple britannique-

L'audition de M. Martin Knapp, professeur de politique de santé et de protection sociale et enseignant-chercheur à la *London School of Economics and Political Science* (LSE), a permis à la commission de constater que le Royaume-Uni avait su mettre en place des outils directement dédiés à la prise en compte des coûts évités :

- au niveau institutionnel, le *National Institute for Health and Care Excellence* (NICE) évalue les avantages cliniques et les effets sur la qualité de vie attendus d'une politique en utilisant des seuils auxquels sont comparés les coûts des politiques envisagées ;

- s'agissant de la méthodologie, M. Knapp a expliqué comment le calcul du retour sur investissement (ROI) est pratiqué, en citant des travaux évaluant la rentabilité de différents modèles de services afin de rassurer les décideurs publics en mettant en avant la rentabilité à moyen terme de politique publiques à première vue onéreuses ;

- pour certaines interventions précoces, la monétarisation du bien-être, reposant certes sur une convention méthodologique, mais permettant d'envisager des politiques à long terme dont les avantages économiques ne sont pas tangibles.

M. Knapp a illustré cette méthode en évoquant une étude sur les troubles mentaux maternels dont les auteurs ont cherché à prendre en compte les conséquences économiques à long terme sur les enfants en termes de problèmes

cognitifs ou comportementaux et en essayant d'anticiper les coûts futurs engendrés par l'inaction en matière éducative, judiciaire ou en matière d'emploi⁽¹⁾.

Si cette étude ne prétendait pas évaluer ces économies futures de façon exacte, elle permettait de montrer qu'elles n'étaient pas nulles et a convaincu le gouvernement d'investir dans la politique dont il était question. Ce cadre conceptuel n'est certes pas directement transposable en France, mais la méthodologie qui l'inspire gagnerait à être davantage mise en application dans le cadre français.

c. Établir un cadre national d'évaluation pour la santé mentale et le handicap

i. Des repères partagés pour évaluer les interventions

Les dispositifs existants utilisent des indicateurs hétérogènes. Les schémas départementaux, les projets territoriaux de santé mentale, les rapports des MDPH et les tableaux de bord des ARS reposent sur des référentiels différents. Cette diversité limite la capacité à comparer les territoires et à suivre l'évolution des ruptures de parcours.

Un référentiel national devrait intégrer des indicateurs centrés sur la continuité, l'accès effectif, la stabilité des parcours, les transitions (entre l'enfance, l'âge adulte, la vie active, le vieillissement), et la charge pesant sur les proches. Il devrait aussi inclure des mesures de la disponibilité réelle des solutions d'aval, de la durée des hospitalisations prolongées et des situations de maintien contraint. Ces éléments figurent déjà de manière dispersée dans les travaux des corps de contrôle et pourraient être consolidés dans un cadre commun.

L'évaluation doit également articuler les approches *ex ante* et *ex post*. Les évaluations *ex ante* visent à projeter les effets attendus et à éclairer les choix de programmation. Elles peuvent s'appuyer sur des données d'activité, des expériences territoriales ou des analyses internationales. Les évaluations *ex post*, quant à elles, mesurent les effets réels sur les parcours, sur les hospitalisations, sur les entrées en invalidité ou sur la charge des familles.

L'Igas⁽²⁾ et l'OCDE⁽³⁾ soulignent que les évaluations *ex ante* et *ex post* doivent être mobilisées conjointement dans un cycle d'élaboration et d'ajustement des politiques : les premières pour anticiper et structurer les politiques, les secondes pour en vérifier les effets et ajuster les moyens. Une stratégie de coûts évités ne peut donc se limiter à des projections ; elle doit s'appuyer sur des observations réelles et sur des données fiables.

(1) Bauer A., Parsonage M., Knapp M., Lemmi V., Adelaja B., *The costs of perinatal mental health problems*, Centre for Mental Health & London School of Economics, 2014, <https://eprints.lse.ac.uk/59885/>

(2) Inspection générale des affaires sociales (Igas), « *Évaluation de l'efficacité des mesures de réduction ou d'évitement des recettes de la sécurité sociale* », avril 2024.

(3) Organisation de coopération et de développement économiques (OCDE), *Regulatory Policy in Perspective: A Reader's Companion to the OECD Regulatory Policy Outlook 2015*, Paris, OECD Publishing, 2015.

ii. Suivre les parcours dans le temps

L'évaluation des coûts évités repose enfin sur la capacité à suivre l'évolution des situations dans la durée : continuité des soins, maintien en scolarité ou en emploi, transitions entre dispositifs, fréquence des crises ou réhospitalisations rapides. Ces informations sont indispensables pour apprécier les effets réels des interventions et mesurer leur contribution à la stabilisation des parcours.

Les constats dressés dans la deuxième partie du rapport montrent que les systèmes d'information existants ne permettent pas encore de disposer de cette vision d'ensemble. **Dans ce contexte, l'enjeu n'est pas d'ajouter de nouvelles obligations de remontée de données, mais de rendre exploitables celles qui existent déjà, en les articulant autour d'indicateurs simples centrés sur les trajectoires.**

Une telle évolution permettrait d'objectiver les effets différés des interventions, d'identifier les situations de rupture et de mieux orienter les ressources vers les dispositifs qui contribuent le plus à la continuité des parcours. **Le rapporteur insiste toutefois sur la nécessité d'associer les professionnels de terrain à une telle évaluation, car cette dernière doit être pleinement acceptée par celles et ceux qui en seront les premiers contributeurs. De la même façon, les personnes concernées par les politiques publiques doivent être en capacité d'évaluer les dispositifs pour mesurer s'ils correspondent effectivement à l'expression de leurs projets de vie.**

B. LA MISE EN ŒUVRE D'UNE STRATÉGIE DE COÛTS ÉVITÉS DANS LE PILOTAGE PUBLIC

La mise en œuvre d'une stratégie fondée sur les coûts évités consiste à traduire, dans le pilotage public, les repères méthodologiques établis précédemment : **distinguer les effets immédiats et les effets différés, identifier ce qui relève de véritables dépenses évitées et ce qui correspond à un déplacement de charges, situer les interventions dans leurs conditions concrètes de réussite.** Ces éléments forment un cadre de lecture qui permet d'éclairer les décisions, d'orienter les financements et de structurer la programmation.

1. Identifier et hiérarchiser les coûts évités pour éclairer les choix publics

L'usage de la notion de coûts évités ne vise pas à transformer la prévention et l'accompagnement en instruments de rendement financier, ni à réduire les politiques de santé mentale et du handicap à des calculs d'économies. **Il s'agit de doter la puissance publique d'un outil d'analyse pour mieux anticiper les effets des décisions, hiérarchiser les interventions en fonction de leurs résultats observés et structurer une programmation pluriannuelle cohérente.**

Dans ce cadre, on appelle « coûts évités » les dépenses qui n'auront pas à être engagées si une intervention modifie une trajectoire : crise évitée, hospitalisation rendue inutile, entrée en invalidité retardée, rupture scolaire ou professionnelle empêchée, recours à l'hébergement d'urgence ou à l'institution évitée ou raccourci. Cette notion se distingue :

- d'une simple réduction de dépense sur une ligne budgétaire donnée (par exemple une baisse de lits, qui peut en réalité déplacer la charge ailleurs) ;
- d'un bénéfice économique global agrégé, qui inclut des effets très divers sans distinguer ce qui relève réellement de dépenses publiques évitées ;
- et d'un retour sur investissement garanti, qui supposerait que chaque euro dépensé produise de façon certaine un montant donné d'économies, ce que la littérature sérieuse ne prétend pas affirmer.

Les coûts évités correspondent toujours à une comparaison entre deux scénarios : ce qui se passerait en l'absence d'action renforcée, et ce qui se passe lorsque des interventions de prévention, de coordination ou d'accompagnement structuré sont mises en œuvre. Ils ne constituent pas une ligne autonome dans les budgets publics, mais un éclairage pour la décision.

Les travaux internationaux sur la santé mentale et l'investissement social, notamment ceux de Martin Knapp, ainsi que les analyses françaises portées par Thierry Sibieude, offrent un cadre utile pour apprécier les effets des interventions et situer leurs impacts dans le temps. Ils rappellent que ces éléments ne constituent pas des garanties d'économie, **mais qu'ils peuvent éclairer les décisions publiques lorsqu'ils sont utilisés avec prudence et replacés dans leur contexte.**

a. Anticiper l'impact des interventions pour éclairer les décisions

Pour éclairer les choix publics, il est nécessaire de situer l'impact des interventions à différents horizons. Certaines agissent rapidement en réduisant les crises ou les ruptures, d'autres produisent leurs effets sur plusieurs années, en stabilisant les parcours ou en soutenant l'insertion. D'autres encore n'apportent des résultats qu'à long terme, lorsqu'elles modifient durablement les trajectoires d'autonomie. **La distinction entre ces temporalités permet de hiérarchiser les priorités, d'adapter l'effort budgétaire et d'inscrire les politiques dans une logique de résultats.**

- i. Court terme (1-3 ans) : hospitalisations évitables, ruptures immédiates évitées

À court terme, les coûts évités concernent principalement des situations directement observables dans les systèmes de soins et d'accompagnement :

- baisse des passages répétés aux urgences psychiatriques lorsque des équipes mobiles interviennent en amont ;

- diminution des hospitalisations sous contrainte ou des séjours prolongés lorsque la continuité des soins est mieux assurée et que des solutions d'aval existent ;
- stabilisation des patients en sortie d'hospitalisation grâce à un accompagnement renforcé, évitant des réadmissions rapides ;
- limitation de placements « par défaut » en établissement, liés à l'absence de solutions d'accompagnement à domicile.

Les études montrent par exemple que, dans les territoires où des structures d'intervention précoce ou des services d'accompagnement à domicile sont développés, la fréquence des hospitalisations de crise et la durée des séjours peuvent diminuer. Ces effets ne représentent pas nécessairement des économies immédiatement visibles dans les budgets annuels, mais ils évitent des dépenses qui auraient été engagées en l'absence de ces dispositifs.

ii. Moyen terme (3–10 ans) : maintien en emploi, stabilisation des parcours

À moyen terme, les effets les plus structurants concernent la stabilisation des parcours scolaires, sociaux et professionnels. Les dispositifs d'emploi accompagné en sont une illustration claire : en combinant soutien médico-social et accompagnement vers et dans l'emploi, ils permettent à des personnes vivant avec des troubles psychiques de conserver ou de retrouver une activité professionnelle, alors qu'elles étaient fortement exposées à un risque de désinsertion durable.

Les études disponibles montrent que, sur deux à trois ans, l'emploi accompagné est associé à :

- une baisse des hospitalisations psychiatriques pour les personnes accompagnées ;
- une réduction des arrêts de travail prolongés ;
- un recul de certaines prestations liées à la désinsertion.

Dans le champ scolaire, les dispositifs de repérage précoce et de soutien aux élèves en difficulté, lorsqu'ils sont reliés à un accompagnement médico-social, contribuent à éviter des décrochages dont les effets se prolongent sur toute la vie active. Pour les jeunes en situation de handicap ou vivant avec des troubles psychiques, des accompagnements ciblés dans les phases de transition peuvent éviter des ruptures qui se traduiraient par des parcours d'assistance beaucoup plus coûteux.

iii. Long terme (10–20 ans) : trajectoires d'autonomie, intégration durable

À long terme, enfin, la question des coûts évités se confond avec celle de l'investissement social. Il s'agit des effets cumulés d'une politique de prévention et d'accompagnement sur :

- l'autonomie des personnes ;
- leur participation sociale et professionnelle ;
- la stabilité du logement ;
- la réduction des complications somatiques ;
- la moindre dépendance aux prestations et aux dispositifs les plus intensifs.

Les travaux internationaux sur la promotion de la santé mentale montrent que des interventions précoces en enfance et adolescence, des dispositifs de soutien aux familles ou des programmes d'insertion durable peuvent générer des bénéfices économiques sur vingt ans ou plus, en évitant des trajectoires de désinsertion ou de dépendance. L'OCDE estime par exemple que les coûts de la mauvaise santé mentale représentent plus de 4 % du produit intérieur brut dans de nombreux pays européens, une part importante de cette charge étant liée aux pertes de productivité et aux dépenses sociales plutôt qu'aux seuls soins psychiatriques ⁽¹⁾.

Pour la décision publique, l'enjeu est de reconnaître que certaines dépenses n'ont de sens qu'à cet horizon : elles ne réduisent pas une ligne budgétaire la première année, mais elles évitent des coûts massifs à plus long terme. C'est pourquoi la notion de coûts évités est indissociable d'une vision pluriannuelle.

b. Identifier les interventions dont l'effet est documenté

i. Des interventions dont l'impact est bien établi

Un nombre restreint mais significatif d'interventions a fait l'objet d'analyses détaillées, en France ou à l'international, montrant leur capacité à éviter des coûts futurs, à condition d'être suffisamment déployées.

– **Repérage et intervention précoces** en santé mentale chez l'enfant, l'adolescent et le jeune adulte : programmes scolaires de prévention, services d'intervention précoce pour les premiers épisodes psychotiques, dispositifs de consultation rapide. Ces actions réduisent la fréquence des crises, facilitent l'accès aux soins et limitent les ruptures scolaires, avec des effets attendus sur l'insertion professionnelle et les dépenses sociales ⁽²⁾. Cette logique a été étendue au Royaume-Uni à l'évaluation de politiques prénatales, comme mentionné plus haut.

(1) Organisation de coopération et de développement économiques (OCDE) et Commission européenne, *Health at a Glance: Europe 2018 – State of Health in the EU Cycle*, Paris, OCDE Publishing, 2018.

(2) Voir Martin Knapp : "Early intervention in psychosis: health economic evaluation ..." (Behan C et al., 2020) et Knapp M : "Making an Economic Case for Prevention and Promotion" (2009).

– **Soutien structuré aux aidants**, incluant du répit, de l’information et des accompagnements spécifiques : la documentation disponible souligne les effets de la charge d’aidance sur la santé des proches, leur participation au marché du travail et leurs revenus. Des interventions adaptées peuvent éviter des arrêts de travail, des renoncements professionnels ou des hospitalisations liées à l’épuisement⁽¹⁾. Une étude conduite pour le compte du Département américain de la santé et des services sociaux (HHS) sur le gain économique lié aux politiques de soutien aux aidants aux États-Unis a identifié un bénéfice économique modéré mais réel attaché à ces politiques⁽²⁾.

– **Emploi accompagné pour les personnes vivant avec des troubles psychiques ou certains troubles du neurodéveloppement** : en France, les évaluations disponibles montrent que l’emploi accompagné contribue à la continuité des parcours professionnels et facilite le maintien ou le retour à l’emploi. L’analyse conduite par l’Agence nouvelle des solidarités actives (ANSA), avec le soutien de la direction générale de la cohésion sociale, met en évidence une réduction des dépenses publiques sur la première année d’accompagnement, principalement liée à la baisse des hospitalisations psychiatriques. Pour les personnes vivant avec des troubles psychiques, l’économie moyenne constatée entre l’année précédant l’entrée dans le dispositif et la première année d’accompagnement dépasse 2 800 euros par personne, et près de 90 % des économies observées proviennent de la diminution des hospitalisations. Ces résultats confirment un impact positif sur la stabilisation des parcours, même si les effets potentiels sur d’autres dimensions – comme la réduction des arrêts de travail – restent encore insuffisamment documentés dans les études françaises⁽³⁾.

En matière d’emploi accompagné, l’exemple des Pays-Bas peut également apporter des enseignements utiles. La prise en compte des coûts évités dans la politique néerlandaise de l’emploi accompagné des personnes souffrant de handicap s’articule principalement autour de la réduction du recours aux pensions d’invalidité et au maintien ou retour à l’emploi des personnes handicapées.

La législation néerlandaise a ainsi instauré des mécanismes visant à responsabiliser financièrement les employeurs, par exemple *via* des cotisations modulées liées aux congés maladie ou invalidité, afin de les encourager à investir dans la réadaptation professionnelle et l’aménagement des postes. Elle a également instauré, du côté des personnes handicapées, des budgets personnalisés leur permettant d’acheter les services d’aide adaptée favorisant leur autonomie, ce qui doit conduire à une diminution de leur dépendance aux prestations sociales standardisées. Cette politique vise explicitement à prévenir des dépenses futures à

(1) McDaid D, Park A-L (2022) : “*Understanding the Economic Value and Impacts on Informal Careers of People Living with Mental Health Conditions*”.

(2) *Office of Disability, Aging, and Long-Term Care Policy* (2020), *Economic Impacts of Programs to Support Caregivers*, *Urban Institute, Washington D.C.*

(3) *Agence nouvelle des solidarités actives (ANSA)*, *Analyse des coûts évités par l’emploi accompagné, rapport d’évaluation réalisé pour la direction générale de la cohésion sociale*, 2021.

travers l'augmentation de l'activité productive et le moindre recours aux dispositifs invalidité. ⁽¹⁾

Cette liste n'a cependant pas vocation à être limitative, d'autres interventions présentant des impacts positifs sur les parcours, mis en évidence par les évaluations disponibles, sans que leurs effets économiques soient encore pleinement quantifiés, justifiant de poursuivre et d'approfondir leur documentation. C'est par exemple le cas de l'habitat inclusif et des alternatives à l'hospitalisation ou à l'hébergement complet, des solutions de logement accompagné, de type habitat inclusif ou logement d'abord, permettant d'éviter des séjours hospitaliers prolongés, des placements en structures coûteuses ou des recours à l'hébergement d'urgence pour des personnes en grande vulnérabilité psychique ⁽²⁾.

Ces interventions ne couvrent pas l'ensemble du besoin, mais elles montrent que des politiques bien ciblées peuvent modifier des trajectoires et éviter des dépenses publiques importantes.

Une évaluation rigoureuse des coûts évités à court terme : l'exemple de l'emploi accompagné

(ANSA, Analyse des coûts évités par l'emploi accompagné, 2021)

L'évaluation « Analyse des coûts évités par l'emploi accompagné », conduite par l'Agence nouvelle des solidarités actives pour la direction générale de la cohésion sociale, mesure les effets du dispositif sur la première année d'accompagnement. L'étude compare la situation d'une cohorte de bénéficiaires à celle de l'année précédant leur entrée dans le dispositif et analyse trois postes de dépenses publiques : hospitalisations psychiatriques, arrêts de travail et indemnités journalières.

Les résultats mettent en évidence des coûts évités à court terme, principalement liés à la baisse des hospitalisations. Pour les personnes vivant avec des troubles psychiques, l'économie moyenne constatée au cours de la première année dépasse 2 800 euros, dont près de 90 % proviennent de la diminution des séjours hospitaliers. Les variations observées sur d'autres postes (arrêts de travail, indemnités journalières) concernent certains sous-groupes mais ne permettent pas de dégager une tendance générale.

L'étude ne vise pas à projeter des effets à moyen ou long terme. Elle constitue toutefois un exemple robuste et exploitable d'estimation de coûts évités à court horizon, illustrant l'intérêt d'outils d'analyse permettant d'éclairer la conception et le pilotage des politiques d'insertion professionnelle des personnes vivant avec des troubles psychiques.

ii. Des effets réels sur les parcours

Ce que ces dispositifs ont en commun est d'offrir des trajectoires alternatives à celles, très coûteuses, de la rupture et de la crise. Là où l'absence d'offre adaptée conduit à des allers-retours entre domicile, urgences, hospitalisation

(1) Fort C., *La prise en charge du handicap aux Pays-Bas, Études et Résultats n° 468, DREES, ministère de la Santé et des Solidarités, février 2006.*

(2) DIHAL, *Rapport d'évaluation nationale du dispositif « Un chez-soi d'abord », 2016.*

et retour sans solution, l'existence d'un suivi structuré et d'un accompagnement dans la durée permet :

- d'anticiper les décompensations ;
- de maintenir le lien avec les services ;
- d'organiser des transitions plus fluides entre dispositifs et âges de la vie ;
- de réduire le recours aux solutions les plus lourdes.

Les travaux de Martin Knapp et d'autres auteurs soulignent que ces effets reposent sur des conditions de réussite : une couverture suffisante des publics concernés, une intensité minimale d'accompagnement, des équipes formées et stables, une articulation réelle entre sanitaire, médico-social, social et emploi. Autrement dit, les coûts évités ne sont pas attachés à une « étiquette » de dispositif, mais à la façon dont celui-ci est déployé dans un système.

iii. Des résultats à interpréter avec mesure

Enfin, une stratégie de coûts évités doit rester prudente. Plusieurs risques sont identifiés dans la littérature :

- surestimation des effets lorsqu'on généralise des résultats obtenus dans un projet pilote de haute qualité à l'ensemble du territoire ;
- double comptage lorsqu'on additionne des économies correspondant à la même dépense (par exemple baisser à la fois « les hospitalisations » et « les dépenses d'assurance maladie » pour un même épisode) ;
- attribution excessive lorsqu'on impute à un seul dispositif des évolutions qui résultent en réalité d'un ensemble de réformes ou de facteurs ;
- confusion entre économies et transferts, lorsqu'on présente comme coûts évités des prestations qui ont été simplement déplacées ou prises en charge par les familles.

La crédibilité de la démarche repose sur cette prudence. Il s'agit d'un **outil d'éclairage**, non d'un argument de communication visant à promettre des rendements spectaculaires. Pour un rapport parlementaire, l'enjeu est de montrer que certains choix publics, lorsqu'ils sont programmés et évalués, permettent d'éviter des coûts significatifs et d'améliorer les parcours, sans laisser penser que les difficultés budgétaires pourraient être résolues par quelques dispositifs de prévention.

2. Intégrer les coûts évités au pilotage et à la programmation publique

L'intégration des coûts évités dans le pilotage public vise à renforcer la cohérence des politiques de santé mentale et du handicap, en articulant les objectifs

relatifs aux parcours avec une stratégie d'allocation des moyens. Dans un champ où les interventions reposent souvent sur des coopérations étroites entre le sanitaire, le médico-social, le social, l'éducation et l'emploi, cette approche permet de dépasser les logiques strictement sectorielles et de mieux prendre en compte les effets différents des actions engagées. **Elle n'a pas pour objectif d'imposer une logique d'économies, mais de fournir une méthode pour comparer les trajectoires possibles et mieux programmer l'effort public.**

Dans cette perspective, les coûts évités constituent un outil d'analyse qui éclaire les choix collectifs, renforce la lisibilité pour les décideurs et aide à orienter les financements vers les interventions qui produisent les effets les plus significatifs. **Ils permettent également d'identifier les situations où les dépenses publiques résultent d'un défaut de prévention ou de coordination, et où des marges d'amélioration existent.**

a. Prioriser les dispositifs efficaces dans une logique de programmation pluriannuelle

La notion de coûts évités constitue d'abord un outil de hiérarchisation des interventions. Elle ne vise pas à remplacer l'expertise des acteurs de terrain ni à imposer un classement mécanique, mais à éclairer les choix collectifs en identifiant les dispositifs qui modifient réellement les trajectoires et qui méritent, à ce titre, une place prioritaire dans la programmation. Dans la santé mentale comme dans le champ du handicap, certains accompagnements présentent des effets différents importants : ils réduisent les crises, stabilisent les situations, soutiennent l'insertion scolaire ou professionnelle et évitent des recours plus lourds aux dispositifs d'urgence ou d'hébergement.

Cette logique rejoint les travaux internationaux sur l'investissement social et la santé mentale. Les analyses coordonnées par M. Martin Knapp ont montré que plusieurs interventions ciblées – notamment l'intervention précoce, le soutien à l'insertion et certaines formes de coordination – produisent des bénéfices qui dépassent les coûts engagés lorsqu'elles sont correctement déployées et maintenues dans le temps. De même, les travaux portés en France par M. Thierry Sibieude invitent à évaluer la valeur d'une intervention en tenant compte de l'ensemble de ses effets, directs et indirects, et de ses impacts sur les différents acteurs publics⁽¹⁾.

i. Mobiliser les coûts évités pour hiérarchiser les interventions

La priorisation des dispositifs ne doit pas dépendre de leur visibilité ou de leur poids budgétaire, mais de leur capacité à prévenir les ruptures et à soutenir les transitions. Plusieurs catégories d'interventions ressortent clairement des travaux disponibles :

(1) Thierry Sibieude, Alice de Vries, *Investir dans l'impact social : mesurer et valoriser ce qui compte vraiment*, Presses de l'ESSEC, 2016.

– **interventions précoces et repérage**, qu'il s'agisse de programmes scolaires, de consultations rapides ou de services spécialisés pour les premiers épisodes psychotiques. Lorsqu'ils sont accessibles et suffisamment intensifs, ils réduisent la fréquence des crises, améliorent la continuité du suivi et limitent les ruptures scolaires ou professionnelles ;

– **équipes mobiles et dispositifs de coordination**, qui interviennent en amont des décompensations, soutiennent les sorties d'hospitalisation et facilitent les liens entre soins, médico-social et vie quotidienne. Leur effet est documenté : réduction des passages répétés aux urgences, stabilisation des situations complexes, meilleure anticipation des crises ;

– **emploi accompagné**, qui soutient l'accès ou le retour à l'emploi des personnes vivant avec des troubles psychiques ou certains troubles du neurodéveloppement. Les études françaises et internationales mettent en évidence des effets sur la réduction des hospitalisations, la diminution des arrêts de travail prolongés et la prévention des situations d'invalidité ;

– **soutien structuré aux aidants**, qui atténue les risques d'épuisement, améliore la continuité du suivi du proche et prévient des ruptures nécessitant des prises en charge plus lourdes ;

– **alternatives à l'hébergement complet** (habitat inclusif, logement accompagné), qui évitent des placements longs souvent motivés par un manque de solutions adaptées plutôt que par la gravité de la situation.

Ces interventions, bien que différentes dans leur nature, ont en commun de proposer une trajectoire alternative à la crise, permettant d'éviter des dépenses importantes tout en améliorant la qualité de vie des personnes. La hiérarchisation doit donc intégrer cette capacité à modifier les trajectoires et à produire des effets à plusieurs horizons : immédiat, différé et durable.

ii. Stabiliser les dispositifs qui fonctionnent

Les interventions les plus efficaces ne peuvent produire leurs effets que si elles disposent d'une stabilité financière suffisante. Or, les financements ponctuels, les appels à projets successifs ou les dotations annuelles limitent la capacité des acteurs à recruter, former et fidéliser des équipes, et fragilisent les partenariats territoriaux.

Une programmation pluriannuelle cohérente devrait permettre :

– de garantir la **continuité de l'offre**, essentielle dans les troubles psychiques et les parcours de handicap ;

– d'assurer la **stabilité et la professionnalisation des équipes** ;

– de **planifier les extensions nécessaires en fonction des besoins observés** ;

- de soutenir un déploiement progressif, aligné sur les capacités du territoire ;
- d'éviter les effets de « *stop and go* », préjudiciables à la qualité des interventions.

Or, les travaux institutionnels montrent que les dispositifs instables ont tendance à s'essouffler, à perdre leurs professionnels les plus expérimentés et à ne pas atteindre les publics les plus vulnérables. À l'inverse, **les dispositifs dotés de financements pluriannuels parviennent à anticiper les besoins, à renforcer les coopérations et à s'inscrire dans une logique de prévention durable.**

L'intégration des coûts évités dans le pilotage vise précisément à rendre visible la valeur de la continuité et à donner un cadre aux interventions dont les effets, bien que différés, sont déterminants pour la qualité des parcours.

b. Structurer une gouvernance interministérielle fondée sur les résultats

L'intégration des coûts évités dans le pilotage public suppose cependant une gouvernance capable de dépasser les frontières administratives traditionnelles. La santé mentale et le handicap mobilisent en effet des acteurs relevant du champ sanitaire, médico-social, social, éducatif, professionnel et parfois judiciaire. Les effets d'une intervention financée par un acteur se manifestent fréquemment chez un autre : une action de prévention peut réduire des hospitalisations, mais aussi prévenir un décrochage scolaire ou une désinsertion professionnelle ; un accompagnement éducatif peut alléger la charge pesant sur les services de soin ; un soutien aux aidants peut limiter l'absentéisme, éviter une mise en invalidité ou retarder un besoin d'hébergement.

Parce qu'elle repose précisément sur l'analyse de ces trajectoires, la notion de coûts évités fournit un langage commun pour dépasser les cloisonnements sectoriels. Elle met en évidence le fait que les dépenses publiques résultent souvent d'un enchaînement de difficultés qui touchent plusieurs domaines. **Une gouvernance interministérielle fondée sur les résultats permet, dans ce contexte, de construire des objectifs partagés, de mieux articuler les financements et de renforcer la cohérence des interventions.**

i. Une convergence entre santé, solidarité, travail et éducation

La première exigence d'une telle gouvernance est **l'existence d'objectifs communs entre les ministères concernés : santé, solidarités, éducation nationale, formation professionnelle, travail et insertion.** Ces objectifs doivent porter non sur les dispositifs eux-mêmes, mais sur les résultats attendus : continuité des soins, maintien en scolarité ou en emploi, transitions mieux accompagnées, réduction des hospitalisations évitables, stabilité du logement, atténuation des situations d'épuisement des aidants.

Cette convergence est essentielle pour éviter ce que les analyses internationales décrivent comme des « effets de silo » : une politique peut être efficace dans son propre périmètre, mais produire des charges supplémentaires dans un autre secteur. Plusieurs travaux de l'OCDE soulignent ainsi que les politiques de santé mentale les plus efficaces sont celles où les interventions éducatives, sociales et professionnelles sont intégrées dans une stratégie unique et coordonnée⁽¹⁾. Les travaux de Martin Knapp montrent également que les gains économiques d'une intervention sont souvent observés dans des domaines autres que celui qui en assure le financement, ce qui justifie un pilotage partagé.

En France, les travaux sur l'investissement social conduits par M. Thierry Sibieude rappellent également que la valeur d'une intervention tient à la diversité de ses effets, et donc à la capacité à coordonner plusieurs financeurs⁽²⁾. **Une gouvernance interministérielle permet d'assurer cette coordination, de définir des priorités communes et d'éviter des décisions contradictoires entre secteurs.**

ii. Un cadre commun d'indicateurs et d'objectifs

Une stratégie de coûts évités ne peut s'inscrire dans le pilotage public qu'à la condition d'être accompagnée d'un cadre commun d'indicateurs centrés sur les trajectoires. L'objectif n'est pas d'ajouter de nouveaux tableaux de bord, mais d'adopter des indicateurs partagés, lisibles et utiles pour apprécier les effets des interventions. Ils doivent porter sur :

- la continuité des soins et du suivi ;
- le maintien dans l'emploi ou la formation ;
- les transitions entre âges de la vie ou entre dispositifs ;
- la fréquence et la gravité des crises ;
- la stabilité du logement ;
- la charge pesant sur les aidants ;
- les réhospitalisations précoces ou évitables.

Ces indicateurs doivent permettre de suivre les trajectoires et non les seules activités des dispositifs. Ils offrent un outil commun aux décideurs nationaux, régionaux et départementaux pour apprécier les effets des politiques publiques et orienter les financements.

Un cadre partagé d'indicateurs facilite également la comparaison entre territoires, permettant d'identifier les écarts, de valoriser les initiatives efficaces et

(1) OCDE, *Making Mental Health Count : The Social and Economic Costs of Neglecting Mental Health Care*, Paris, OCDE Publishing, 2014.

(2) Thierry Sibieude, Alice de Vries, *Investir dans l'impact social : mesurer et valoriser ce qui compte vraiment*, Presses de l'ESSEC, 2016.

d'appuyer les décisions sur des données consolidées. Il ne s'agit pas d'introduire une logique de performance uniforme, mais de garantir que les choix sont guidés par des données fiables, comparables et centrées sur l'impact réel pour les personnes.

iii. Une cohérence entre financements et objectifs de trajectoire

Enfin, une gouvernance interministérielle orientée vers les résultats doit assurer la **cohérence entre les financements et les objectifs de trajectoire**. Aujourd'hui, les financements peuvent encourager des logiques différentes : certains dispositifs sont financés à l'activité, d'autres par place ou par dotation, d'autres encore de manière ponctuelle. Cette diversité rend difficile l'alignement des objectifs et peut conduire à ce que des interventions efficaces soient sous-financées ou ne puissent être étendues.

L'intégration de la notion de coûts évités vise précisément à renforcer cet alignement. Les interventions qui réduisent les crises, facilitent l'insertion, soutiennent les transitions ou stabilisent les situations doivent bénéficier de financements cohérents avec leurs effets attendus. À l'inverse, les actions dont les effets sont limités ou qui entraînent des charges supplémentaires sans réelle amélioration des trajectoires doivent faire l'objet d'un examen plus attentif.

Cette cohérence ne relève pas d'une logique d'économies, mais d'un principe de bonne allocation des moyens publics. Les interventions qui évitent des dépenses futures ou préviennent des ruptures doivent être soutenues de manière prioritaire, dans une perspective pluriannuelle. L'un des apports de la notion de coûts évités est précisément de rendre visibles ces arbitrages intertemporels et de les intégrer dans le pilotage.

Structurer une gouvernance interministérielle fondée sur les résultats vise à créer un cadre de décision capable de dépasser les logiques sectorielles et de soutenir les interventions les plus efficaces. **En identifiant les effets différés et les interactions entre secteurs, la notion de coûts évités contribue à renforcer la cohérence des politiques publiques, à consolider la convergence entre acteurs et à organiser la dépense publique dans la durée.**

c. Construire les outils d'un pilotage orienté vers l'impact

L'intégration des coûts évités dans la décision publique suppose des outils de pilotage capables de soutenir la continuité des interventions, d'accompagner les acteurs de terrain et d'inscrire l'action publique dans une logique de trajectoire plutôt que d'activité. **Ces outils ne constituent pas un dispositif supplémentaire qui viendrait compliquer un édifice administratif déjà dense ; ils visent au contraire à organiser la dépense publique de manière cohérente, transparente et orientée vers les résultats attendus**, ainsi qu'à renforcer la capacité des acteurs à agir dans la durée et facilitent la mise en œuvre des interventions prioritaires identifiées par la stratégie. Trois leviers apparaissent particulièrement structurants : la contractualisation pluriannuelle entre acteurs nationaux et territoriaux ; une

ingénierie territoriale capable de soutenir les opérateurs ; et l'intégration progressive de la notion d'investissement social dans les documents budgétaires nationaux.

i. Des contrats pluriannuels État-ARS-départements-opérateurs

Plusieurs auditions et rapports ont souligné que la continuité des interventions repose en partie sur une visibilité financière suffisante et sur une coordination durable entre les acteurs. Dans cette perspective, la mise en place de contrats pluriannuels entre l'État, les agences régionales de santé, les départements et les opérateurs est régulièrement présentée comme un levier possible pour renforcer la cohérence des politiques et stabiliser les dispositifs.

Ces contrats pourraient, selon les contributions recueillies, intégrer différents éléments :

- des objectifs centrés sur les parcours, comme la continuité des soins, la réduction des ruptures ou la stabilisation des situations complexes ;
- des engagements de moyens pluriannuels permettant de sécuriser les équipes et de planifier la montée en charge ;
- des indicateurs simples et partagés, destinés à éclairer les trajectoires plutôt qu'à mesurer des volumes d'activité ;
- des modalités d'ajustement pour tenir compte des résultats observés ou des besoins émergents.

Ces pistes, évoquées tant dans les auditions que dans certains travaux institutionnels, illustrent les façons dont la contractualisation pourrait contribuer à améliorer la lisibilité et la coordination de l'action publique, sans constituer pour autant un instrument unique ou une solution standardisée.

Les contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens (CPOM) signés entre les ARS et les établissements, outils bien connus dans le secteur médico-social, auraient dû soutenir un vaste travail de transformation et d'évaluation. Force est de constater que les effets attendus ne sont pas au rendez-vous, principalement en raison d'un manque de moyens dédiés à cela et d'un pilotage insuffisamment soutenu, qui ont limité l'animation et la coordination nécessaires à leur succès. La multiplicité des acteurs et la complexité administrative ont également freiné la mise en œuvre concrète des objectifs, tandis que l'évaluation des résultats reste encore insuffisante pour ajuster efficacement les pratiques. Ces difficultés ont restreint l'impact opérationnel des contrats, malgré leur pertinence théorique⁽¹⁾. Sans doute conviendrait-il de rectifier cette trajectoire et de faire en sorte que cet outil réponde effectivement à sa vocation.

(1) *Igas, Claude Gady-Cherrier, Julien Emmanuelli, Anne Burstin, Bilan et perspectives des contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens avec les services de prévention et santé au travail (CPOM), novembre 2024.*

ii. Un appui territorial pour soutenir la mise en œuvre

Les auditions comme les rapports et études soulignent que la réussite des interventions orientées vers les parcours dépend largement de la capacité des territoires à organiser la coopération entre acteurs et à soutenir les équipes dans la durée. Cet appui, souvent qualifié d'ingénierie territoriale, regroupe les moyens méthodologiques, techniques et organisationnels permettant de structurer les interventions sur le terrain.

Cet appui peut prendre plusieurs formes, selon les besoins identifiés localement :

– **un soutien méthodologique**⁽¹⁾, pour définir des objectifs centrés sur les parcours, structurer les interventions et mettre en place des outils d'évaluation simples. Mme Angélique Khaled, directrice de la qualité de l'accompagnement social et médico-social au sein de la Haute Autorité de santé (HAS) a évoqué le déploiement d'outils concrets et de bonnes pratiques destinés aux professionnels⁽²⁾, tandis que Mme Anne Morvan-Paris, directrice générale de France Enfance protégée, a souligné la nécessité d'élaborer des référentiels d'accompagnement permettant d'harmoniser les pratiques des équipes⁽³⁾ ;

– **un accompagnement des coopérations** visant à faciliter les partenariats entre établissements de santé, opérateurs médico-sociaux, éducation nationale, service public de l'emploi et associations : M. Maëlig Le Bayon, directeur général de la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA), a ainsi insisté sur le rôle du service public départemental de l'autonomie pour structurer cette coopération à l'échelle du bassin de vie⁽⁴⁾, tandis que Mme Caroline Pascal, directrice générale de l'enseignement scolaire, a présenté la fonction des pôles d'appui à la scolarité dans la coordination entre l'école, les acteurs médico-sociaux et les libéraux⁽⁵⁾ ;

– **un renforcement de la capacité d'analyse**, afin d'exploiter les données territoriales, repérer les ruptures et ajuster les interventions : Mme Sarah Bartoli, inspectrice des affaires sociales, a mis en avant la nécessité de renforcer les flux de données entre les MDPH et les systèmes d'information nationaux⁽⁶⁾, tandis que M. Michel Vernay, directeur de la direction des maladies non transmissibles et des traumatismes à Santé publique France (SPF), a indiqué travailler à la production d'indicateurs infradépartementaux destinés à appuyer la décision territoriale⁽⁷⁾ ;

(1) *La Haute Autorité de santé (HAS) déploie un programme pluriannuel de soutien aux professionnels autour de l'autodétermination, publiant des documents scientifiques et des outils concrets pour recueillir le point de vue des usagers, même ceux ayant des troubles cognitifs*

(2) *Audition de Mme Angélique Khaled, 9 octobre 2025.*

(3) *Audition de Mme Anne Morvan-Paris, 9 septembre 2025.*

(4) *Audition de M. Maëlig Le Bayon, le 9 septembre 2025.*

(5) *Audition de Mme Caroline Pascal, le 23 septembre 2025.*

(6) *Audition de Mme Sarah Bartoli, le 1^{er} octobre 2025.*

(7) *Audition de M. Michel Vernay, 9 septembre 2025.*

— une fonction de diffusion, permettant de valoriser les pratiques efficaces et d'appuyer leur transfert dans d'autres territoires : Mme Marie Daudé, directrice générale de l'offre de soins, a présenté la mise à disposition d'une base d'expériences pour les référents des PTSM⁽¹⁾, et Mme Caroline Semaille, directrice générale de Santé publique France, s'est engagée à déployer plus largement les dispositifs dont l'efficacité est établie⁽²⁾.

Cet appui a été présenté à la commission d'enquête comme un élément clé pour consolider les dispositifs à fort impact – qu'il s'agisse d'équipes mobiles, d'interventions précoces, d'accompagnements professionnels ou de solutions d'habitat accompagné – en leur donnant les conditions nécessaires pour agir dans la durée. Il doit également et surtout contribuer à associer les usagers et les aidants à la définition des priorités territoriales, en tenant compte de leur expérience des ruptures et des obstacles de coordination. Cette approche doit en effet être davantage centrée sur l'usager et penser pleinement les parcours ainsi que les « grands passages », notamment de l'enfance à l'âge adulte, les disparités de prises en charge observées révélant clairement des logiques centrées sur les dispositifs, les financeurs et non pas sur l'usager.

iii. Intégrer la notion d'investissement social dans les documents budgétaires nationaux

Plusieurs auditions et rapports ont souligné que **la visibilité donnée aux effets différés des interventions reste limitée dans les documents budgétaires nationaux**. Sans remettre en cause les règles budgétaires existantes, certains intervenants ont suggéré que les politiques de prévention et d'accompagnement pourraient être mieux mises en perspective lorsqu'elles produisent des effets à moyen ou long terme.

Différentes pistes peuvent être évoquées :

- présenter, lorsque cela est pertinent, des **analyses d'impact à moyen terme** pour les mesures susceptibles d'éviter des ruptures de parcours ;
- identifier plus clairement les **interventions de prévention**, en indiquant les horizons temporels dans lesquels leurs effets sont attendus ;
- rapprocher certaines **dépenses relevant de programmes différents** lorsqu'elles contribuent à des **objectifs communs** ;
- distinguer les **bénéfices différés des économies budgétaires immédiates**, afin d'éclairer les arbitrages fondés sur des horizons plus longs.

(1) *Audition de Mme Marie Daudé, 9 septembre 2025.*

(2) *Audition de Mme Caroline Semaille, 9 septembre 2025.*

Ces suggestions visent à améliorer la lisibilité des choix publics et à renforcer la cohérence entre les dépenses engagées et les effets attendus, sans constituer pour autant une réforme formalisée ou un cadre prescriptif.

*

Construire les outils d'un pilotage orienté vers l'impact permet d'inscrire les interventions en matière de santé mentale et de handicap dans une logique de durée, de lisibilité et de cohérence. La contractualisation pluriannuelle, l'ingénierie territoriale et l'intégration progressive de la notion d'investissement social dans les documents budgétaires constituent des leviers complémentaires pour organiser les politiques publiques autour des trajectoires des personnes et rendre plus efficace l'action collective.

L'adoption d'une stratégie de coûts évités éclaire ainsi les choix publics en tenant compte des effets différés des interventions. Elle permet de mieux hiérarchiser les priorités, de consolider la coordination entre secteurs et de soutenir les dispositifs dont l'impact est le mieux documenté. Elle contribue également à renforcer la convergence des politiques menées par les différents acteurs nationaux et territoriaux, en orientant les financements vers les actions qui préviennent les ruptures et stabilisent les parcours.

Une stratégie de coûts évités n'est ni un instrument d'économie rapide ni un modèle théorique abstrait. **Elle constitue un cadre pour organiser la dépense publique dans le temps long, en rendant visibles les bénéfices d'une prévention structurée et d'un accompagnement continu. Elle offre enfin une méthode pour renforcer la cohérence des actions publiques et mieux répondre aux besoins des personnes, en privilégiant les interventions qui améliorent durablement les parcours et évitent des charges évitables pour la collectivité.**

EXAMEN EN COMMISSION

Mme la présidente Nicole Dubré-Chirat. Nous arrivons au terme de notre 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, demandée par le groupe Socialistes faisant usage de son droit de tirage. Le choix de ce sujet doit beaucoup à la détermination de notre rapporteur, Sébastien Saint-Pasteur, que je remercie d'avoir mis ce sujet sur le devant de la scène.

La dernière réunion de notre commission d'enquête n'est pas retransmise ni ouverte à la presse. Elle fera l'objet d'un compte rendu, qui sera annexé au rapport.

J'ai trouvé un grand intérêt à la présider et à travailler avec le rapporteur ainsi qu'avec vous, chers collègues. Cela n'a pas toujours été facile, car le calendrier de notre commission d'enquête a correspondu plus ou moins au calendrier bousculé de la discussion budgétaire. Je tiens à vous remercier pour votre présence cet après-midi et lors de nos précédentes réunions, malgré les contraintes d'agenda.

Le rythme des auditions a été soutenu. Du 3 septembre au 18 novembre, nous avons organisé 47 auditions et tables rondes, lors desquelles 112 personnes ont été entendues. Le champ de notre commission d'enquête étant large, nous avons auditionné des personnes aux profils très divers : professeurs de médecine, psychiatres, chercheurs et économistes de la santé, personnels de santé et professionnels du secteur médico-social, orthophonistes, psychologues, fédérations hospitalières, directeurs et directrices d'administration centrale, caisses nationales de la sécurité sociale, ARS (agences régionales de santé), MDPH (maisons départementales des personnes handicapées), départements, Défenseure des droits, grands témoins, patients-experts, associations représentant des patients, des usagers, des personnes en situation de handicap, leurs familles, entreprises, avocats, inspecteurs des affaires sociales, ministres, ancien premier ministre. Nous avons entendu des témoignages passionnants, parfois difficiles, mais toujours riches d'enseignements.

Grâce à votre implication, nous avons aussi pu travailler avec beaucoup de remontées du terrain. Le rapporteur et moi-même vous avions sollicités pour que chacun d'entre vous aille à la rencontre, dans sa propre circonscription, des acteurs des secteurs de la santé mentale et du handicap. Au total, onze députés ont effectué une vingtaine de visites dans des instituts médico-éducatifs (IME), des centres médico-psychologiques (CMP) ou des centres hospitaliers. Ces visites ont fait l'objet de comptes rendus qui ont alimenté notre rapport. Je remercie tous les collègues qui ont participé à cette initiative. Les échanges avec des professionnels de terrain sont extrêmement précieux pour nos travaux : ils permettent d'avoir une connaissance concrète des difficultés rencontrées et des expériences réussies.

Le rapporteur et moi-même nous sommes aussi rendus en Belgique afin de faire ce pas de côté qui permet d'observer la situation française avec un autre regard et de profiter des expériences positives d'autres pays européens. Nous y avons rencontré une dizaine de personnes au sein de l'administration générale de l'enseignement de la fédération Wallonie-Bruxelles, ainsi que dans un centre psycho-médico-social (CPMS) en lien avec les écoles de son secteur. Nous y avons découvert une approche beaucoup plus pragmatique de l'inclusion scolaire.

M. Sébastien Saint-Pasteur, rapporteur. Je tiens, avant toute chose, à vous remercier sincèrement, madame la présidente, car cela a été un vrai plaisir de cheminer ensemble. Nos travaux doivent beaucoup à la qualité de votre présidence. Je veux également vous remercier, chers collègues, pour votre implication, notamment dans vos précieuses visites de terrain. Je remercie enfin les services de l'Assemblée nationale sans lesquels rien de tout cela ne serait possible.

Dès le début de nos travaux, nous avons opté pour une approche qui se voulait constructive, évitant ainsi l'écueil de la commission d'enquête transformée en tribunal. Nous souhaitions comprendre ce qui, dans l'organisation de l'action publique, produit des ruptures de parcours, des impasses et, de ce fait, beaucoup de souffrances évitables. Les conclusions du rapport n'en sont pas moins fermes. Elles posent le diagnostic d'une situation critique et s'accompagnent de propositions现实的, compatibles avec les contraintes budgétaires. Elles supposent, surtout, un vrai changement de perspective.

En premier lieu, je voudrais insister sur la dégradation de la santé mentale, en particulier chez les jeunes. Leur consommation d'antidépresseurs a bondi de 60 % entre 2019 et 2023 ; les hospitalisations pour gestes auto-infligés ont progressé fortement ; le taux de décès par suicide des jeunes de moins de 24 ans est malheureusement en hausse. Derrière ces chiffres, ce sont des vies interrompues, des familles brisées, des équipes soignantes qui ne peuvent intervenir que trop tard.

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. Certains territoires disposent, proportionnellement, de dix fois moins de psychiatres que d'autres.

Par ailleurs, de fortes rigidités grèvent les solutions de prise en charge, qui sont trop centrées sur des réponses lourdes – hospitalisations, traitements médicamenteux. Des formes d'accompagnement innovantes et prometteuses existent, mais sont négligées. Les besoins explosent, tandis que l'offre de prise en charge demeure stable en volume et n'évolue pas qualitativement. Cela conduit à un report massif vers les urgences psychiatriques.

En matière de handicap, le constat est du même ordre. Si notre droit a beaucoup progressé en vingt ans, la promesse d'inclusion dans la vie ordinaire est loin d'être tenue. Les témoignages recueillis et les données disponibles convergent : trop souvent, les familles se heurtent à des délais interminables, à des démarches

complexes, à des réponses partielles voire à une absence de réponse. S’agissant de l’école inclusive, selon les données de la direction générale de l’enseignement scolaire (Dgesco), 50 000 enfants demeuraient en attente d’un accompagnement humain à la rentrée 2025. De très fortes disparités territoriales existent entre académies et entre départements. Ainsi, dans certains départements, plus de 40 % des élèves ne bénéficient pas de l’accompagnement qui leur est notifié, quand, dans d’autres, quasiment tous en bénéficient. Un tel constat n’est pas sans nous interroger sur la fiabilité des statistiques transmises. Selon le lieu où l’on naît, l’effectivité des droits est différente.

Ces défaillances humainement inacceptables entraînent des coûts considérables pour la collectivité. Les dépenses de santé relatives aux troubles de la santé mentale ont coûté près de 28 milliards d’euros en 2023, quand la prise en charge du handicap a représenté un effort de plus de 60 milliards d’euros en 2024. Les coûts liés aux soins, à la perte de productivité, aux arrêts de travail, à la désinsertion sont estimés à près de 163 milliards par an, dont près de 80 % correspondent à des coûts indirects invisibles. Une partie importante de ces dépenses pourrait être évitée, si nous investissions plus tôt et plus clairement dans les bonnes prises en charge.

Au-delà des chiffres, deux défaillances structurelles ont pu être identifiées.

La première réside dans une complexité globale – définitions, dispositifs, démarches. Des parents ne peuvent pas accéder à une plateforme de coordination, parce qu’une demande est déjà en cours à la MDPH. Des personnes lourdement handicapées sont contraintes de renouveler leurs droits, alors que leur situation est irréversible. La fragmentation administrative fragmente concrètement leur vie.

L’autre défaillance majeure que j’ai constatée tient à la méconnaissance des besoins de prise en charge et des effets réels des politiques publiques. Des données existent, mais elles sont dispersées. Certaines relèvent des MDPH, d’autres de l’assurance maladie, d’autres encore de l’éducation nationale, des ARS ou des établissements médico-sociaux, ce qui empêche toute vision consolidée. Combien de personnes ont réellement besoin d’un accompagnement ? De quel type ? Combien sont effectivement prises en charge ? Quels dispositifs fonctionnent ? Pour quel public ? Avec quels résultats ? Tant que nous ne sommes pas capables de répondre correctement à ces questions, nous pilotons à vue. Nous dépensons beaucoup, mais sans toujours savoir ce que chaque euro produit comme effet réel sur les parcours de vie.

C’est pour cela que le rapport ne se contente pas de dire qu’il faut plus de moyens. Il invite à raisonner d’une autre manière, en privilégiant l’investissement social et en mobilisant la notion de coûts évités. 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.

Le rapport propose un nombre volontairement restreint de recommandations, structurées autour de quatre grands axes.

Premièrement, nous suggérons de développer une culture de l'évaluation, de l'impact et des coûts évités. Nous proposons un pilotage fondé sur des données consolidées, un système d'information qui permette de suivre les parcours de santé mentale et de handicap dans la durée, d'identifier les ruptures et de simplifier les démarches. Il ne s'agit pas de ficher les personnes, mais de sortir d'un pilotage parcellaire, où chaque partie n'aperçoit qu'un morceau du problème.

Deuxièmement, il faut changer de perspective en matière d'inclusion scolaire, pour la rendre réellement opérationnelle pour les enfants et les équipes. Nous plaidons pour l'introduction de la notion d'aménagement raisonnable à l'école, sans passage systématique par la MDPH, dès lors que des prescriptions existent, ainsi que pour la reconnaissance des AESH (accompagnants d'élèves en situation de handicap), auxquels il faut offrir un vrai statut, une formation renforcée et des missions de coordination. Il ne s'agit pas de se lancer dans une course en avant sur leur nombre, mais de leur donner un juste rôle, sans considérer que l'AESH est la réponse à tous les problèmes.

Troisièmement, il convient d'investir en faveur de l'autonomie réelle tout au long de la vie. Il ne suffit pas de compenser pour permettre de vivre, d'habiter, de travailler. C'est le sens du développement de l'emploi accompagné, du soutien aux structures inclusives, du logement inclusif et d'une meilleure reconnaissance de tous les professionnels qui ajustent l'environnement aux besoins.

Quatrièmement, nous devons faire le choix de la prévention en santé mentale et renforcer l'offre de soins en fonction des réalités territoriales. Cela signifie renforcer les structures de proximité, mieux articuler médecine générale, psychiatrie et médico-social, structurer les dispositifs d'écoute et de crise ainsi qu'adapter la formation des professionnels, notamment en psychiatrie, en pédopsychiatrie et en pair-aidance.

Cela ne se résume ni à une augmentation mécanique des crédits ni à un nouveau plan de communication. Ce que le rapport propose, c'est avant tout un changement de logique : passer d'une politique qui court après les urgences à une politique qui anticipe, qui accompagne et qui évalue. Considérer chaque euro utilement dépensé en amont comme un investissement dans la stabilité, l'autonomie et la dignité.

En clarifiant l'organisation de la prise en charge, en sortant des querelles de compétences et en nous dotant d'outils d'évaluation partagés, nous pouvons réduire les ruptures de parcours, redonner de la visibilité aux familles comme aux professionnels et enrayer cette mécanique du renoncement qui abîme notre pacte républicain.

Mon rapport n'est pas une fin en soi, évidemment, mais une invitation à construire ensemble des trajectoires crédibles : moins de slogans, plus de résultats ; moins d'empilements de dispositifs, plus de lisibilité ; moins de dépenses subies, plus d'investissements assumés. C'est à cette condition que nous pourrons nous approcher de la promesse faite aux personnes concernées par un trouble psychique ou un handicap et apporter avec humilité et utilité des réponses à leurs besoins.

Mme la présidente Nicole Dubré-Chirat. Vous relevez l'empilement des dispositifs et plaidez pour une simplification de leur accès. Je me demande, pour ma part, s'il est vraiment pertinent de créer une nouvelle agence, l'agence nationale de l'étude d'impact. Comment ses travaux seraient-ils financés ?

S'agissant des AESH, qui sont attribués de façon quasi systématique aux élèves en situation de handicap, je pense que leur accorder un statut ne réglera ni le problème de leur formation ni celui des salaires. Il me semble plus intéressant de réfléchir aux critères d'attribution – parfois, des aménagements pédagogiques ou matériels suffiraient.

Il faudrait pouvoir augmenter le nombre d'orthophonistes diplômés donc augmenter les effectifs en début de formation.

Il est déjà possible, pour des handicaps stabilisés, de se passer d'un renouvellement du dossier. Votre idée d'une liste des handicaps pour lesquels il n'y aurait pas besoin d'en redemander est intéressante, sous réserve que le handicap ne se dégrade pas ; il ne faudrait pas qu'elle fige la situation.

Vos recommandations relatives à la santé mentale rejoignent, hélas, celles des précédents rapports sur la question. La prévention ainsi que la rapidité et la simplification des actions menées sont essentielles.

M. Sébastien Saint-Pasteur, rapporteur. S'agissant de la santé mentale, je veux croire que la répétition fixe la notion. Heureusement, d'une certaine manière, que les conclusions convergent. À force, on peut espérer que les choses changent.

En ce qui concerne la liste des handicaps, la modification doit revenir à l'éducation nationale. Quand un élève souffre d'un trouble dys, d'un TDAH (trouble du déficit de l'attention avec ou sans hyperactivité) ou d'un trouble du spectre autistique, toute la complexité des éventuelles modifications repose sur les épaules de la famille. Il est aussi à noter que le calendrier de l'ouverture des droits ne coïncide pas toujours avec les cycles scolaires. La durée pendant laquelle un enfant bénéficie d'un AESH n'est pas toujours la même que celle pendant laquelle ses parents perçoivent l'AEEH (allocation d'éducation de l'enfant handicapé). Renforcer le rôle de l'éducation nationale sur ce point serait salvateur pour les familles et permettrait une évolution au plus juste des prises en charge, qui sont souvent plaquées artificiellement sur les délais d'ouverture des droits des MDPH. Parfois, pour gagner en autonomie dans un nouvel environnement, un enfant n'aurait besoin d'un AESH que six mois. Mais, comme les droits sont ouverts pour trois ou quatre ans, les familles font le choix de la sécurité, si bien qu'ils restent ouverts plusieurs années.

Je ne peux que vous rejoindre pour ce qui est des orthophonistes.

Le nombre d'élèves bénéficiant d'une notification MDPH pour un AESH augmente de 10 % environ chaque année. Or ces professionnels sont mal rémunérés et à temps partiel. Comment recruter, quand l'attractivité du métier est si faible ? La question du statut est avant tout symbolique, même si elle implique aussi une montée en compétences. Il faut en faire un véritable métier, dont une partie serait consacrée à la coordination des parcours. Leur rôle doit également être consolidé au sein de la communauté éducative. En contrepartie, il faut arrêter d'en réclamer 10 % de plus chaque année, sans quoi cela ne peut pas marcher. Je propose que, à périmètre financier constant, on ait moins d'AESH. Cela suppose que les aménagements raisonnables soient bien faits. La course en avant actuelle sera forcément perdante, puisque le métier continuera de manquer d'attractivité et qu'il ne sera pas possible de répondre aux besoins d'adaptation dans les classes.

Enfin, je me doutais que la création d'une agence nationale de l'étude d'impact allait faire naître quelques crispations. C'est pour cela que je précise d'emblée qu'elle ne mobilisera que des ressources existantes. L'idée serait d'en trouver auprès de l'Insee, de la Drees (direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques), ainsi que de tous les ministères qui disposent de moyens statistiques, sous le haut patronage de personnes qui sont un peu en avance sur ces questions, afin de disposer d'une méthodologie efficace dans ce domaine des études d'impact, qui existe à peine en France. C'est après une évaluation dont les résultats étaient probants que le dispositif VigilanS, relatif à la prévention des tentatives de suicide, a été déployé. Malheureusement, la plupart du temps, faute d'évaluation, de nombreux dispositifs restent en suspens, avant qu'on en crée de nouveaux, selon un travers politique bien connu. Cette agence indépendante, qui trancherait à la manière d'un juge de paix, permettrait de mieux orienter les politiques publiques, grâce à une méthodologie fiable et à des principes d'action cohérents. Et cela ne sera ni de droite ni de gauche.

M. David Magnier (RN). Les députés du Rassemblement national remercient les administrateurs pour l'organisation des auditions et saluent également l'investissement et le sérieux du rapporteur comme de la présidente. La thématique de cette commission d'enquête, qui dépassait les clivages politiques, était importante. La dégradation de la santé mentale est devenue le fléau de la France. Nos enfants, nos jeunes, nos actifs, nos aînés, tous sont touchés par une vague sans précédent de troubles anxieux, de dépressions, de burn-out et de tentatives de suicide. Les chiffres sont accablants et ne cessent de s'aggraver. Pourtant, face à cette urgence sanitaire nationale, les gouvernements successifs ont été incapables d'instaurer une véritable politique de prévention. Plus la prise en charge est tardive, plus la pathologie se développe et devient difficile à soulager.

Le handicap est en forte augmentation, notamment en raison du vieillissement de la population. Les chiffres sont sans appel. Le nombre de bénéficiaires de l'AAH (allocation aux adultes handicapés) de plus de 50 ans a augmenté de 55 % entre 2011 et 2019. Cette évolution démographique résulte de

l'amélioration de l'espérance de vie des personnes en situation de handicap et du vieillissement des générations d'après-guerre. En 2021, 66 % des personnes handicapées en France étaient âgées de plus de 50 ans. La prévalence du handicap augmente fortement avec l'âge. Plus de 60 % des personnes de plus de 80 ans ont une limitation fonctionnelle sévère. Les handicaps sensoriels sont particulièrement concernés : 61 % des déficients visuels sont des personnes âgées de plus de 60 ans ; la déficience auditive progresse de 65 % après 65 ans. Selon la Cour des comptes, 60 % des demandes d'accompagnement à domicile par les services adaptés n'aboutissent pas et 40 % des demandes d'entrée en établissement spécialisé restent sans suite – une proportion qui augmente avec l'âge.

Face à une telle réalité démographique, les gouvernements successifs n'ont rien anticipé, rien préparé. Le constat est accablant. Même si le nombre d'établissements du champ du handicap accueillant des personnes âgées de 50 ans et plus a augmenté de 57,8 % entre 2010 et 2014, l'offre reste largement insuffisante. Le vieillissement de la population va inévitablement accroître le nombre de personnes en situation de handicap dans les années à venir.

Les défaillances constatées dans la prise en charge du handicap et de la santé mentale révèlent deux problèmes structurels majeurs, qui minent notre système : le manque d'attractivité des métiers du soin et de l'accompagnement ; la faible culture de la prévention. Ces deux manques fondamentaux sont à l'origine de l'ensemble des dysfonctionnements que subissent au quotidien les personnes en situation de handicap et celles souffrant de troubles psychiques ainsi que leurs familles. Pendant trop longtemps, les gouvernements ont multiplié les dispositifs et les structures, et complexifié les procédures. Il est temps de changer radicalement de paradigme et d'adopter une approche pragmatique fondée sur l'évaluation rigoureuse et l'investissement stratégique, là où il est réellement efficace. Des milliards ont été dépensés sans que l'on sache ce qui fonctionne et ce qui ne fonctionne pas.

Les établissements et les services peinent à recruter et à fidéliser les professionnels dont ils ont besoin. Les postes restent vacants pendant des mois, les services fonctionnent en sous-effectif chronique et les professionnels expérimentés quittent le secteur, parce qu'ils sont épuisés ou pour trouver des conditions de travail plus satisfaisantes ailleurs. Cette raréfaction ne touche pas uniquement le service public. C'est inacceptable, car sans professionnels en nombre suffisant et motivés, aucune politique publique, aussi bien pensée soit-elle, ne peut fonctionner. Les listes d'attente s'allongent, les prises en charge sont dégradées, les ruptures de parcours se multiplient. Une revalorisation massive des salaires et une optimisation des conditions de travail permettront de répondre à cette pénurie.

La France dépense massivement pour réparer, mais jamais pour prévenir. Nous intervenons trop tard, quand les situations sont déjà dégradées, quand les coûts humains et financiers sont démultipliés. Cette logique est absurde économiquement et dramatique humainement. Nous n'investissons pas dans les repérages précoce des troubles psychiques, alors qu'une intervention rapide éviterait des hospitalisations coûteuses et des années de souffrance. Dans le champ du handicap,

nous n'accompagnons pas suffisamment les familles dès le diagnostic, ce qui conduit à des ruptures de parcours. À l'école, nous n'avons pas les moyens d'une prévention primaire pour détecter et accompagner précocement les difficultés. De même, renforcer la formation des professionnels de santé de proximité permettrait de détecter de potentiels troubles et d'orienter la famille vers les soutiens adéquats.

Il faut inverser la logique : chaque euro investi en prévention, c'est une dizaine d'euros économisés en prise en charge curative et des vies transformées. C'est pourquoi la recommandation visant à développer et à financer les dispositifs d'écoute et d'accompagnement léger trouve grâce aux yeux du Rassemblement national. Nous saluons également celle pour adopter la culture de l'évaluation, de l'étude de l'impact et des coûts évités, afin de mettre l'efficacité au cœur des dispositifs et d'orienter plus rapidement les investissements. En revanche, nous nous opposons à la création d'une agence nationale de l'étude d'impact. Bien que l'idée soit louable, cette nouvelle agence ne ferait qu'ajouter inutilement de la bureaucratie et de la complexité. Les professionnels et les patients ont besoin de visibilité, de cohérence et non de nouvelles structures.

Nous déplorons l'absence de tableau de bord national qui permettrait de suivre en temps réel la situation sur le terrain, en rassemblant l'ensemble des professionnels. Comment piloter efficacement sans données fiables et actualisées ? Nous soutenons donc la recommandation du rapporteur en ce sens.

Nous dénonçons l'opacité qui règne sur la scolarisation effective des élèves en situation de handicap. Les statistiques officielles sont trompeuses : un enfant compté comme scolarisé peut n'aller à l'école que quelques heures par semaine voire pas du tout. En imposant aux rectorats de documenter précisément la scolarisation de chaque enfant en situation de handicap, ces mensonges seront débusqués. De plus, revaloriser le statut des AESH ainsi que leur salaire et les former au handicap est indispensable. Le métier doit être plus attractif. Toute cette transparence est nécessaire pour mesurer l'écart entre les promesses et la réalité et pour allouer les moyens là où ils seront utiles.

Nous saluons l'attention portée à l'inclusion dans l'enseignement supérieur, non sans constater que les établissements ne sont pas préparés à l'inéluctable croissance du nombre d'étudiants en situation de handicap. Comme cela a été souligné à plusieurs reprises au cours des auditions, plus un enfant mène une vie normale, plus il sera préparé à l'inclusion dans l'enseignement supérieur. Dans le même temps, les universités et les grandes écoles s'équiperont de moyens d'accompagnement adaptés. Une formation en adéquation avec leurs besoins et leurs aspirations permettra à ces jeunes de s'insérer dans la vie active et d'entretenir des liens socio-professionnels importants pour leur équilibre. Le cumul AAH-emploi est une recommandation de bon sens. Le retour à l'emploi ne doit pas entraîner une diminution de revenus injustifiée pour des personnes déjà marquées par la vie.

Le Rassemblement national déplore, en revanche, que le rapport ne contienne pas de recommandations au sujet de l'ASE (aide sociale à l'enfance), une politique publique particulièrement défaillante et victime des conséquences d'autres politiques. Par exemple, lorsqu'il n'y a plus de place en psychiatrie, les enfants sont placés dans des foyers, où, malheureusement, leurs problèmes s'aggravent et les laissent démunis. Pire encore, des jeunes filles en détresse – manque d'affection, troubles mentaux légers –, totalement en rupture et non soutenues, peuvent finir dans des réseaux de prostitution.

Sans professionnels en nombre suffisant, motivés et bien formés, aucun système ne peut fonctionner. Sans prévention, nous dépensons des sommes colossales pour réparer ce qui aurait pu être évité. Les gouvernements successifs ont multiplié les plans, les structures, les dispositifs sans jamais s'attaquer aux causes profondes. Il est temps de changer radicalement de méthode. Ces recommandations nécessitent un courage politique que nous n'avons pas vu depuis bien longtemps. Les personnes en situation de handicap et celles souffrant de troubles de la santé mentale ainsi que leurs familles ne peuvent plus attendre. Chaque jour, elles subissent les conséquences de décennies d'insuffisances et de renoncements.

Le Rassemblement national, sous l'égide de Marine Le Pen et de Jordan Bardella, défendra ces propositions avec détermination, parce que nous considérons que la République doit assurer à tous ses enfants sans exception l'accès aux soins, à l'éducation, à l'emploi et à une vie digne. C'est une question de justice sociale et de cohésion nationale. Il en est de même pour nos aînés, qui ont travaillé toute leur vie et qui méritent de finir leurs jours dans de bonnes conditions.

M. Sébastien Saint-Pasteur, rapporteur. Si je ne partage pas votre conclusion, les constats, eux, sont assurément partagés.

Je comprends que l'agence nationale de l'étude d'impact suscite des crispations à un moment où il est plutôt question de supprimer des agences. Néanmoins, je précise bien qu'elle est créée à moyens constants. Il me semble important que des experts indépendants puissent définir une méthodologie afin d'éclairer la décision publique. Je ne vois pas d'alternative à cela. D'ailleurs, je précise dans la recommandation que la santé mentale pourrait servir de prototype. Nous avons rencontré des professionnels qui seraient heureux d'y contribuer. À Bordeaux, le centre hospitalier Charles Perrens a expérimenté, à travers le dispositif Remed (réseau médicaments et développement), une ligne d'urgence entre les médecins généralistes et les psychiatres, qui permet d'éviter le recours aux CMP dans 90 à 95 % des cas. Voilà un bel exemple d'optimisation des ressources, qui sont très rares. Ce ne serait pas une énième agence ; elle serait vraiment utile.

Nous avons essayé de ne pas être redondants avec le rapport publié sur l'aide sociale à l'enfance, sans quoi notre commission d'enquête aurait duré deux ou trois ans.

Mme Chantal Jourdan (SOC). Ce rapport très complet met en évidence les manques et les besoins. Démonstration est faite qu'il faut investir dans la prévention et dans l'accompagnement, notamment pour éviter des coûts futurs, et qu'il importe de revoir les méthodes d'organisation. Tout cela est inspirant et intéressant.

Cependant, les mentions qui sont faites du rôle des psychologues ne correspondent pas tout à fait à la réalité de leur travail. Elles ne reflètent pas la façon dont ils s'insèrent dans le dispositif Mon soutien psy. Il est question de délégation de tâches. Peut-être pourrait-on revenir sur ces formulations ?

Par ailleurs, à deux reprises est évoquée la nécessaire « standardisation » des pratiques. Je comprends l'intention mais cela ne rend pas compte de leur diversité, qui ne doit pas être remise en cause.

Parmi les recommandations figure le fait de favoriser le conventionnement avec les psychologues. Quel sens y mettez-vous ? S'agit-il d'un conventionnement dans le cadre de Mon soutien psy ? Visez-vous les relations avec les établissements médico-sociaux ? La prudence s'impose en la matière.

M. Denis Fégné (SOC). À travers ce travail remarquable, vous insistez, monsieur le rapporteur, sur la nécessité d'une culture de la prévention ainsi que sur l'importance de l'évaluation et de la continuité des prises en charge. L'idée de mettre en place une agence nationale de l'étude d'impact me paraît pertinente, d'autant qu'il ne s'agirait pas de la créer de toutes pièces. Elle viendrait répondre à un réel besoin.

J'ai participé à la commission d'enquête sur les manquements des politiques publiques de protection de l'enfance et nous retrouvons les mêmes phénomènes avec les mêmes conséquences. Nous faisons face au même empilement des politiques, à la même discontinuité dans les prises en charge, au même besoin de gradation dans les mesures de prévention et de protection. À cela s'ajoute un manque criant d'évaluation. La loi rénovant l'action sociale et médico-sociale, qui remonte à 2002, n'a jamais fait l'objet d'un suivi !

Il importe de trouver des moyens institutionnels de mesurer les impacts des divers dispositifs et d'agir de manière transversale en mobilisant l'ensemble des politiques publiques, qu'il s'agisse de l'éducation, de la prévention primaire et secondaire, de la protection de l'enfance, de la pédopsychiatrie ou de la justice.

M. Sébastien Saint-Pasteur, rapporteur. La dimension interministérielle et la pluriannualité sont en effet déterminantes. Nous avons tous pu constater combien était difficile le dialogue entre les agences régionales de santé, l'éducation nationale et le secteur sanitaire, même si le dispositif « Une réponse accompagnée pour tous » ou les groupes opérationnels de synthèse (GOS) favorisent les interactions entre ces acteurs s'agissant des cas complexes. Le cadre demeure celui de l'urgence et du curatif, les marges de progrès sont donc larges. La note que nous a transmise Michel Barnier, ancien premier ministre, souligne ces problèmes.

Les appels ont beau se répéter, le changement ne se fait pas jour : on en reste à une culture de périmètres ministériels bien délimités et de budgets encore considérés comme des prés carrés. Un décloisonnement serait vertueux pour les familles comme pour les finances publiques.

Madame Jourdan, le mot « standardisation » n'est peut-être pas le meilleur et nous pourrons apporter des corrections. Il y a toutefois d'autres aspects sur lesquels nos points de vue ne convergent pas complètement. Lors des auditions, des associations ont appelé à une clarification s'agissant de certaines pratiques psychothérapeutiques, qui sont critiquées dans leur essence. La place des psychologues dans le parcours de soins est sujette à interrogations. Le conventionnement doit être envisagé à la lumière non de la situation présente mais des aménagements à venir. S'ils sont intégrés dans un parcours coordonné où prennent part CMP et psychiatres, autrement dit dans une structuration globale favorisant la gradation des soins, il faudra s'interroger sur leur adhésion à des pratiques plus conformes aux recommandations de la Haute Autorité de santé (HAS), sans pour autant que soit remis en cause le libre exercice de leur profession.

C'est un débat qu'il importe de trancher de manière apaisée et non pas au détour d'un amendement déposé en catimini au Sénat. Cela suppose notamment de se pencher sur la façon dont la HAS formule ses recommandations de bonnes pratiques et sur leur force exécutoire. Je n'ai pas la prétention de penser que le rapport règle cette question mais il faut la poser, sans vouloir apporter de réponses définitives et sans être pétris de certitudes sur ce qu'il convient de faire. Les psychologues ont un rôle essentiel, ils doivent être chéris et pleinement respectés.

Mme la présidente Nicole Dubré-Chirat. Je serai plus positive s'agissant de Mon soutien psy. Les psychologues ont davantage trouvé leur place dans la prise en charge des troubles liés à la santé mentale. Il y a sans doute des améliorations à apporter mais nous constatons une montée en puissance du nombre de praticiens qui se rattachent au dispositif et du volume des consultations. La moyenne est de huit consultations pour les personnes ayant des troubles modérés, avant une réorientation vers un parcours plus classique.

J'aimerais insister sur la portabilité des droits entre les différents secteurs, notamment pour le handicap. Les personnes qui ont acquis des droits lors de leur scolarisation dans l'enseignement primaire doivent pouvoir les conserver jusqu'aux études supérieures sans que cela nécessite à chaque étape de refaire les dossiers.

M. Sébastien Saint-Pasteur, rapporteur. Bien sûr, nous pourrions intégrer cette amélioration de la portabilité parmi nos recommandations. Cela renvoie aux droits à vie défendus par Sophie Cluzel.

Mon soutien psy a fait l'objet d'un rapport du gouvernement – eh oui, il arrive qu'il transmette au Parlement les rapports qui lui sont demandés – qui émet certaines critiques. L'aspect positif, c'est que c'est un dispositif facile d'accès

— beaucoup de jeunes y ont recours — et qu'il fait l'objet d'un soutien financier. Cet argent aurait-il été mieux utilisé ailleurs ? La question est ouverte. Est-il en mesure d'assurer un suivi sur la durée ? On se le demande car le nombre moyen des séances suivies est de 4,5 alors que douze sont prévues. Atteint-il son cœur de cible ? Là encore, on peut s'interroger puisque le public qu'il attire est plutôt favorisé. Faut-il le repositionner ?

En réalité, ce qui devrait guider nos choix, c'est simplement de savoir si un dispositif fonctionne ou pas, s'il a un effet de levier décisif ou pas, d'où l'importance des études d'impact. En l'occurrence, Mon soutien psy a forcément eu un effet positif. Est-ce pour autant la meilleure manière d'allouer les ressources dont nous disposons ? La question reste ouverte. Tout peut évoluer.

Mme la présidente Nicole Dubré-Chirat. Je vais à présent mettre aux voix, à main levée, le rapport que vous avez pu consulter ces derniers jours.

La commission adopte le rapport à l'unanimité.

Mme la présidente Nicole Dubré-Chirat. Le dépôt du rapport sera publié au *Journal officiel* de demain, mais compte tenu du délai de cinq jours francs imposé par l'article 144-2 du règlement pour permettre la constitution de l'Assemblée nationale en comité secret à l'effet de décider, par un vote spécial, de ne pas autoriser la publication de tout ou partie du rapport, ce dernier ne pourra être publié que le mercredi 17 décembre. Dans l'intervalle, aucune communication ne peut être faite de son contenu. Il vous sera donc demandé de remettre vos exemplaires au secrétariat de la commission à l'issue de cette réunion.

Des contributions individuelles ou au titre d'un groupe pourront figurer en annexe du rapport. Elles doivent être adressées au secrétariat avant le vendredi 12 décembre.

*
* * *

PERSONNES ENTENDUES PAR LA COMMISSION D'ENQUÊTE ET LIEN VERS LES COMPTES RENDUS DES AUDITIONS

Les comptes rendus des auditions sont consultables à l'adresse suivante :

<https://www.assemblee-nationale.fr/dyn/17/organes/autres-commissions/commissions-enquete/ce-defaillances-prise-en-charge-sante-mentale-handicap/documents?typeDocument=crc>

Les auditions sont présentées dans l'ordre chronologique des réunions de la commission d'enquête.

3 septembre 2025

– Table ronde sur l'économie de la santé mentale réunissant :

- Mme Marion Leboyer, directrice générale de la fondation FondaMental, professeure de psychiatrie à l'université Paris-Est Créteil (Upc), directrice adjointe du département médico-universitaire de psychiatrie des hôpitaux universitaires Henri Mondor, et Mme Isabelle Durand-Zaleski, professeure de médecine, docteure en économie, responsable de l'unité de recherche en économie de la santé de l'Assistance publique – hôpitaux de Paris (AP-HP)

- M. Denis Raynaud, directeur de l'Institut de recherche et de documentation en économie de la santé (Irdes), et Mmes Coralie Gandré et Maude Espagnacq, maîtresses de recherche

– Table ronde réunissant des psychiatres spécialisés en santé mentale des jeunes :

- Mme Nathalie Godart, psychiatre à la Fondation Santé des étudiants de France (FSEF)
- M. Pierre de Maricourt, psychiatre, expert judiciaire, chef de service à l'hôpital Sainte-Anne (secteur 15)

- Mme Marie-Rose Moro, psychiatre, cheffe de service de la Maison de Solenn

– M. Pierre-Yves Baudot, professeur de sociologie à l'université Paris-Dauphine – Paris Sciences et Lettres, membre de l'Institut de recherche interdisciplinaire en sciences sociales (Irisso)

– M. Frank Bellivier, délégué ministériel à la santé mentale et à la psychiatrie, et Mme Sylvaine Gaulard, secrétaire générale à la délégation ministérielle à la santé mentale et à la psychiatrie

9 septembre 2025

– Dr Caroline Semaille, directrice générale de Santé publique France, M. Michel Vernay, directeur de la direction des maladies non transmissibles et traumatismes, et Mme Ingrid Gillaizeau, responsable de l'unité Santé Mentale à la direction de la prévention et promotion de la santé

– M. Maëlig Le Bayon, directeur général de la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA), M. Olivier Paul, directeur du financement de l'offre, et M. Étienne Deguelle, directeur adjoint de la direction de l'accès aux droits et des parcours

– M. Thomas Fatôme, directeur général de la Caisse nationale d'assurance maladie (Cnam), Mme Catherine Grenier, Médecin conseil national, et Mme Marguerite Cazeneuve, directrice déléguée à la gestion et à l'organisation des soins de la Cnam

– Mme Anne Morvan-Paris, directrice générale du groupement d'intérêt public (GIP) France Enfance protégée

– Mme Sarah Degiovani, présidente de la Fédération nationale des orthophonistes *, Mme Camille Lelièvre, vice-présidente en charge de la vie conventionnelle, et M. Niels Lagrange, délégué général

– Mme Marie Daudé, directrice générale de l'offre de soins (DGOS), et Mme Anne Hegoburu, sous-directrice de la prise en charge hospitalière et du parcours ville-hôpital

10 septembre 2025

– M. Benjamin Voisin, directeur adjoint de la direction générale de la cohésion sociale (DGCS) et M. Joris Jonon, adjoint au sous-directeur du service Autonomie des personnes handicapées et des personnes âgées

– Mme Sarah Sauneron, directrice générale adjointe de la direction générale de la santé (DGS), et Mme Marion Marty, sous directrice en charge de la santé des populations et de la prévention des maladies chroniques

16 septembre 2025

– Mme Claire Hédon, Défenseure des droits, accompagnée de M. Loïc Ricour, chef de pôle Santé et médico-social, et M. Martin Clément, chef de pôle Discriminations, études et documentation

– M. Philippe Gouet, président du conseil départemental du Loir-et-Cher, et président du groupe de travail « Santé » de l'association Départements de France, et Mme Sylvie Clerc-Cuvelier, vice-présidente du département du Nord en charge du handicap

– M. Nicolas Grivel, directeur de la Caisse nationale des allocations familiales (CNAF), M. Frédéric Vabre, directeur de cabinet, et Mme Klara Le Corre, chargée des relations institutionnelles

17 septembre 2025

– Mme Véronique Bustreel, directrice Innovation, évaluation et stratégie de l'Association de gestion du fonds pour l'insertion des personnes handicapées (Agefiph)

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

23 septembre 2025

– M. Denis Robin, directeur général de l'Agence régionale de santé (ARS) d'Île-de-France, et président du collège des directeurs généraux d'ARS, et Mme Clara de Bort, directrice générale de l'ARS Centre-Val de Loire, référente « santé mentale » au sein du collège

– M. Florian Porta Bonete, psychiatre, chef de service au centre hospitalier Charles-Perrens de Bordeaux, co-auteur de l'ouvrage collectif « La santé mentale en France »

– Mme Amandine Buffiere, pédopsychiatre, présidente de la Fédération des centres médico-psycho-pédagogiques (CMPP)

– Mme Caroline Pascal, directrice générale de l'enseignement scolaire (Dgesco), M. Jean Hubac, chef du service de l'accompagnement des politiques éducatives, et Mme Catherine Albaric-Delpech, sous directrice des savoirs fondamentaux et des parcours scolaires

24 septembre 2025

– Table ronde réunissant :

- Mme Zaynab Riet, déléguée générale de 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 Noëlle, directrice des relations institutionnelles et de la veille sociétale de la FHP *

– Mme Florence Louppe, psychiatre au Samusocial de Paris

– Table ronde réunissant :

- Mme Malika Boubeker, conseillère nationale compensation, autonomie, accès aux droits, MDPH, de l'association APF France handicap *

- M. Luc Gateau, président de l'Union nationale des associations de parents et amis de personnes handicapées mentales (Unapei) *, et Mme Lina Nathan, chargée de plaidoyer et campagnes

- Collectif Handicaps * : M. Raphaël Moreau, conseiller technique Santé/ESMS de l'Union nationale interfédérale des œuvres et organismes privés non lucratifs sanitaires et sociaux (Unipss) *, et M. Philippe Berranger, responsable plaidoyer de Ladapt

– Mme Emmanuelle Rémond, présidente de l'Union nationale des familles et amis de personnes malades et ou handicapées psychiques (Unafam) et Mme Dominique Leconte, vice-présidente

25 septembre 2025

– M. Sébastien Citerne, délégué général de l'Union nationale des entreprises adaptées (Unea) *

– Mme Florence Magne, présidente de l'association des directrices et directeurs de MDPH, maisons départementales des personnes handicapées (ADMDPH)

1^{er} octobre 2025

– M. Florent Simon, secrétaire général du Syndicat national des psychologues (SNP), et M. José Presas Rodriguez, membre du bureau national

– Mme Miel Abitbol, influenceuse, et M. Guirchaume Abitbol

– Mme Anne-Carole Bensadon et M. Franck Le Morvan, inspecteurs généraux des affaires sociales, et de Mme Sarah Bartoli, inspectrice des affaires sociales

7 octobre 2025

Mme Sophie Cluzel, ancienne secrétaire d'État auprès du Premier ministre, chargée des personnes handicapées

8 octobre 2025

– Audition conjointe de :

- M. Jean-François Dufresne, président de l'association Vivre et travailler autrement
- Mme Sophie Camalon, directrice des ressources humaines France du groupe Legrand *

– Mme Philippa Motte, auteure de « Et c'est moi qu'on enferme », consultante sur les troubles psychiques au travail

9 octobre 2025

– Mme Claire Compagnon, membre du collège de la Haute Autorité de santé (HAS), présidente de la commission Recommandations, pertinence, parcours et indicateurs et Mme Angélique Khaled, directrice de la qualité de l'accompagnement social et médico-social

– Table ronde sur la pair-aidance réunissant :

- M. Maxime Perez Zitvogel, co-fondateur de l'association La Maison perchée
- M. Stéphane Cognon, médiateur de santé pair intervenant au groupement hospitalier universitaire Paris psychiatrie et neurosciences
- M. Maximilien Durant, médiateur de santé pair intervenant au centre hospitalier universitaire de Caen et au centre support Normandie Réhab 2

14 octobre 2025

– Audition conjointe réunissant :

- M. Thomas Ducados, chargé de mission vie étudiante de France Universités *, et M. Antoine Guery, chargé des relations institutionnelles et parlementaires
- Mme Bénédicte de Percin, sous-directrice de la vie étudiante au Centre national des œuvres universitaires et scolaires (Cnous)

15 octobre 2025

– Mme Éliane Chemla, ancienne membre du Comité européen des droits sociaux du Conseil de l'Europe

– Table ronde sur la mesure d'impact des politiques de prise en charge de la santé mentale et du handicap :

- M. Thierry Sibieude, professeur émérite à l'Essec, cofondateur du laboratoire Évaluation et mesure d'impact social
- M. Martin Knapp, professeur de politique de santé et de protection sociale et enseignant-chercheur à la London School of Economics and Political Science (LSE)

21 octobre 2025

– Mme Céline Greco, professeure de médecine, cheffe du service de médecine de la douleur et de médecine palliative à l'hôpital Necker-Enfants malades, présidente de l'association Im'pactes

22 octobre 2025

– Table ronde sur les services d'aide et d'accompagnement à domicile réunissant :

- Mme Martine Gaboyer, vice-présidente de l'union nationale Aide à domicile en milieu rural (ADMR)
- Mme Isabel Madrid, vice-présidente de l'Union nationale des centres communaux d'action sociale (UNCCAS)
- Mme Maryline Bariellet-Lepley, administratrice de l'Union nationale de l'aide, des soins et des services aux domiciles (UNA)

– Table ronde sur les troubles du neurodéveloppement (TND) réunissant :

- Mme Danièle Langloys, présidente d'Autisme France
- Mme Claudine Casavecchia, présidente de l'association HyperSupers TDAH France, et Mme Christine Gétin, directrice
- Mme Elvire Cassan, journaliste

23 octobre 2025

– Table ronde sur le thème de la non-effectivité des droits dans l’accompagnement et la compensation du handicap, réunissant :

- Mme Elisa Rojas, avocate à la Cour
 - Mme Delhia Aknine, avocate à la Cour
 - Conseil national des barreaux * : Mme Anne-Sophie Lepinard, présidente de la commission accès au droit, Mme Laetitia Marchand, membre de la commission égalité, et Mme Mona Laaroussi, chargée de mission affaires publiques
- Mme Déborah Sebbane, psychiatre, professeure de médecine, cheffe de pôle à l’établissement public de santé mentale Lille métropole, directrice du centre collaborateur de l’OMS (Organisation mondiale de la santé) pour la recherche et la formation en santé mentale

28 octobre 2025

– Mme Charlotte Parmentier-Lecocq, ministre déléguée auprès de la ministre de la santé, des familles, de l’autonomie et des personnes handicapées, chargée de l’autonomie et des personnes handicapées

– Table ronde sur les troubles des conduites alimentaires (TCA) réunissant :

- M. Philippe Duverger, professeur des universités, chef de service de psychiatrie de l’enfant et de l’adolescent au centre hospitalier universitaire (CHU) d’Angers et président de la Fédération nationale de l’école des parents et des éducateurs
- Mme Corinne Blanchet, endocrinologue nutritionniste à la Maison de Solenn (CHU Cochin)

29 octobre 2025

– M. Benjamin Maurice, délégué général à l’emploi et à la formation professionnelle, Mme Marie Brunagel, sous-directrice adjointe des parcours d’accès à l’emploi, et M. Pascal Jean-Charles, chef de la mission emploi des travailleurs handicapés

– Mme Nathalie Groh, présidente de la Fédération française des dys (FFDys)

30 octobre 2025

– M. Édouard Geffray, ministre de l’Éducation nationale

18 novembre 2025

– M. Michel Barnier, député de Paris, ancien Premier ministre

* Ces représentants d’intérêts ont procédé à leur inscription sur le registre de la Haute Autorité pour la transparence de la vie publique.

LISTE DES VISITES DE TERRAIN EFFECTUÉES PAR LES MEMBRES DE LA COMMISSION D'ENQUÊTE

La plupart de ces visites ont eu lieu le 22 septembre 2025.

Mme Nicole Dubré-Chirat, Présidente

Institut médico-éducatif (IME) Le Graçalou à Bouchemaine (49)
Institut Montéclair à Angers (49)

M. Sébastien Saint-Pasteur, Rapporteur

IME Saute-Mouton à Gradignan (33)
Centre hospitalier Charles Perrens à Bordeaux (33)
Association Nightline

Mme Josiane Corneloup

Association « Les Papillons Blancs d'entre Saône et Loire » à Paray-Le-Monial (71)

Mme Sandra Delannoy

IME Charles de Foucauld à Jeumont (59)

M. Denis Fégné

Institut médico-éducatif (65)
Adapei (association départementale d'amis et parents de personnes handicapées mentales) des Hautes-Pyrénées (65)

Mme Chantal Jourdan

Ornéode à Alençon - ex Adapei de l'Orne (61)
Centre psychothérapique de l'Orne, hôpital psychiatrique à Alençon (61)

M. Daniel Labaronne

Foyer de vie La Bellangerie à Vouvray, Adapei d'Indre-et-Loire (37)
Centre hospitalier intercommunal Amboise / Château-Renault (37)

M. David Magnier

IME Les Etoiles à Etouy (60)

Centre hospitalier isarien à Clermont (60)

ARS Hauts-de-France, antenne départementale de l'Oise à Beauvais (60)

M. Éric Martineau

Établissement de santé mentale de la Sarthe à Allonnes (72)

Mme Lisette Pollet

Foyer de vie Les Oliviers à Montélimar, Adapei de la Drôme (26)

Mme Natalia Pouzyreff

Centre médico-psychologique (CMP) John Bowlby pour enfants et adolescents de Saint-Germain-en-Laye (78)

Pôle pédagogique des Nouvelles Charmilles, accueil de jour de la protection de l'enfance à Saint-Germain-en-Laye (78)

CMP du centre hospitalier intercommunal Poissy-Saint-Germain-en-Laye (78)

La présidente et le rapporteur de la commission d'enquête se sont rendus à Bruxelles le 5 novembre 2025 afin d'étudier **l'inclusion scolaire dans l'enseignement scolaire belge francophone**.

Ils ont été reçus par **l'administrateur général de l'enseignement obligatoire de la Fédération Wallonie Bruxelles, M. Fabrice Aerts-Bancken**, Mme Anne Hellemans, directrice générale de l'enseignement obligatoire, Mme Sylvie Cieslik, cheffe de chantier Pôles territoriaux, Mme Virginie Detaille, attachée à la cellule Aménagements raisonnables, ainsi que Mme Christel Tirez, attachée au service des CPMS.

Ils ont également visité un **centre psycho-médico-social (CPMS)** libre de Bruxelles Sud.

LISTE DES CONTRIBUTIONS ÉCRITES REÇUES PAR LE RAPPORTEUR

Les organismes suivants ont envoyé des contributions écrites :

- Association Dépann' familles
- Association nationale française des ergothérapeutes
- Association Raptor Neuopsy
- Association Autisme France
- Centre régional d'études d'actions et d'informations Bourgogne-Franche-Comté
- Collectif normand de défense des soins psychiques
- Collectif TND École
- Fédération française des dys
- Fédération française des psychologues et de psychologie
- Fédération hospitalière de France (FHF)
- Fédération nationale des orthophonistes
- Groupe national des établissements publics sociaux et médico-sociaux
- Ligue des Droits de l'Homme
- Santé Mentale France
- Ugecam Aquitaine
- Union française des orthoprotéthésistes
- Union nationale des entreprises adaptées (Unea)
- Union nationale interfédérale des œuvres et organismes privés non lucratifs sanitaires et sociaux (Uniopss)

Le rapporteur a également reçu de nombreux témoignages de familles, en particulier de mères, qui ont fait part de leurs difficultés quotidiennes.

CONTRIBUTIONS DES GROUPES POLITIQUES ET DES DÉPUTÉS

CONTRIBUTION DU GROUPE RASSEMBLEMENT NATIONAL

Contribution du Rassemblement National

Les députés du Rassemblement National remercient les administrateurs pour l'organisation des auditions. Ils saluent également l'implication, l'investissement et le sérieux des travaux du rapporteur et de la présidente. Ces thématiques ont dépassé les clivages politiques.

La santé mentale est devenue le fléau de la France. Nos enfants, nos jeunes, nos actifs, nos aînés sont touchés par une vague sans précédent de troubles anxieux, de dépressions, de burn-out, de tentatives de suicide. Les chiffres sont accablants et ne cessent de s'aggraver. Pourtant, face à cette urgence sanitaire nationale, les gouvernements successifs ont été incapables de mettre en place une véritable politique de prévention. Plus une prise en charge se produit tardivement, plus la pathologie se développe et devient difficile à soulager.

Avec l'amélioration de l'espérance de vie, le vieillissement de la population entraîne une hausse de personnes en situation de handicap. En 2021, 66% des personnes en situation de handicap en France étaient âgées de plus de 50 ans. Ce phénomène touche particulièrement les handicaps sensoriels : 61% des déficients visuels sont des personnes âgées de plus de 60 ans, et la déficience auditive progresse de 65% après 65 ans. Selon la Cour des comptes, 60% des demandes d'accompagnement à domicile par des services adaptés n'aboutissent pas, et 40% des demandes d'entrée en établissement spécialisé restent sans suite, une proportion qui augmente avec l'âge.

Face à cette réalité démographique incontournable, les gouvernements successifs n'ont rien anticipé, rien préparé. Le constat est accablant : l'offre reste largement insuffisante face aux besoins. Le vieillissement de la population va inévitablement accroître encore davantage le nombre de personnes en situation de handicap dans les années à venir.

Les défaillances constatées dans la prise en charge du handicap et de la santé mentale révèlent deux problèmes structurels majeurs qui minent notre système : le manque d'attractivité des métiers du soin et de l'accompagnement et la faible culture de la prévention dans notre pays. Ces deux défaillances fondamentales sont à l'origine de l'ensemble des dysfonctionnements que subissent au quotidien les personnes en situation de handicap, les personnes souffrant de troubles psychiques et leurs familles. Pendant trop longtemps, les gouvernements successifs ont multiplié les dispositifs et les structures, complexifié les procédures. Il est temps de changer radicalement de paradigme et d'adopter une approche pragmatique, fondée sur l'évaluation rigoureuse et l'investissement stratégique là où il est réellement efficace. Résultat : des milliards dépensés sans que l'on sache ce qui fonctionne ou non.

Le premier problème est celui de l'attractivité des métiers. Les établissements et services peinent à recruter et à fidéliser les professionnels dont ils ont besoin. Les postes restent vacants pendant des mois, les services fonctionnent en sous-effectif chronique, les professionnels expérimentés quittent le secteur par épuisement ou pour des conditions de travail plus satisfaisantes ailleurs. La rarefaction ne touche pas uniquement le service public mais également le secteur libéral. Cette situation est inacceptable. Sans professionnels en nombre suffisant et motivés, aucune politique publique, aussi bien pensée soit-elle, ne peut fonctionner. Les listes d'attente s'allongent, les prises en charge sont dégradées, les ruptures de parcours se multiplient. Une revalorisation massive et de conditions de travail optimales permettront d'enrayer, à minima cette pénurie.

Le second problème est l'absence de culture de la prévention dans notre système de santé et d'accompagnement. La France dépense massivement pour réparer, jamais pour prévenir. Nous intervenons trop tard, quand les situations sont déjà dégradées, quand les coûts humains et financiers sont démultipliés. Cette logique est absurde économiquement et dramatique humainement : en santé mentale, nous n'investissons pas dans le repérage précoce des troubles alors qu'une intervention rapide éviterait des hospitalisations coûteuses et des années de

souffrance ; dans le handicap, nous n'accompagnons pas suffisamment les familles dès le diagnostic, ce qui conduit à des ruptures de parcours évitables. À l'école, nous n'avons pas les moyens de prévention primaire qui permettraient de détecter et d'accompagner précocement les difficultés. Idem avec les professionnels de santé de proximité. Renforcer leur formation permettra de détecter de potentiels troubles et d'aiguiller/orienter la famille vers les soutiens adéquates. Il faut inverser cette logique. Chaque euro investi en prévention, c'est des dizaines d'euros économisés en prise en charge curative et des vies transformées. C'est pourquoi, la recommandation visant à développer et financer les dispositifs d'écoute et d'accompagnement légers trouve grâce aux yeux du Rassemblement National. Nous saluons également la recommandation visant à adopter la culture de l'évaluation, de l'étude de l'impact et des coûts évités afin de mettre au cœur l'efficacité et orienter plus rapidement les investissements. En revanche, le Rassemblement National s'oppose à la création d'une agence nationale de l'étude d'impact. Bien que l'idée soit louable, elle rajoutera de la bureaucratie et de la complexité inutilement. Les professionnels et les patients ont besoin de visibilité, de cohérence dans le système ; pas d'une nouvelle structure. Nous déplorons l'absence de tableau de bord national permettant de suivre en temps réel la situation sur le terrain, rassemblement l'ensemble des personnels professionnels. Comment piloter efficacement sans données fiables et actualisées ? C'est pourquoi, nous soutenons cette recommandation.

Nous dénonçons l'opacité qui règne sur la scolarisation effective des élèves en situation de handicap. Les statistiques officielles sont trompeuses : un enfant compté comme « scolarisé » peut n'aller à l'école que quelques heures par semaine, voire être déscolarisé de fait. En imposer aux rectors de documenter précisément la scolarisation de chaque enfant en situation de handicap, ces mensonges seront débusqués. De plus, revaloriser le statut des AESH et les former aux handicaps sont un indispensable. Nous le devons pour nos enfants, le futur du pays. Cette transparence est indispensable pour mesurer l'écart entre les promesses et la réalité, et pour allouer les moyens là où ils sont nécessaires. Nous saluons l'attention portée à l'inclusion dans l'enseignement supérieur, mais nous constatons que les établissements ne sont pas préparés à la montée en puissance inéluctable du nombre d'étudiants en situation de handicap.

Comme souligné à plusieurs reprises lors des auditions, plus un enfant en situation de handicap a une vie semblable à celle de ses camarades, plus il sera préparé à l'inclusion dans l'enseignement supérieur et dans la recherche. Dans le même temps, les universités et grandes écoles s'équiperont de moyens d'accompagnement adaptés. Une formation en adéquation à leurs besoins et en fonction de leur aspiration permettra à ces jeunes de s'insérer dans la vie active et d'entretenir des liens socio-professionnels, importants pour l'équilibre de vie. Le cumul AAH-emploi est une recommandation de bon sens. Un retour à l'emploi ne doit pas entraîner une diminution de revenus injustifiés pour des personnes déjà marquées par la vie.

Le Rassemblement National déplore que le rapport ne contienne pas de recommandations en lien avec l'ASE. Il s'agit d'une politique publique extrêmement défaillante et victime des conséquences d'autres politiques publiques. Par exemple, lorsqu'il n'y a plus de place en psychiatrie, les enfants sont placés dans des foyers. Malheureusement, leurs problèmes s'aggravent et sont totalement démunis. Pire encore, les jeunes filles en détresse (manque d'affection, troubles mentaux légers) totalement en rupture et non soutenues, peuvent se retrouver dans des réseaux de prostitution.

Les deux problèmes structurels identifiés, le manque d'attractivité des métiers et la faible culture de la prévention, sont à l'origine de l'ensemble des défaillances constatées. Sans professionnels en nombre suffisant et motivés, aucun système ne peut fonctionner. Sans prévention, nous dépensons des sommes colossales pour réparer ce qui aurait pu être évité.

Les gouvernements successifs ont multiplié les plans, les structures, les dispositifs, sans jamais s'attaquer aux causes profondes. Il est temps de changer radicalement de méthode.

Ces recommandations nécessitent un courage politique que nous n'avons pas vu depuis trop longtemps. Les personnes en situation de handicap, les personnes souffrant de troubles en lien avec la santé mentale et leurs familles ne peuvent plus attendre. Chaque jour, ils subissent les conséquences de décennies d'insuffisances et de renoncements. Le Rassemblement National, sous l'égide de Marine le Pen et de Jordan Bardella, portera des propositions avec détermination. La République doit assurer à tous ses concitoyens l'accès aux soins, à l'éducation, à l'emploi et à une vie digne.

CONTRIBUTION DE M. DENIS FÉGNÉ, DÉPUTÉ DES HAUTES-PYRÉNÉES

CONTRIBUTION Denis Fégné, député de la 2^e circonscription des Hautes-Pyrénées : Les travaux de la commission d'enquête ont mis en lumière des chiffres édifiants et des réalités de terrain particulièrement préoccupantes. Dans mon département des Hautes-Pyrénées, j'ai pu constater cette situation en recueillant les témoignages d'acteurs locaux, des établissements médico-sociaux et des professionnels engagés auprès des personnes en situation de handicap ou souffrant de troubles psychiques.

Partout, les mêmes difficultés remontent : menaces de suppression de crédits pourtant essentiels aux accompagnements individualisés, vétusté inquiétante des locaux, manque de visibilité sur les moyens alloués, tant à l'échelle des établissements que dans l'ensemble du secteur médico-social.

Ces constats convergents appellent une réponse urgente, le soutien à la santé mentale et au handicap doit devenir une priorité absolue de l'action publique.

La commission, par la richesse de ses auditions et la qualité du rapport présenté, a mis en lumière des défaillances majeures qu'il convient de corrigerurgemment de manière transpartisane. Ces manquements sont repérés notamment dans le domaine de la prévention, dans la faiblesse de l'évaluation des politiques publiques, dans la discontinuité des prises en charge et l'absence de gradation des accompagnements.

Il est donc impératif de renforcer nos politiques publiques pour garantir enfin un accompagnement digne, stable et efficace à celles et ceux qui en ont besoin.

Par ailleurs, je souhaite alerter, à travers cette contribution, sur un point particulièrement préoccupant. Aujourd'hui, près d'une personne sur cinq en France est concernée par un trouble psychique ou un problème de santé mentale. Pourtant, la psychiatrie publique traverse une crise profonde : conditions d'accès dégradées, pénurie de moyens, difficultés massives de recrutement aggravées par une reconnaissance insuffisante, fortes inégalités territoriales.

La psychiatrie demeure, trop souvent, la grande oubliée de nos politiques de santé. Faute de moyens, le service public se voit contraint de déléguer une part croissante de ses missions à des acteurs privés à but lucratif, comme cela a déjà été observé dans les secteurs des crèches ou des EHPAD. Des dérives particulièrement graves dans plusieurs groupes privés sont déjà connus : conditions de travail indignes, pressions et surmenage, recherche excessive de rentabilité, centralisation des décisions, sous-effectifs entraînant accidents ou drames, pression permanente pour remplir tous les lits.

Face à l'insuffisance de l'offre publique, notre pays bascule-t-il, volontairement ou non, vers un modèle où le privé détiendrait progressivement la mainmise sur la stratégie nationale en psychiatrie ? Cette question est essentielle. Dans certains territoires, les capacités privées dépassent déjà celles du secteur public. Et faute d'alternative, les agences régionales de santé tolèrent des pratiques contestables, considérant qu'elles permettent au moins de maintenir une offre minimale de soins.

Cette marchandisation de la santé mentale n'est pas acceptable.

En conclusion, les travaux de la commission d'enquête mettent en évidence l'ampleur des défis auxquels la France doit faire face. L'abandon progressif de la psychiatrie publique, le manque criant de moyens dans l'accompagnement du handicap et l'essor préoccupant d'acteurs privés aux pratiques contestées.

Nous avons désormais la responsabilité d'ouvrir un véritable chantier de refondation, de redonner sens à l'ambition d'une société inclusive et de garantir à chacun un accompagnement digne, humain et sécurisé.

CONTRIBUTION DE MME CHANTAL JOURDAN, DÉPUTÉE DE L'ORNE

Contribution de Chantal Jourdan - Députée de l'Orne

Je tiens à remercier Monsieur le rapporteur et Madame la présidente pour le travail mené lors de cette commission d'enquête. Je remercie également les responsables et personnels des établissements ornais qui m'ont accueillie dans le cadre de cette commission d'enquête.

Les précédents constats et les pressentis se confirment. Notre pays ne répond pas suffisamment aux besoins des personnes en situation de handicap en matière d'accompagnement pour opérer une véritable inclusion. Notre pays n'est pas suffisamment doté non plus pour répondre aux personnes en situation de détresse psychique. Plus grave, par manque de moyens, il ne parvient pas à mettre en place une véritable stratégie de prévention.

En l'occurrence, les propositions formulées par le rapporteur amélioreraient la situation sur du moyen et long terme. Il le démontre, un effort d'investissement dans la prévention éviterait des coûts ultérieurs. L'augmentation des moyens dans le curatif limiterait des conséquences négatives pour les personnes elles-mêmes et pour la société. De plus, l'objectif d'inclusion pour chaque citoyen passe par la mise en œuvre de politiques publiques évaluées et réadaptées.

À la lecture du rapport, je formule quelques observations.

- La prévention et l'action curative doivent mieux prendre en compte **les facteurs déterminants de la santé mentale et de l'inclusion**. Il s'agit d'agir sur la précarité, sur les inégalités sociales, sur l'environnement et sur les espaces de socialisation. Vivre dans de bonnes conditions de vie améliore la capacité de chacun et chacune à se sentir acteur du corps social et protège de l'apparition ou de l'aggravation de troubles.
- La détermination des troubles est en partie liée à la tolérance de la société. Les personnes auditionnées mettent l'accent sur la nécessité d'intervention précoce. Celle-ci se traduit souvent par le terme de repérage précoce des troubles. Il est déterminant pour certaines pathologies ou certains handicaps. Néanmoins, un repérage précoce se traduisant par un diagnostic précoce peut aussi être invalidant pour le parcours d'une personne dont les processus psychiques peuvent être modifiables. À ce titre, à la place d'un repérage précoce, il me semble préférable d'évoquer un **accompagnement précoce qui relèverait d'une approche pluridisciplinaire**.
- Une approche pluridisciplinaire suppose le regard croisé d'acteurs de divers secteurs. Elle suppose aussi de laisser place à **la diversité des pratiques**. La complexité du psychisme de l'être humain invite à la réflexion continue dans l'accompagnement des personnes.
- Les psychologues, rattachés au domaine des sciences humaines travaillent aujourd'hui de façon intégrative ou complémentaire en faisant appel à différents référents théoriques. Il n'y en a pas de bons ou de mauvais. Tous sont utiles pour permettre au professionnel d'entrer dans une relation singulière avec les personnes qu'il accompagne. Ainsi, **toutes les approches** qu'elles soient cognitives, systémiques, psychanalytiques **doivent être considérées à la même hauteur**. Il en va du respect de la liberté et des droits de chacun et chacune.

- Enfin, les auditions font apparaître un grand manque de connaissance du champ de la santé mentale. L'appréciation des troubles psychiques et leur accompagnement demandent une évaluation continue. Leur définition et les parcours de soins sont étroitement liés au modèle sociétal et environnemental dans lesquels ils se déplient. **La recherche est indispensable pour mieux apprêhender tous ces phénomènes.** Elle doit guider les stratégies de prévention et les diverses modalités de soins.

CONTRIBUTION DE MME NATALIA POUZYREFF, DÉPUTÉE DES YVELINES

Contribution de Madame la députée Natalia Pouzyreff au rapport de la 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

Santé mentale et accès aux centres médico-psychologiques (CMP)

Dans le cadre de mes travaux parlementaires, je me suis particulièrement intéressée à la santé mentale des jeunes et à l'accès aux centres médico-psychologiques (CMP). À cet effet, j'ai effectué des visites de terrain dans des CMP de ma circonscription (adultes et infanto-juvéniles). Les remontées de terrain convergent : délais d'accès encore trop longs, en particulier en pédopsychiatrie ; difficultés de recrutement (médecins, psychologues) ; tensions sur les fonctions d'accueil, d'évaluation et d'orientation ; et besoins d'adaptation des locaux pour des prises en charge ambulatoires de proximité. Ces facteurs retardent l'entrée dans le soin et pèsent sur les équipes.

J'ai également interrogé la ministre de la Santé sur les moyens du projet de loi de financement de la Sécurité sociale (PLFSS) alloués aux CMP. J'ai pu ensuite échanger avec le DASEN des Yvelines s'agissant du repérage en milieu scolaire et de l'articulation entre l'Éducation nationale et les acteurs du secteur médico-social.

De ces constats, il ressort une priorité d'action : réduire les files d'attente, ce qui passe par le renforcement de l'attractivité des métiers.

Recommandations

1) Renforcer les moyens dédiés aux CMP

La ministre de la Santé a indiqué la reconduction en 2026 d'un appel à projets « psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent » doté de 35 millions d'euros, délégués aux Agences régionales de santé (ARS), de nature à conforter les CMP infanto-juvéniles. Pour aller plus loin, je propose un fléchage dédié au sein du Fonds d'intervention régional (FIR) pour financer, dans tous les CMP, un socle de fonctions d'accueil, d'évaluation, d'orientation et de coordination et accompagner l'adaptation des locaux. Si le FIR est maintenu, une part plus importante doit être clairement allouée aux CMP pour le recrutement, la valorisation et des mesures d'attractivité au bénéfice des personnels.

L'objectif doit rester lisible : faire baisser la file d'attente. À titre d'ordre de grandeur, doter chaque CMP d'un socle humain minimal, par exemple environ 0,75 équivalent temps plein (ETP) non médical supplémentaire dédié à l'accueil, à l'évaluation et à la coordination, correspond aux remontées des équipes et peut amorcer une décrue tangible des délais. Dans les territoires les plus en tension, ce socle doit être complété par un appui spécifique à l'activité multisites et à la stabilisation des équipes paramédicales.

2) Accroître l'attractivité des métiers

Il s'agit prioritairement de revaloriser les psychologues qui assument des fonctions d'encadrement. La prime indemnitaire aujourd'hui réservée au personnel médical doit être étendue aux professionnels paramédicaux exerçant sur plusieurs sites.

3) Casser les silos entre école, santé et social, et étendre les dispositifs efficaces

Le plan santé mentale engagé par l'Éducation nationale dans les Yvelines — identification de personnels formés au repérage, protocoles santé mentale dans chaque établissement, articulation renforcée avec les dispositifs de proximité — va dans le bon sens. Il doit désormais être mis en œuvre sans délai et étendu à l'ensemble du territoire national.

Dans la même logique, l'extension des champs de compétences des CMP (prévention et repérage précoce ; actions « hors les murs » — maisons des adolescents (MDA), points d'accueil et d'écoute jeunes (PAEJ), équipes mobiles, interventions en établissements scolaires, centres sociaux, visites à domicile) contribuerait à améliorer l'accès et la continuité des soins. La coordination des parcours avec l'école et le secteur médico-social doit être systématisée.

4) Garantir une visibilité pluriannuelle et un suivi simple, lisible pour les usagers

Pour donner de la visibilité aux professionnels et de la confiance aux usagers, il convient d'éviter des financements discontinus et de poser un socle pluriannuel lisible, assorti d'un suivi simple : indicateurs de délai d'accès au premier contact, taux de postes pourvus et stabilité des équipes, disponibilité de locaux adaptés. Une publication annuelle par les ARS favoriserait une mise en œuvre homogène et objectivée sur l'ensemble du territoire.

En conclusion, en attendant l'arrivée de nouveaux pédopsychiatres, il convient d'encourager les professionnels paramédicaux — infirmiers en pratique avancée (IPA), infirmiers, psychologues — formés aux « soins psychiques » à œuvrer au sein des CMP, qui demeurent la première ligne de soins de proximité.

ANNEXES DU RAPPORT

ANNEXE 1 : INFORMATIONS RELATIVES À L'INCLUSION SCOLAIRE, FOURNIES PAR LE MINISTÈRE DE L'ÉDUCATION NATIONALE A LA DEMANDE DU RAPPORTEUR



RÉPUBLIQUE FRANÇAISE
LIBERTÉ-ÉGALITÉ-FRATERNITÉ

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

Paris, le 2 octobre 2025

Madame la Directrice générale,

À la suite de votre audition par la commission d'enquête sur les défaillances des politiques publiques de prise en charge de la santé mentale et du handicap et le coût de ces défaillances pour la société, et comme annoncé lors de cette audition, je souhaiterais obtenir des données plus précises sur la scolarisation des enfants en situation de handicap.

Conformément à l'article 6, alinéa 7, de l'ordonnance du 17 novembre 1958 relative au fonctionnement des assemblées parlementaires, je vous saurai gré de me communiquer les informations suivantes d'ici le 15 octobre.

- Pour la rentrée scolaire de septembre 2025, indiquer le nombre d'enfants disposant de notifications MDPH ouvrant droit à un AESH non pourvus, en précisant les AESH individualisés (AESH-i) et les AESH mutualisés (AESH-m) ainsi que les niveaux scolaires concernés. Ventiler les données par département (données DSDEN) en indiquant pour comparaison le volume global des notifications sur chaque département, par niveau scolaire concerné.
- Pour l'année scolaire 2024-2025, indiquer l'effectivité des mesures d'accompagnement pour les élèves en situation de handicap disposant d'un AESH-i et AESH-m (absentéisme, postes non pourvus) ? Conscient que l'ensemble des droits ouverts ne couvrent pas l'intégralité de l'année (droit ouvert en cours d'année), nous vous laissons le soin de le spécifier le cas échéant. De même, une répartition départementale est souhaitée.
- Indiquer le nombre de contrats AESH couvrant les temps de pause méridienne et des temps périscolaires en cohérence avec les préconisations des projets personnalisés de scolarisation (PPS) édictés, ainsi que l'effectivité de ces prises en charge.

Madame Caroline PASCAL
Directrice générale de l'enseignement scolaire
110 rue de Grenelle
75357 Paris SP 07

- Indiquer le nombre d'orientations vers des dispositifs ULIS non effectives faute de places, comparé au volume global d'orientation en ULIS (par département).
- Indiquer le nombre d'orientations vers des UEMA et UEEA non effectives faute de places, comparé au volume global d'orientation en UEMA et UEEA (par département).
- Indiquer le nombre d'élèves en situation de handicap qui sont scolarisés sur des temps non complets, et parmi ces enfants ceux disposant d'autres types de prises en charge (dispositif institut thérapeutique éducatif et pédagogique – DITEP, IME...) ?
- Indiquer le nombre d'enfants scolarisés en milieu dit ordinaire et le nombre d'enfants scolarisés dans le secteur médico-social (si possible par génération) ?

Je vous remercie d'avance pour vos réponses et vous prie d'agréer, Madame la Directrice générale, l'expression de mes salutations distinguées.

Sébastien Saint-Pasteur

Député de la Gironde

RÉPONSES DE LA DIRECTON GÉNÉRALE DE L'ENSEIGNEMENT SCOLAIRE

Eléments complémentaires chiffrés suite audition CE « défaillance Etat école inclusive et santé »

(Cf. données chiffrées en annexe)

- **Q1** - Pour la rentrée scolaire de septembre 2025, indiquer le nombre d'enfants disposant de notifications MDPH ouvrant droit à un AESH non pourvus, en précisant les AESH individualisés (AESH-i) et les AESH mutualisés (AESH-m) ainsi que les niveaux scolaires concernés. Ventiler les données par département (données DSDEN) en indiquant pour comparaison le volume global des notifications sur chaque département, par niveau scolaire concerné.

Onglet Q1 document annexe (Source : enquête de rentrée S38 2025)

- Nombre d'ESH en attente d'une aide humaine (notifiés mais non accompagnés) par département et académie
- Nombre d'ESH notifiés pour une aide humaine par département et académie.

Nous ne disposons pas de la distinction AESH-i et AESH-m pour ces données, uniquement la distinction 1^{er} degré/2^{de} degré.

- **Q2** - Pour l'année scolaire 2024-2025, indiquer l'effectivité des mesures d'accompagnement pour les élèves en situation de handicap disposant d'un AESH-i et AESH-m (absentéisme, postes non pourvus) ? Conscient que l'ensemble des droits ouverts ne couvrent pas l'intégralité de l'année (droit ouvert en cours d'année), nous vous laissons le soin de le spécifier le cas échéant. De même, une répartition départementale est souhaitée.

Onglet Q2 document annexe (Source : enquête de rentrée S38 2024)

- Nombre d'ESH en attente d'une aide humaine (notifiés mais non accompagnés) par département et académie
- Nombre d'ESH notifiés pour une aide humaine par département et académie.

Pour la rentrée 2024, nous ne disposons pas de la distinction AESH-i et AESH-m, ni de la répartition par niveau scolaire.

- **Q3** - Indiquer le nombre de contrats AESH couvrant les temps de pause méridienne et des temps périscolaires en cohérence avec les préconisations des projets personnalisés de scolarisation (PPS) édictés, ainsi que l'effectivité de ces prises en charge.

Onglet Q3 document annexe (Source : Enquête AESH – 31 mars 2025-DGESCO B1-3)

- Evaluation du besoin d'accompagnement sur la pause méridienne et moyens AESH déployés, par département, académie et niveau scolaire.

- **Q4** - Indiquer le nombre d'orientations vers des dispositifs ULIS non effectives faute de place, comparé au volume global d'orientation en ULIS (par département).

Onglet Q4 document annexe (Source : enquête de rentrée S38 2025)

- Nombre d'ESH en attente de place en ULIS par département, académie et niveau scolaire
- Nombre de notifications ULIS par département, académie et niveau scolaire.

- **Q5** - Indiquer le nombre d'orientations vers des UEMA et UEEA non effectives faute de places, comparé au volume global d'orientation en UEMA et UEEA (par département).

Onglet Q5 document annexe (Source : enquête n°3 - 2024 - DEPP/DGESCO)

- Nombre d'ESH en attente UEEA ou dispositifs d'autorégulation 1^{er} degré, par département et académie
- Nombre d'ESH notifiés UEEA ou dispositifs d'autorégulation 1^{er} degré, par département et académie.

Nous ne disposons pas de données concernant les UEMA qui sont des dispositifs médico-sociaux.

- Q6 - Indiquer le nombre d'élèves en situation de handicap qui sont scolarisés sur des temps non complets, et parmi ces enfants ceux disposant d'autres types de prises en charge (dispositif institut thérapeutique éducatif et pédagogique – DITEP, IME...) ?

Onglet Q6 document annexe (Source : enquêtes n°3 et n°12 - 2024 - DEPP/DGESCO)

- Nombre d'ESH scolarisés à temps partiel, dans le 1^{er} et le 2nd degré
- Nombre d'ESH scolarisés à temps partiel dans lieu externe de scolarisation, dans le 1^{er} et le 2nd degré.

- Q7 - Indiquer le nombre d'enfants scolarisés en milieu dit ordinaire et le nombre d'enfants scolarisés dans le secteur médico-social (si possible par génération) ?

Onglet Q7 document annexe (Sources : enquêtes n°3 et n°12 2023 - DEPP/DGESCO et enquête n°32 - DEPP)

- Nombre d'ESH scolarisés en milieu ordinaire à la rentrée 2023 par âge

- Nombre d'ESH scolarisés dans le secteur médico-social à la rentrée 2023 par âge

Sont proposées ici les données de la rentrée 2023, faute de disposer encore du nombre d'ESH dans le secteur médico-social et hospitalier pour la rentrée 2024.

Nombre d'élèves en attente d'accompagnement par une aide humaine à la rentrée scolaire 2025

Source : Enquête de rentrée S38 - 2025 (DGESCO A1-3)

Académie	Département	Nb d'élèves en attente d'accompagnement par un AESH			Nb d'élèves notifiés pour un accompagnement AESH		
		1er degré	2nd degré	Total	1er degré	2nd degré	Total
AIX-MARSEILLE	004 - ALPES-DE-HTE-PROVENCE	17	24	41	462	326	788
AIX-MARSEILLE	005 - HAUTES-ALPES	16	70	86	410	521	931
AIX-MARSEILLE	013 - BOUCHES-DU-RHONE	4 519	2 430	6 949	9 704	6 360	16 064
AIX-MARSEILLE	084 - VAUCLUSE	341	170	511	3 406	1 379	4 785
AIX-MARSEILLE	TOTAL - AIX-MARSEILLE	4 893	2 694	7 587	13 982	8 586	22 568
AMIENS	002 - AISNE	63	41	104	1 442	1 131	2 573
AMIENS	060 - OISE	394	623	1 017	2 739	2 648	5 387
AMIENS	080 - SOMME	69	39	108	1 705	975	2 680
AMIENS	TOTAL - AMIENS	526	703	1 229	5 886	4 754	10 640
BESANCON	025 - DOUBS	40	17	57	1 076	346	1 422
BESANCON	039 - JURA	16	9	25	715	343	1 058
BESANCON	070 - HAUTE-SAONE	0	0	-	273	216	489
BESANCON	090 - TERRITOIRE DE BELFORT	0	0	-	194	61	255
BESANCON	TOTAL - BESANCON	56	26	82	2 258	966	3 224
BORDEAUX	024 - DORDOGNE	10	15	25	955	825	1 780
BORDEAUX	033 - GIRONDE	50	54	104	4 627	5 011	9 638
BORDEAUX	040 - LANDES	57	67	124	1 107	1 098	2 205
BORDEAUX	047 - LOT-ET-GARONNE	32	89	121	905	601	1 506
BORDEAUX	064 - PYRENEES-ATLANTIQUES	76	78	154	1 416	1 348	2 764
BORDEAUX	TOTAL - BORDEAUX	225	303	528	9 010	8 883	17 893
CLERMONT-FERRAND	003 - ALLIER	45	23	68	392	285	677
CLERMONT-FERRAND	015 - CANTAL	9	5	14	389	350	739
CLERMONT-FERRAND	043 - HAUTE-LOIRE	0	0	-	657	320	977
CLERMONT-FERRAND	063 - PUY-DE-DOME	188	136	324	1 503	1 088	2 591
CLERMONT-FERRAND	TOTAL - CLERMONT-FERRAND	242	164	406	2 941	2 043	4 984
CORSE	620 - CORSE DU SUD	3	0	3	323	157	480
CORSE	720 - HAUTE-CORSE	10	9	19	319	162	481
CORSE	TOTAL - CORSE	13	9	22	642	319	961
CRETEIL	077 - SEINE-ET-MARNE	1 077	447	1 524	7 134	2 957	10 091
CRETEIL	093 - SEINE SAINT-DENIS	1 021	596	1 617	6 904	2 786	9 690
CRETEIL	094 - VAL-DE-MARNE	1 449	1 620	3 069	4 926	3 390	8 316
CRETEIL	TOTAL - CRETEIL	3 547	2 663	6 210	18 964	9 133	28 097
DIJON	021 - COTE D'OR	11	10	21	924	486	1 410
DIJON	058 - NIEVRE	24	5	29	482	391	873
DIJON	071 - SAONE-ET-LOIRE	50	38	88	1 445	753	2 198
DIJON	089 - YONNE	32	15	47	734	452	1 186
DIJON	TOTAL- DIJON	117	68	185	3 585	2 082	5 667
GRENOBLE	007 - ARDECHE	0	0	-	933	651	1 584
GRENOBLE	026 - DROME	0	203	203		2 663	
GRENOBLE	038 - ISERE	1 035	30	1 065	5 388	2 324	7 712
GRENOBLE	073 - SAVOIE	260	237	497	1 269	885	2 154
GRENOBLE	074 - HAUTE-SAVOIE	372	291	663	3 717	2 200	5 917
GRENOBLE	TOTAL- GRENOBLE	1 667	761	2 428	11 307	8 723	20 030
GUADELOUPE	971 - GUADELOUPE	286	158	444	1 401	970	2 371
GUADELOUPE	TOTAL - GUADELOUPE	286	158	444	1 401	970	2 371
GUYANE	973 - GUYANE	79	78	157	782	702	1 484
GUYANE	TOTAL - GUYANE	79	78	157	782	702	1 484
LA REUNION	974 - REUNION	288	270	558	3 403	2 926	6 329
LA REUNION	TOTAL- REUNION	288	270	558	3 403	2 926	6 329
LILLE	059 - NORD	10	122	132	6 838	5 305	12 143
LILLE	062 - PAS-DE-CALAIS	459	281	740	7 294	4 471	11 765
LILLE	TOTAL- LILLE	469	403	872	14 132	9 776	23 908
LIMOGES	019 - CORREZE	2	4	6	799	581	1 380
LIMOGES	023 - CREUSE	51	21	72	267	180	447
LIMOGES	087 - HAUTE-VIENNE	95	36	131	932	658	1 590
LIMOGES	TOTAL- LIMOGES	148	61	209	1 998	1 419	3 417
LYON	001 - AIN	13	22	35	2 011	1 134	3 145
LYON	042 - LOIRE	358	536	894	2 341	2 230	4 571
LYON	069 - RHONE	87	113	200	6 275	7 050	13 325
LYON	TOTAL- LYON	458	671	1 129	10 627	10 414	21 041

MARTINIQUE	972 - MARTINIQUE	52	47	99	673	957	1 630
MARTINIQUE	TOTAL- MARTINIQUE	52	47	99	673	957	1 630
MAYOTTE	976 - MAYOTTE	7	12	19	258	126	384
MAYOTTE	TOTAL- MAYOTTE	7	12	19	258	126	384
MONTPELLIER	011 - AUDE	183	92	275	1 421	758	2 179
MONTPELLIER	030 - GARD	548	271	819	3 807	2 024	5 831
MONTPELLIER	034 - HERAULT	170	155	325	5 103	4 820	9 923
MONTPELLIER	048 - LOZERE	6	5	11	221	250	471
MONTPELLIER	066 - PYRENEES-ORIENTALES	141	58	199	1 241	958	2 199
MONTPELLIER	TOTAL- MONTPELLIER	1 048	581	1 629	11 793	8 810	20 603
NANCY-METZ	054 - MEURTHE-ET-MOSELLE	320	136	456	2 098	972	3 070
NANCY-METZ	055 - MEUSE	8	0	8	406	431	837
NANCY-METZ	057 - MOSELLE	470	156	626	3 443	1 494	4 937
NANCY-METZ	088 - VOSGES	45	105	150	963	1 071	2 034
NANCY-METZ	TOTAL- NANCY-METZ	843	397	1 240	6 910	3 968	10 878
NANTES	044 - LOIRE-ATLANTIQUE	332	327	659	3 316	2 069	5 385
NANTES	049 - MAINE-ET-LOIRE	307	185	492	1 499	1 018	2 517
NANTES	053 - MAYENNE	85	101	186	1 247	1 227	2 474
NANTES	072 - SARTHE	685	670	1 355	1 751	1 546	3 297
NANTES	085 - VENDEE	336	127	463	1 864	1 303	3 167
NANTES	TOTAL- NANTES	1 745	1 410	3 155	9 677	7 163	16 840
NICE	006 - ALPES-MARITIMES	259	375	634	3 172	2 230	5 402
NICE	083 - VAR	0	0	-	2 855	1 780	4 635
NICE	TOTAL- NICE	259	375	634	6 027	4 010	10 037
NORMANDIE	014 - CALVADOS	153	177	330	1 630	1 449	3 079
NORMANDIE	027 - EURE	201	404	605	2 333	2 020	4 353
NORMANDIE	050 - MANCHE	92	50	142	1 180	912	2 092
NORMANDIE	061 - ORNE	13	3	16	623	500	1 123
NORMANDIE	076 - SEINE MARITIME	297	173	470	2 968	1 728	4 696
NORMANDIE	TOTAL- NORMANDIE	756	807	1 563	8 734	6 609	15 343
ORLEANS-TOURS	018 - CHER	24	10	34	529	323	852
ORLEANS-TOURS	028 - EURE-ET-LOIR	20	30	50	993	529	1 522
ORLEANS TOURS	036 - INDRÉ	148	145	293	651	452	1 103
ORLEANS-TOURS	037 - INDRÉ-ET-LOIRE	142	63	205	1 661	702	2 363
ORLEANS-TOURS	041 - LOIR-ET-CHER	46	31	77	648	310	958
ORLEANS-TOURS	045 - LOIRET	677	285	962	1 892	1 056	2 948
ORLEANS-TOURS	TOTAL- ORLEANS-TOURS	1 057	564	1 621	6 374	3 372	9 746
PARIS	075 - PARIS	648	885	1 533	4 621	5 195	9 816
PARIS	TOTAL- PARIS	648	885	1 533	4 621	5 195	9 816
POITIERS	016 - CHARENTE	64	167	231	943	880	1 823
POITIERS	017 - CHARENTE-MARITIME	12	5	17	1 070	792	1 862
POITIERS	079 - DEUX-SEVRES	164	128	292	953	835	1 788
POITIERS	086 - VIENNE	62	48	110	587	469	1 056
POITIERS	TOTAL- POITIERS	302	348	650	3 553	2 976	6 529
REIMS	008 - ARDENNES	9	9	18	759	494	1 253
REIMS	010 - AUBE	344	48	392	774	233	1 007
REIMS	051 - MARNE	135	107	242	1 251	1 095	2 346
REIMS	052 - HAUTE-MARNE	0	0	-	331	316	647
REIMS	TOTAL- REIMS	488	164	652	3 115	2 138	5 253
RENNES	022 - COTES D'ARMOR	50	25	75	1 451	975	2 426
RENNES	029 - FINISTERE	334	105	439	3 764	2 439	6 203
RENNES	035 - ILLE-ET-VILAINE	776	247	1 523	3 208	1 904	5 112
RENNES	056 - MORBIHAN	273	187	460	1 724	968	2 692
RENNES	TOTAL- RENNES	1 433	1 064	2 497	10 147	6 286	16 433
STRASBOURG	067 - BAS-RHIN	2 681	1 183	3 864	2 681	1 183	3 864
STRASBOURG	068 - HAUT-RHIN	315	140	455	2 328	942	3 270
STRASBOURG	TOTAL- STRASBOURG	2 996	1 323	4 319	5 009	2 125	7 134
TOULOUSE	009 - ARIEGE	12	10	22	492	648	1 140
TOULOUSE	012 - AVEYRON	24	27	51	869	571	1 440
TOULOUSE	031 - HAUTE-GARONNE	717	486	1 203	6 750	6 248	12 998
TOULOUSE	032 - GERS	0	0	-	621	776	1 397
TOULOUSE	046 - LOT	17	14	31	453	349	802
TOULOUSE	065 - HAUTES-PYRENEES	8	4	12	567	347	914
TOULOUSE	081 - TARN	42	11	53	1 205	865	2 070
TOULOUSE	082 - TARN-ET-GARONNE	0	0	-	818	497	1 315
TOULOUSE	TOTAL- TOULOUSE	820	552	1 372	11 775	10 301	22 076
VERSAILLES	078 - YVELINES	611	279	890	4 898	2 316	7 214

VERSAILLES	091 - ESSONNE	1 331	968	2 299	5 117	2 768	7 885
VERSAILLES	092 - HAUTS-DE-SEINE	384	101	485	3 585	1 489	5 074
VERSAILLES	095 - VAL-D'OISE	1 096	927	2 023	4 131	2 482	6 613
VERSAILLES	TOTAL- VERSAILLES	3 422	2 275	5 697	17 731	9 055	26 786
TOTAL- France		28 890	19 836	48 726	207 315	144 787	352 102

Nombre d'élèves en attente d'accompagnement par une aide humaine à la rentrée scolaire 2024
Source : Enquête de rentrée S3B - 2024 (DGESCO A1-3)

Académie	Département	Nb d'élèves en attente d'accompagnement par un AESH	Nb d'élèves notifiés pour un accompagnement AESH
AIX-MARSEILLE	004 - ALPES-DE-HTE-PROVENCE	57	802
AIX-MARSEILLE	005 - HAUTES-ALPES	52	876
AIX-MARSEILLE	013 - BOUCHES-DU-RHONE	1 338	15 517
AIX-MARSEILLE	084 - VAUCLUSE	285	3 312
AIX-MARSEILLE	TOTAL-28 AIX-MARSEILLE	1 732	20 507
AMIENS	002 - AISNE	1 532	2 661
AMIENS	060 - OISE	264	4 214
AMIENS	080 - SOMME	24	2 280
AMIENS	TOTAL-14 AMIENS	1 820	9 155
BESANCON	025 - DOUBS	25	1 303
BESANCON	039 - JURA	63	1 005
BESANCON	070 - HAUTE-SAONE	3	521
BESANCON	090 - TERRITOIRE DE BELFORT	-	253
BESANCON	TOTAL-04 BESANCON	91	3 082
BORDEAUX	024 - DORDOGNE	47	1 778
BORDEAUX	033 - GIRONDE	204	7 851
BORDEAUX	040 - LANDES	148	2 089
BORDEAUX	047 - LOT-ET-GARONNE	77	1 479
BORDEAUX	064 - PYRENEES-ATLANTIQUES	25	2 561
BORDEAUX	TOTAL-22 BORDEAUX	501	15 758
CLERMONT-FERRAND	003 - ALLIER	42	612
CLERMONT-FERRAND	015 - CANTAL	-	715
CLERMONT-FERRAND	043 - HAUTE-LOIRE	19	890
CLERMONT-FERRAND	063 - PUY-DE-DOME	343	2 468
CLERMONT-FERRAND	TOTAL-01 CLERMONT-FERRAND	404	4 685
CORSE	620 - CORSE-DU-SUD	7	434
CORSE	720 - HAUTE-CORSE	38	478
CORSE	TOTAL-08 CORSE	45	912
CRETEIL	077 - SEINE-ET-MARNE	2 119	8 863
CRETEIL	093 - SEINE-SAINT-DENIS	2 854	10 210
CRETEIL	094 - VAL-DE-MARNE	2 183	8 408
CRETEIL	TOTAL-16 CRETEIL	7 156	27 481
DIJON	021 - COTE D'OR	69	1 520
DIJON	058 - NIEVRE	56	766
DIJON	071 - SAONE-ET-LOIRE	78	2 410
DIJON	089 - YONNE	27	1 085
DIJON	TOTAL-05 DIJON	230	5 781
GRENOBLE	007 - ARDECHE	-	1 542
GRENOBLE	026 - DROME	190	2 688
GRENOBLE	038 - ISERE	330	7 271
GRENOBLE	073 - SAVOIE	128	2 036
GRENOBLE	074 - HAUTE-SAVOIE	1 635	6 377
GRENOBLE	TOTAL-02 GRENOBLE	2 283	19 914
GUADELOUPE	971 - GUADELOUPE	187	2 002
GUADELOUPE	TOTAL-12 GUADELOUPE	187	2 002
GUYANE	973 - GUYANE	226	1 497
GUYANE	TOTAL-13 GUYANE	226	1 497
LA REUNION	974 - REUNION	949	5 754
LA REUNION	TOTAL-30 REUNION	949	5 754

LILLE	059 - NORD	162	13 031
LILLE	062 - PAS-DE-CALAIS	767	12 650
LILLE	TOTAL-15 LILLE	929	25 681
LIMOGES	019 - CORREZE	50	1 284
LIMOGES	023 - CREUSE	3	401
LIMOGES	087 - HAUTE-VIENNE	30	1 742
LIMOGES	TOTAL-23 LIMOGES	83	3 427
LYON	001 - AIN	44	2 859
LYON	042 - LOIRE	27	4 296
LYON	069 - RHONE	203	12 427
LYON	TOTAL-03 LYON	274	19 582
MARTINIQUE	972 - MARTINIQUE	147	1 793
MARTINIQUE	TOTAL-19 MARTINIQUE	147	1 793
MAYOTTE	976 - MAYOTTE	40	380
MAYOTTE	TOTAL-20 MAYOTTE	40	380
MONTPELLIER	011 - AUDE	377	2 138
MONTPELLIER	030 - GARD	597	5 154
MONTPELLIER	034 - HERAULT	44	9 920
MONTPELLIER	048 - LOZERE	34	442
MONTPELLIER	066 - PYRENEES-ORIENTALES	229	2 339
MONTPELLIER	TOTAL-25 MONTPELLIER	1 281	19 993
NANCY-METZ	054 - MEURTHE-ET-MOSELLE	141	2 766
NANCY-METZ	055 - MEUSE	19	773
NANCY-METZ	057 - MOSELLE	230	3 636
NANCY-METZ	088 - VOSGES	40	1 837
NANCY-METZ	TOTAL-09 NANCY-METZ	430	9 012
NANTES	044 - LOIRE-ATLANTIQUE	877	5 439
NANTES	049 - MAINE-ET-LOIRE	715	2 605
NANTES	053 - MAYENNE	166	2 305
NANTES	072 - SARTHE	488	2 568
NANTES	085 - VENDEE	225	2 300
NANTES	TOTAL-27 NANTES	2 471	15 217
NICE	006 - ALPES-MARITIMES	1 050	5 122
NICE	083 - VAR	287	4 294
NICE	TOTAL-29 NICE	1 337	9 416
NORMANDIE	014 - CALVADOS	328	3 074
NORMANDIE	027 - EURE	245	3 665
NORMANDIE	050 - MANCHE	147	2 202
NORMANDIE	061 - ORNE	22	1 095
NORMANDIE	076 - SEINE MARITIME	469	4 690
NORMANDIE	TOTAL-21 NORMANDIE	1 211	14 726
ORLEANS-TOURS	018 - CHER	75	866
ORLEANS-TOURS	028 - EURE-ET-LOIR	205	1 549
ORLEANS-TOURS	036 - INDRE	115	949
ORLEANS-TOURS	037 - INDRE-ET-LOIRE	175	2 187
ORLEANS-TOURS	041 - LOIR-ET-CHER	55	891
ORLEANS-TOURS	045 - LOIRET	921	2 491
ORLEANS-TOURS	TOTAL-07 ORLEANS-TOURS	1 546	8 933
PARIS	075 - PARIS	1 348	10 369
PARIS	TOTAL-17 PARIS	1 348	10 369
POITIERS	016 - CHARENTE	23	1 706
POITIERS	017 - CHARENTE-MARITIME	68	1 979
POITIERS	079 - DEUX-SEVRES	357	1 745
POITIERS	086 - VIENNE	20	911
POITIERS	TOTAL-24 POITIERS	468	6 341

REIMS	008 - ARDENNES	82	1 288
REIMS	010 - AUBE	38	939
REIMS	051 - MARNE	275	2 183
REIMS	052 - HAUTE-MARNE	-	627
REIMS	TOTAL-10 REIMS	395	5 037
RENNES	022 - COTES D'ARMOR	173	2 278
RENNES	029 - FINISTERE	849	5 584
RENNES	035 - ILLE-ET-VILAINE	814	4 543
RENNES	056 - MORBIHAN	161	2 752
RENNES	TOTAL-06 RENNES	1 997	15 157
STRASBOURG	067 - BAS-RHIN	824	3 648
STRASBOURG	068 - HAUT-RHIN	498	3 239
STRASBOURG	TOTAL-11 STRASBOURG	1 322	6 887
TOULOUSE	009 - ARIEGE	50	1 226
TOULOUSE	012 - AVEYRON	295	1 324
TOULOUSE	031 - HAUTE-GARONNE	507	11 592
TOULOUSE	032 - GERS	67	1 289
TOULOUSE	046 - LOT	56	875
TOULOUSE	065 - HAUTES-PYRENEES	5	841
TOULOUSE	081 - TARN	85	1 954
TOULOUSE	082 - TARN-ET-GARONNE	-	1 272
TOULOUSE	TOTAL-26 TOULOUSE	1 065	20 373
VERSAILLES	078 - YVELINES	909	5 934
VERSAILLES	091 - ESSENNE	2 086	7 576
VERSAILLES	092 - HAUTS-DE-SEINE	551	4 826
VERSAILLES	095 - VAL-D'OISE	672	6 030
VERSAILLES	TOTAL-18 VERSAILLES	4 218	24 366
	TOTAL- 31 FRANCE	36 186	333 218

**Besoins d'accompagnement des élèves en situation de handicap pendant la pause méridienne
au 31 mars 2025 (public et privé)**

Départements et ACADEMIES	Premier degré													
	Besoin total premier degré				dont besoins couverts par									
					des AESH					d'autres personnels				
	Elèves	Heures hebdo	heures / élève	ETP	Elèves	Heures hebdo	ETP	heures / élève	heures / ETP	Elèves	Heures hebdo	ETP	heures / élève	heures / ETP
Alpes de Haute Provence	75	375	5,00	9,6		122	3,1	5,30	39,0					
Hauts-Alpes	95	760	8,00	19,5	23									
Bouches-du-Rhône	772	5 511	7,14	141,3	15	47	1,2	3,13	39,0					
Vaucluse	68	544	8,00	13,9										
AIX-MARSEILLE	1 010	7 190	7,12	184,4	38	169	4,3	4,45	39,0					
AISNE	10	43	4,30	1,1	9	36	0,9	4,00	39,0					
OISE	8	41	5,13	1,1	8	41	1,1	5,13	39,0					
SOMME	16	68	4,25	1,7	16	68	1,7	4,25	39,0					
AMIENS	34	152	4,47	3,9	33	145	3,7	4,39	39,0					
Doubs	44	140	3,18	3,6	40	115	2,9	2,88	39,0					
Jura	24	136	5,67	3,5	7	31	0,8	4,43	39,0	12	78	2,0	6,50	39,0
Haute-Saône	9	45	5,00	1,2	8	43	1,1	5,38	39,0	1	2	0,1	2,00	39,0
Territoire de Belfort	6	43	7,17	1,1	6	43	1,1	7,17	39,0					
BESANCON	83	364	4,39	9,3	61	232	5,9	3,80	39,0	13	80	2,1	6,15	39,0
DORDOGNE	71	215	3,03	5,5	71	215	5,5	3,03	39,0					
GIRONDE	1 188	4 752	4,00	121,8	277	1 108	28,4	4,00	39,0					
LANDES	186	744	4,00	19,1	98	402	10,3	4,10	39,0					
LOT-ET-GARONNE	26	88	3,38	2,3	24	83	2,1	3,46	39,0					
PYRENEES-ATLANTIQUES	124	642	5,18	16,5	124	642	16,5	5,18	39,0					
BORDEAUX	1 595	6 441	4,04	165,2	594	2 450	62,8	4,12	39,0					
ALLIER	14	44	3,14	1,1	14	44	1,1	3,14	39,2					
CANTAL	27	79	2,93	2,0	27	79	2,0	2,93	39,2					
HAUTE-LOIRE	44	269	6,11	6,9	8	46	1,2	5,75	39,0					
PUY-DE-DÔME	279	2 050	7,35	52,6	19	152	3,9	8,00	39,0					
CLERMONT-FERRAND	364	2 442	6,71	62,6	68	321	8,2	4,72	39,1					
CORSE DU SUD	1	4	4,00	0,1	1	4	0,1	4,00	40,0					
HAUTE CORSE														
CORSE	1	4	4,00	0,1	1	4	0,1	4,00	40,0					
Seine et Marne	421	1 767	4,20	45,3	48	241	6,2	5,02	39,0	373	1 526	39,1	4,09	39,0
Seine-Saint-Denis	3	22	7,33	0,6	3	22	2,0	7,33	11,0					
Val de Marne	150	1 200	8,00	30,8	4	32	1,0	8,00	32,0					
CRETEIL	574	2 989	5,21	76,6	55	295	9,2	5,36	32,1	373	1 526	39,1	4,09	39,0

**Besoins d'accompagnement des élèves en situation de handicap pendant la pause méridienne
au 31 mars 2025 (public et privé)**

Départements et ACADEMIES	Premier degré													
	Besoin total premier degré				dont besoins couverts par									
					des AESH					d'autres personnels				
	Elèves	Heures hebdo	heures / élève	ETP	Elèves	Heures hebdo	ETP	heures / élève	heures / ETP	Elèves	Heures hebdo	ETP	heures / élève	heures / ETP
COTE D'OR	16	101	6,31	2,6	3	12	0,3	4,00	39,0	13	89	2,3	6,85	39,0
NIEVRE	26	98	3,77	2,5	26	98	2,5	3,77	39,0					
SAONE ET LOIRE	72	326	4,53	8,4	72	326	8,4	4,53	39,0					
YONNE	78	225	2,88	5,8	25	121	3,2	4,84	37,5					
DIJON	192	750	3,91	19,2	126	557	14,4	4,42	38,7	13	89	2,3	6,85	39,0
Ardèche	80	320	4,00	8,2	23	99	2,5	4,30	39,0					
Drôme	39	191	4,90	4,9	21	94	2,4	4,50	39,0					
Isère	47	196	4,17	5,0	39	145	3,7	3,72	39,0					
Savoie					68	275	8,5	4,04	32,5	1	8	0,2	8,00	39,0
Haute-Savoie	157	942	6,00	24,2	85	482	12,4	5,67	39,0					
GRENOBLE	323	1 649	5,11	42,3	236	1 095	29,5	4,64	37,1	1	8	0,2	8,00	39,0
GUADELOUPE	21	168	8,00	4,3	2	16	0,4	8,00	39,0					
GUYANE	31	201	6,48	5,2	21	107	2,7	5,10	39,0	2	20	0,5	10,00	39,0
NORD	186	984	5,29	25,2	66	283	7,3	4,29	39,0	37	272	7,0	7,34	39,0
PAS-DE-CALAIS	97	501	5,16	12,8	52	308	7,9	5,92	39,0	19	95	2,4	5,00	39,0
LILLE	283	1 485	5,25	38,1	118	591	15,1	5,01	39,0	56	367	9,4	6,54	39,0
Haute-Vienne	100	248	2,48	6,4	100	248	6,4	2,48	39,0					
Creuse	23	67	2,91	1,7	13	67	1,9	5,15	35,1					
Corrèze	80	320	4,00	8,2	31	124	3,2	4,00	39,0	8	32	0,8	4,00	39,0
LIMOGES	203	635	3,13	16,3	144	439	11,4	3,05	38,3	8	32	0,8	4,00	39,0
AIN	130	549	4,22	14,1	30	78	2,0	2,60	40,0	11	56	1,5	5,09	37,3
LOIRE	1 169	5 324	4,55	136,5	168	265	6,8	1,58	39,0					
RHONE	155	708	4,57	18,2	67	422	10,8	6,30	39,0	82	574	14,7	7,00	39,0
LYON	1 454	6 581	4,53	168,7	265	765	19,6	2,89	39,1	93	630	16,2	6,77	38,8
MARTINIQUE	80	260	3,25	6,7	75	194	5,0	2,59	39,0					
MAYOTTE	92	666	7,24	17,1										
AUDE	31	186	6,00	4,8	2	8	0,2	4,00	39,0	10	60	1,5	6,00	39,0
GARD	100	412	4,12	10,6	24	93	2,4	3,88	39,0	10	39	1,0	3,90	38,8
HERAULT	105	624	5,94	16,0	38	190	4,9	5,00	39,0	67	434	11,1	6,48	39,0
LOZERE	34	111	3,25	2,8	18	62	1,6	3,44	39,0	6	28	0,7	4,67	39,0
PYRENEES-ORIENTALES	129	774	6,00	19,8	74	425	10,9	5,74	39,0					
MONTPELLIER	399	2 107	5,28	54,0	156	778	20,0	4,99	39,0	93	561	14,4	6,03	39,0
MEURTHE ET MOSELLE	223	1 310	5,87	33,6	182	1 092	28,0	6,00	39,0					
MEUSE	32	178	5,56	4,6	8	31	0,8	3,88	39,0	4	26	0,7	6,50	39,0
MOSELLE	183	858	4,69	22,0	75	460	11,8	6,13	39,0	19	132	3,4	6,95	39,0
VOSGES	22	73	3,32	1,9	14	44	0,8	3,14	53,7					
NANCY-METZ	460	2 419	5,26	62,0	279	1 627	41,4	5,83	39,3	23	158	4,1	6,87	39,0

**Besoins d'accompagnement des élèves en situation de handicap pendant la pause méridienne
au 31 mars 2025 (public et privé)**

Départements et ACADEMIES	Premier degré													
	Besoin total premier degré				dont besoins couverts par									
					des AESH					d'autres personnels				
	Elèves	Heures hebdo	heures / élève	ETP	Elèves	Heures hebdo	ETP	heures / élève	heures / ETP	Elèves	Heures hebdo	ETP	heures / élève	heures / ETP
LOIRE - ATLANTIQUE	553	2 212	4,00	56,7	58	191	4,9	3,28	39,0	85	413	10,6	4,86	39,0
MAINE ET LOIRE	106	424	4,00	10,9	92	285	7,6	3,09	37,2					
MAYENNE	428	1 680	3,93	43,1	126	317	8,1	2,52	39,0					
SARTHE	206	1 126	5,47	28,9	100	484	12,4	4,84	39,0					
VENDEE	435	1 479	3,40	37,9	112	215	5,5	1,92	39,0					
NANTES	1 728	6 921	4,01	177,5	488	1 491	38,6	3,06	38,7	85	413	10,6	4,86	39,0
ALPES MARITIMES	924	6 763	7,32	173,4	329	2 050	52,6	6,23	39,0					
VAR	970	4 850	5,00	124,4	325	1 739	44,8	5,35	38,9					
NICE	1 894	11 613	6,13	297,8	654	3 789	97,3	5,79	38,9					
MANCHE	79	205	2,59	5,3	25	70	1,8	2,80	39,0	11	50	1,3	4,55	39,0
ORNE	20	80	4,00	2,1	20	68	1,7	3,40	39,0	3	20	0,5	6,67	39,0
EURE	19	92	4,84	2,4	19	92	2,3	4,84	39,7					
SEINE MARITIME	62	264	4,26	6,8	61	250	6,4	4,10	39,0	1	4	0,1	4,00	39,0
CALVADOS	316	948	3,00	24,3	107	243	6,2	2,27	39,0					
NORMANDIE	496	1 589	3,20	40,7	232	723	18,5	3,12	39,1	15	74	1,9	4,93	39,0
Cher	47	141	3,00	3,6	24	86	2,2	3,58	39,0	3	15	0,4	5,00	39,0
Eure et Loir	16	75	4,69	1,9	2	10	0,3	5,00	39,0					
Indre	32	100	3,13	2,6										
Indre et Loire	38	186	4,89	4,8	12	44	1,1	3,67	39,0	23	104	2,7	4,52	39,0
Loir et cher	18	72	4,00	1,8	5	16	0,4	3,20	39,0					
Loiret	60	240	4,00	6,2	15	43	1,1	2,87	39,0	45	180	4,6	4,00	39,0
ORLEANS-TOURS	211	814	3,86	20,9	58	199	5,1	3,43	39,0	71	299	7,7	4,21	39,0
PARIS	87	499	5,74	12,8	87	499	12,8	5,74	39,0					
CHARENTE	58	321	5,53	8,2	43	243	6,2	5,65	39,0					
CHARENTE MARITIME	63	368	5,84	9,4	63	368	9,4	5,84	39,0					
DEUX SEVRES	43	190	4,42	4,9	37	170	4,4	4,59	39,0	6	25	0,6	4,17	39,0
VIENNE	7	35	5,00	0,9	7	35	0,9	5,00	39,0					
POITIERS	171	914	5,35	23,4	150	816	20,9	5,44	39,0	6	25	0,6	4,17	39,0
ARDENNES	4	32	8,00	0,8	4	32	0,8	8,00	39,0					
AUBE	10	45	4,50	1,2	10	45	1,2	4,50	39,0					
MARNE	39	280	7,18	7,2	35	214	5,5	6,11	39,0					
HAUTE MARNE	11	76	6,91	1,9	11	76	1,9	6,91	39,0					
REIMS	64	433	6,77	11,1	60	367	9,4	6,12	39,0					

**Besoins d'accompagnement des élèves en situation de handicap pendant la pause méridienne
au 31 mars 2025 (public et privé)**

Départements et ACADEMIES	Premier degré													
	Besoin total premier degré				dont besoins couverts par									
					des AESH					d'autres personnels				
	Elèves	Heures hebdo	heures / élève	ETP	Elèves	Heures hebdo	ETP	heures / élève	heures / ETP	Elèves	Heures hebdo	ETP	heures / élève	heures / ETP
COTES D'ARMOR	41	153	3,73	3,9	41	153	3,9	3,73	39,0					
FINISTERE	419	2 580	6,16	66,2		523	13,4		39,0					
ILLE-ET-VILAINE	152	552	3,63	14,2	106	322	8,3	3,04	39,0					
MORBIHAN	215	930	4,33	23,8	106	388	9,9	3,66	39,0					
RENNES	827	4 215	5,10	108,1	253	1 386	35,5	5,48	39,0					
REUNION	825	3 178	3,85	81,5	513	1 880	48,2	3,66	39,0					
BAS-RHIN	275	2 200	8,00	56,4	135	695	17,8	5,15	39,0					
HAUT-RHIN	12	86	7,17	2,2	10	66	1,7	6,60	39,0	3	24	0,6	8,00	39,0
STRASBOURG	287	2 286	7,97	58,6	145	761	19,5	5,25	39,0	3	24	0,6	8,00	39,0
ARIEGE	59	312	5,29	8,0	59	312	8,0	5,29	39,0					
AVEYRON	44	132	3,00	3,4	44	98	2,5	2,23	39,0					
HAUTE-GARONNE	1 314	6 957	5,29	178,4	605	2 805	71,9	4,64	39,0	298	1 636	41,9	5,49	39,0
GERS	53	195	3,68	5,0	48	147	3,8	3,06	39,0	1	3	0,1	3,00	39,0
LOT	67	575	8,58	14,7	60	284	7,3	4,73	39,0					
HAUTES-PYRÉNÉES	72	280	3,89	7,2	36	50	1,3	1,39	39,0	36	22	0,6	0,61	39,0
TARN	43	247	5,74	6,3	7	49	1,3	7,00	39,0	10	62	1,6	6,20	39,0
TARN-ET-GARONNE	60	411	6,85	10,5	60	411	10,5	6,85	39,0					
TOULOUSE	1 712	9 109	5,32	233,6	919	4 156	106,6	4,52	39,0	345	1 723	44,2	4,99	39,0
Essonne	66	528	8,00	13,5	44	352	9,0	8,00	39,0					
Hauts-de-Seine	225	906	4,03	23,2	45	174	4,5	3,87	39,0					
Val d'Oise	230	793	3,45	20,3	115	897	23,0	7,80	39,0					
Yvelines	340	2 286	6,72	58,6	45	260	6,7	5,78	39,0	4	28	0,7	7,00	39,0
VERSAILLES	861	4 513	5,24	115,7	249	1 683	43,2	6,76	39,0	4	28	0,7	7,00	39,0
ST-PIERRE-ET-MIQUELON														
WALLIS-ET-FUTUNA	3	6	2,00	0,2	3	6	0,2	2,00	39,0					
TOTAL GENERAL	16 365	82 593	5,05	2 117,8	6 083	27 541	709,6	4,53	38,8	1 204	6 057	155,4	5,03	39,0

**Besoins d'accompagnement des élèves en situation de handicap pendant la pause
méridiennne
au 31 mars 2025 (public et privé)**

Départements et ACADEMIES	Second degré													
	Besoin total second degré				dont besoins couverts par									
					des AESH					d'autres personnels				
	Elèves	Heures hebdo	heures / élève	ETP	Elèves	Heures hebdo	ETP	heures / élève	heures / ETP	Elèves	Heures hebdo	ETP	heures / élève	heures / ETP
Alpes de Haute Provence	14	70	5,00	1,8										
Hautes-Alpes	34	272	8,00	7,0	8	40	1,0	5,00	39,0					
Bouches-du- Rhône	307	1 856	6,05	47,6	307	1 856	47,6	6,05	39,0					
Vaucluse														
AIX-MARSEILLE	355	2 198	6,19	56,4	315	1 896	48,6	6,02	39,0					
AISNE	2	6	3,00	0,2	1	3	0,1	3,00	39,0					
OISE	4	15	3,75	0,4	4	15	0,4	3,75	39,0					
SOMME	3	9	3,00	0,2	3	9	0,2	3,00	39,0					
AMIENS	9	30	3,33	0,8	8	27	0,7	3,38	39,0					
Doubs	29	69	2,38	1,8	29	69	1,8	2,38	39,0					
Jura	14	84	6,00	2,2	14	84	2,2	6,00	39,0					
Haute-Saône	3	13	4,33	0,3	3	13	0,3	4,33	39,0					
Territoire de Belfort	1	8	8,00	0,2	1	8	0,2	8,00	39,0					
BESANCON	47	174	3,70	4,5	47	174	4,5	3,70	39,0					
DORDOGNE	3	15	5,00	0,4	3	15	0,4	5,00	39,0					
GIRONDE	321	1 284	4,00	32,9	321	1 284	32,9	4,00	39,0					
LANDES	58	303	5,22	7,8	49	175	4,5	3,57	39,0					
LOT-ET- GARONNE	7	18	2,57	0,5	6	16	0,4	2,67	39,0	1	2	0,1	2,00	39,0
PYRENEES- ATLANTIQUES	36	198	5,50	5,1	29	108	2,8	3,72	39,0					
BORDEAUX	425	1 818	4,28	46,6	408	1 598	41,0	3,92	39,0	1	2	0,1	2,00	39,0
ALLIER	4	14	3,50	0,4	4	14	0,4	3,50	39,2					
CANTAL	3	6	2,00	0,2	3	6	0,2	2,00	39,0					
HAUTE-LOIRE	4	24	6,00	0,6	4	24	0,6	6,00	39,0					
PUY-DE-DÔME	75	450	6,00	11,5	75	450	11,5	6,00	39,0					
CLERMONT- FERRAND	86	494	5,74	12,7	86	494	12,7	5,74	39,0					
CORSE DU SUD														
HAUTE CORSE	3	10	3,33	0,3	3	10	0,3	3,33	39,0					
CORSE	3	10	3,33	0,3	3	10	0,3	3,33	39,0					
Seine et Marne	39	112	2,87	2,9	2	7	0,2	3,50	39,0	37	105	2,7	2,84	39,0
Seine-Saint-Denis														
Val de Marne	25	200	8,00	5,1	2	16	0,5	8,00	32,0					
CRETEIL	64	312	4,88	8,0	4	23	0,7	5,75	33,8	37	105	2,7	2,84	39,0

**Besoins d'accompagnement des élèves en situation de handicap pendant la pause
méridiennne
au 31 mars 2025 (public et privé)**

Départements et ACADEMIES	Second degré													
	Besoin total second degré				dont besoins couverts par									
					des AESH					d'autres personnels				
Elèves	Heures hebdo	heures / élève	ETP	Elèves	Heures hebdo	ETP	heures / élève	heures / ETP	Elèves	Heures hebdo	ETP	heures / élève	heures / ETP	
COTE D'OR	12	68	5,67	1,7	12	68	1,7	5,67	39,0					
NIEVRE	2	7	3,50	0,2	2	7	0,2	3,50	39,0					
SAONE ET LOIRE	11	55	5,00	1,4	11	55	1,4	5,00	39,0					
YONNE	25	75	3,00	1,9	19	32	0,8	1,68	39,0					
DIJON	50	205	4,10	5,3	44	162	4,2	3,68	39,0					
Ardèche	35	123	3,51	3,2	7	27	0,7	3,86	39,0					
Drôme														
Isère	8	34	4,25	0,9	6	22	0,6	3,67	39,3					
Savoie														
Haute-Savoie	5	30	6,00	0,8	4	12	0,3	3,00	39,0					
GRENOBLE	48	187	3,90	4,8	17	61	1,6	3,59	39,1					
GUADELOUPE	2	16	8,00	0,4										
GUYANE	17	53	3,12	1,4	7	31	0,8	4,43	39,0	4	8	0,2	2,00	39,0
NORD	46	180	3,91	4,6	41	140	3,6	3,41	39,0					
PAS-DE-CALAIS	36	196	5,44	5,0	32	126	3,2	3,94	39,0					
LILLE	82	376	4,59	9,6	73	266	6,8	3,64	39,0					
Haute-Vienne	19	63	3,32	1,6	19	63	1,6	3,32	39,0					
Creuse	12	48	4,00	1,2	8	57	1,6	7,13	35,0					
Correze	8	3	0,38	0,1	2	8	0,2	4,00	39,0	1	4	0,1	4,00	39,0
LIMOGES	39	114	2,92	2,9	29	128	3,5	4,41	37,1	1	4	0,1	4,00	39,0
AIN	100	375	3,75	9,6	82	312	7,8	3,80	40,0					
LOIRE	452	1 774	3,92	45,5	27	108	2,8	4,00	39,0					
RHONE														
LYON	552	2 149	3,89	55,1	109	420	10,6	3,85	39,7					
MARTINIQUE	35	105	3,00	2,7	2	6	0,2	3,00	39,0					
MAYOTTE	37	224	6,05	5,7										
AUDE	6	48	8,00	1,2	2	8	0,2	4,00	39,0					
GARD	32	109	3,41	2,8	9	35	0,9	3,89	39,0					
HERAULT	80	226	2,83	5,8	70	218	5,6	3,11	39,0	2	10	0,3	5,00	39,0
LOZERE	2	7	3,50	0,2	2	7	0,2	3,50	39,0					
PYRENEES-ORIENTALES	43	319	7,42	8,2	13	71	1,8	5,46	39,0					
MONTPELLIER	163	709	4,35	18,2	96	339	8,7	3,53	39,0	2	10	0,3	5,00	39,0
MEURTHE ET MOSELLE	77	380	4,94	9,7	71	271	6,9	3,82	39,0					
MEUSE	5	15	3,00	0,4	5	15	0,4	3,00	39,0					
MOSELLE	110	434	3,95	11,1	30	68	1,7	2,27	39,0	1	4	0,1	4,00	39,0
VOSGES	8	38	4,75	1,0	6	30	0,8	5,00	39,5					

**Besoins d'accompagnement des élèves en situation de handicap pendant la pause
méridiennne
au 31 mars 2025 (public et privé)**

**Besoins d'accompagnement des élèves en situation de handicap pendant la pause
mérienne
au 31 mars 2025 (public et privé)**

Départements et ACADEMIES	Second degré													
	Besoin total second degré				dont besoins couverts par									
					des AESH					d'autres personnels				
Elèves	Heures hebdo	heures / élève	ETP	Elèves	Heures hebdo	ETP	heures / élève	heures / ETP	Elèves	Heures hebdo	ETP	heures / élève	heures / ETP	
FINISTERE	37	137	3,70	3,5	5	82	2,1	39,0						
ILLE-ET-VILAINE	15	54	3,60	1,4		17	0,4	3,40	39,0					
MORBIHAN														
RENNES	52	191	3,67	4,9	5	99	2,5	19,80	39,0					
REUNION	237	926	3,91	23,7	129	491	12,6	3,81	39,0					
BAS-RHIN	78	78	1,00	2,0	74	74	1,9	1,00	39,0					
HAUT-RHIN	15	68	4,53	1,7	13	70	1,8	5,38	39,0					
STRASBOURG	93	146	1,57	3,7	87	144	3,7	1,66	39,0					
ARIEGE	23	130	5,65	3,3	23	130	3,3	5,65	39,0					
AVEYRON	73	84	1,15	2,2	73	84	2,2	1,15	39,0					
HAUTE- GARONNE	358	1 413	3,95	36,2	265	1 061	27,2	4,00	39,0	3	20	0,5	6,67	39,0
GERS	12	25	2,08	0,6	8	22	0,6	2,75	39,0					
LOT	30	168	5,60	4,3	25	112	2,9	4,48	39,0					
HAUTES- PYRÉNÉES	10	41	4,10	1,1	10	41	1,1	4,10	39,0					
TARN	10	43	4,30	1,1	6	23	0,6	3,83	39,0					
TARN-ET- GARONNE	18	67	3,72	1,7	18	67	1,7	3,72	39,0					
TOULOUSE	534	1 971	3,69	50,5	428	1 540	39,5	3,60	39,0	3	20	0,5	6,67	39,0
Essonne														
Hauts-de-Seine	2	14	7,00	0,4										
Val d'Oise														
Yvelines	17	105	6,18	2,7										
VERSAILLES	19	119	6,26	3,1										
ST-PIERRE-ET- MIQUELON														
WALLIS-ET- FUTUNA														
TOTAL GENERAL	4 425	19 084	4,31	489,3	2 532	10 333	265,2	4,08	39,0	148	178	4,6	1,20	39,0

**Besoins d'accompagnement des élèves en situation de handicap pendant la pause
méridiennne
au 31 mars 2025 (public et privé)**

Départements et ACADEMIES	Total Premier + Second degrés													
	Besoin total premier + second degrés				dont besoins couverts par									
					des AESH					d'autres personnels				
	Elèves	Heures hebdo	heures / élève	ETP	Elèves	Heures hebdo	ETP	heures / élève	heures / ETP	Elèves	Heures hebdo	ETP	heures / élève	heures / ETP
Alpes de Haute Provence	89	445	5,00	11,4										
Hautes-Alpes	129	1 032	8,00	26,5	31	162	4,2	5,23	39,0					
Bouches-du-Rhône	1 079	7 367	6,83	188,9	322	1 903	48,8	5,91	39,0					
Vaucluse	68	544	8,00	13,9										
AIX-MARSEILLE	1 365	9 388	6,88	240,7	353	2 065	52,9	5,85	39,0					
AISNE	12	49	4,08	1,3	10	39	1,0	3,90	39,0					
OISE	12	56	4,67	1,4	12	56	1,4	4,67	39,0					
SOMME	19	77	4,05	2,0	19	77	2,0	4,05	39,0					
AMIENS	43	182	4,23	4,7	41	172	4,4	4,20	39,0					
Doubs	73	209	2,86	5,4	69	184	4,7	2,67	39,0					
Jura	38	220	5,79	5,6	21	115	2,9	5,48	39,0	12	78	2,0	6,50	39,0
Haute-Saône	12	58	4,83	1,5	11	56	1,4	5,09	39,0	1	2	0,1	2,00	39,0
Territoire de Belfort	7	51	7,29	1,3	7	51	1,3	7,29	39,0					
BESANCON	130	538	4,14	13,8	108	406	10,4	3,76	39,0	13	80	2,1	6,15	39,0
DORDOGNE	74	230	3,11	5,9	74	230	5,9	3,11	39,0					
GIRONDE	1 509	6 036	4,00	154,8	598	2 392	61,3	4,00	39,0					
LANDES	244	1 047	4,29	26,8	147	577	14,8	3,93	39,0					
LOT-ET-GARONNE	33	106	3,21	2,7	30	99	2,5	3,30	39,0	1	2	0,1	2,00	39,0
PYRENEES-ATLANTIQUES	160	840	5,25	21,5	153	750	19,2	4,90	39,0					
BORDEAUX	2 020	8 259	4,09	211,8	1 002	4 048	103,8	4,04	39,0	1	2	0,1	2,00	39,0
ALLIER	18	58	3,22	1,5	18	58	1,5	3,22	39,2					
CANTAL	30	85	2,83	2,2	30	85	2,2	2,83	39,2					
HAUTE-LOIRE	48	293	6,10	7,5	12	70	1,8	5,83	39,0					
PUY-DE-DÔME	354	2 500	7,06	64,1	94	602	15,4	6,40	39,0					
CLERMONT-FERRAND	450	2 936	6,52	75,3	154	815	20,9	5,29	39,0					
CORSE DU SUD	1	4	4,00	0,1	1	4	0,1	4,00	40,0					
HAUTE CORSE	3	10	3,33	0,3	3	10	0,3	3,33	39,0					
CORSE	4	14	3,50	0,4	4	14	0,4	3,50	39,3					
Seine et Marne	460	1 879	4,08	48,2	50	248	6,4	4,96	39,0	410	1 631	41,8	3,98	39,0
Seine-Saint-Denis	3	22	7,33	0,6	3	22	2,0	7,33	11,0					
Val de Marne	175	1 400	8,00	35,9	6	48	1,5	8,00	32,0					
CRETEIL	638	3 301	5,17	84,6	59	318	9,9	5,39	32,3	410	1 631	41,8	3,98	39,0
COTE D'OR	28	169	6,04	4,3	15	80	2,1	5,33	39,0	13	89	2,3	6,85	39,0

**Besoins d'accompagnement des élèves en situation de handicap pendant la pause
méridiennne
au 31 mars 2025 (public et privé)**

Départements et ACADEMIES	Total Premier + Second degrés													
	Besoin total premier + second degrés				dont besoins couverts par									
					des AESH					d'autres personnels				
	Elèves	Heures hebdo	heures / élève	ETP	Elèves	Heures hebdo	ETP	heures / élève	heures / ETP	Elèves	Heures hebdo	ETP	heures / élève	heures / ETP
NIEVRE	28	105	3,75	2,7	28	105	2,7	3,75	39,0					
SAONE ET LOIRE	83	381	4,59	9,8	83	381	9,8	4,59	39,0					
YONNE	103	300	2,91	7,7	44	153	4,1	3,48	37,8					
DIJON	242	955	3,95	24,5	170	719	18,6	4,23	38,7	13	89	2,3	6,85	39,0
Ardèche	115	443	3,85	11,4	30	126	3,2	4,20	39,0					
Drôme	39	191	4,90	4,9	21	94	2,4	4,50	39,0					
Isère	55	230	4,18	5,9	45	167	4,3	3,71	39,0					
Savoie					68	275	8,5	4,04	32,5	1	8	0,2	8,00	39,0
Haute-Savoie	162	972	6,00	24,9	89	494	12,7	5,55	39,0					
GRENOBLE	371	1 836	4,95	47,1	253	1 156	31,1	4,57	37,2	1	8	0,2	8,00	39,0
GUADELOUPE	23	184	8,00	4,7	2	16	0,4	8,00	39,0					
GUYANE	48	254	5,29	6,5	28	138	3,5	4,93	39,0	6	28	0,7	4,67	39,0
NORD	232	1 164	5,02	29,8	107	423	10,8	3,95	39,0	37	272	7,0	7,34	39,0
PAS-DE-CALAIS	133	697	5,24	17,9	84	434	11,1	5,16	39,0	19	95	2,4	5,00	39,0
LILLE	365	1 861	5,10	47,7	191	857	22,0	4,49	39,0	56	367	9,4	6,54	39,0
Haute-Vienne	119	311	2,61	8,0	119	311	8,0	2,61	39,0					
Creuse	35	115	3,29	2,9	21	124	3,5	5,90	35,0					
Corrèze	88	323	3,67	8,3	33	132	3,4	4,00	39,0	9	36	0,9	4,00	39,0
LIMOGES	242	749	3,10	19,2	173	567	14,9	3,28	38,1	9	36	0,9	4,00	39,0
AIN	230	924	4,02	23,7	112	390	9,8	3,48	40,0	11	56	1,5	5,09	37,3
LOIRE	1 621	7 098	4,38	182,0	195	373	9,6	1,91	39,0					
RHONE	155	708	4,57	18,2	67	422	10,8	6,30	39,0	82	574	14,7	7,00	39,0
LYON	2 006	8 730	4,35	223,8	374	1 185	30,1	3,17	39,3	93	630	16,2	6,77	38,8
MARTINIQUE	115	365	3,17	9,4	77	200	5,1	2,60	39,0					
MAYOTTE	129	890	6,90	22,8										
AUDE	37	234	6,32	6,0	4	16	0,4	4,00	39,0	10	60	1,5	6,00	39,0
GARD	132	521	3,95	13,4	33	128	3,3	3,88	39,0	10	39	1,0	3,90	38,8
HERAULT	185	850	4,59	21,8	108	408	10,5	3,78	39,0	69	444	11,4	6,43	39,0
LOZERE	36	118	3,26	3,0	20	69	1,8	3,45	39,0	6	28	0,7	4,67	39,0
PYRENEES-ORIENTALES	172	1 093	6,35	28,0	87	496	12,7	5,70	39,0					
MONTPELLIER	562	2 816	5,01	72,2	252	1 117	28,6	4,43	39,0	95	571	14,6	6,01	39,0

**Besoins d'accompagnement des élèves en situation de handicap pendant la pause
mérienne
au 31 mars 2025 (public et privé)**

Départements et ACADEMIES	Total Premier + Second degrés													
	Besoin total premier + second degrés				dont besoins couverts par									
					des AESH					d'autres personnels				
	Elèves	Heures hebdo	heures / élève	ETP	Elèves	Heures hebdo	ETP	heures / élève	heures / ETP	Elèves	Heures hebdo	ETP	heures / élève	heures / ETP
MEURTHE ET MOSELLE	300	1 690	5,63	43,3	253	1 363	34,9	5,39	39,0					
MEUSE	37	193	5,22	4,9	13	46	1,2	3,54	39,0	4	26	0,7	6,50	39,0
MOSELLE	293	1 292	4,41	33,1	105	528	13,5	5,03	39,0	20	136	3,5	6,80	39,0
VOSGES	30	111	3,70	2,8	20	74	1,6	3,70	46,8					
NANCY-METZ	660	3 286	4,98	84,3	391	2 011	51,2	5,14	39,2	24	162	4,2	6,75	39,0
LOIRE - ATLANTIQUE	670	2 680	4,00	68,7	116	381	9,8	3,28	39,0	170	413	10,6	2,43	39,0
MAINE ET LOIRE	139	556	4,00	14,3	122	371	10,0	3,04	37,0					
MAYENNE	694	2 715	3,91	69,6	196	428	11,0	2,18	39,0					
SARTHE	260	1 326	5,10	34,0	126	574	14,7	4,56	39,0					
VENDEE	499	1 847	3,70	47,4	137	279	7,2	2,04	39,0					
NANTES	2 262	9 124	4,03	233,9	697	2 033	52,6	2,92	38,6	170	413	10,6	2,43	39,0
ALPES MARITIMES	1 122	8 083	7,20	207,3	373	2 330	59,7	6,25	39,0					
VAR	1 188	5 722	4,82	146,7	388	1 999	51,4	5,15	38,9					
NICE	2 310	13 805	5,98	354,0	761	4 329	111,2	5,69	38,9					
MANCHE	89	223	2,51	5,7	28	74	1,9	2,64	39,0	14	62	1,6	4,43	39,0
ORNE	24	83	3,46	2,1	23	71	1,8	3,09	39,0	4	26	0,7	6,50	39,0
EURE	24	113	4,71	2,9	24	113	2,9	4,71	39,5					
SEINE MARITIME	94	445	4,73	11,4	93	431	11,1	4,63	39,0	1	4	0,1	4,00	39,0
CALVADOS	400	1 200	3,00	30,8	119	271	6,9	2,27	39,0					
NORMANDIE	631	2 064	3,27	52,9	287	960	24,6	3,34	39,1	19	92	2,4	4,84	39,0
Cher	75	188	2,51	4,8	34	120	3,1	3,53	39,0	6	22	0,6	3,67	39,0
Eure et Loir	20	91	4,55	2,3	3	14	0,4	4,67	39,0					
Indre	44	130	2,95	3,3						7				
Indre et Loire	38	186	4,89	4,8	12	44	1,1	3,67	39,0	23	104	2,7	4,52	39,0
Loir et cher	27	126	4,67	3,2	14	70	1,8	5,00	39,0					
Loiret	110	382	3,47	9,8	65	185	4,7	2,85	39,0	45	180	4,6	4,00	39,0
ORLEANS-TOURS	314	1 103	3,51	28,3	128	433	11,1	3,38	39,0	81	306	7,8	3,78	39,0
PARIS	100	540	5,40	13,8	100	540	13,8	5,40	39,0					
CHARENTE	84	474	5,64	12,2	63	361	9,3	5,73	39,0					
CHARENTE MARITIME	72	422	5,86	10,8	72	422	10,8	5,86	39,0					
DEUX SEVRES	43	190	4,42	4,9	37	170	4,4	4,59	39,0	6	25	0,6	4,17	39,0
VIENNE	7	35	5,00	0,9	7	35	0,9	5,00	39,0					
POITIERS	206	1 121	5,44	28,7	179	988	25,3	5,52	39,0	6	25	0,6	4,17	39,0

**Besoins d'accompagnement des élèves en situation de handicap pendant la pause
méridiennne
au 31 mars 2025 (public et privé)**

Départements et ACADEMIES	Total Premier + Second degrés													
	Besoin total premier + second degrés				dont besoins couverts par									
					des AESH					d'autres personnels				
	Elèves	Heures hebdo	heures / élève	ETP	Elèves	Heures hebdo	ETP	heures / élève	heures / ETP	Elèves	Heures hebdo	ETP	heures / élève	heures / ETP
ARDENNES	7	56	8,00	1,4	7	56	1,4	8,00	39,0					
AUBE	13	58	4,46	1,5	13	58	1,5	4,46	39,0					
MARNE	59	428	7,25	11,0	55	354	9,1	6,44	39,0					
HAUTE MARNE	25	174	6,96	4,5	25	174	4,5	6,96	39,0					
REIMS	104	716	6,88	18,4	100	642	16,5	6,42	39,0					
COTES D'ARMOR	41	153	3,73	3,9	41	153	3,9	3,73	39,0					
FINISTERE	456	2 717	5,96	69,7		605	15,5							
ILLE-ET-VILAINE	167	606	3,63	15,5	111	339	8,7	3,05	39,0					
MORBIHAN	215	930	4,33	23,8	106	388	9,9	3,66	39,0					
RENNES	879	4 406	5,01	113,0	258	1 485	38,1	5,76	39,0					
REUNION	1 062	4 104	3,86	105,2	642	2 371	60,8	3,69	39,0					
BAS-RHIN	353	2 278	6,45	58,4	209	769	19,7	3,68	39,0					
HAUT-RHIN	27	154	5,70	3,9	23	136	3,5	5,91	39,0	3	24	0,6	8,00	39,0
STRASBOURG	380	2 432	6,40	62,4	232	905	23,2	3,90	39,0	3	24	0,6	8,00	39,0
ARIEGE	82	442	5,39	11,3	82	442	11,3	5,39	39,0					
AVEYRON	117	216	1,85	5,5	117	182	4,7	1,56	39,0					
HAUTE-GARONNE	1 672	8 370	5,01	214,6	870	3 866	99,1	4,44	39,0	301	1 656	42,5	5,50	39,0
GERS	65	220	3,38	5,6	56	169	4,3	3,02	39,0	1	3	0,1	3,00	39,0
LOT	97	743	7,66	19,1	85	396	10,2	4,66	39,0					
HAUTES-PYRÉNÉES	82	321	3,91	8,2	46	91	2,3	1,98	39,0	36	22	0,6	0,61	39,0
TARN	53	290	5,47	7,4	13	72	1,8	5,54	39,0	10	62	1,6	6,20	39,0
TARN-ET-GARONNE	78	478	6,13	12,3	78	478	12,3	6,13	39,0					
TOULOUSE	2 246	11 080	4,93	284,1	1 347	5 696	146,1	4,23	39,0	348	1 743	44,7	5,01	39,0
Essonne	66	528	8,00	13,5	44	352	9,0	8,00	39,0					
Hauts-de-Seine	227	920	4,05	23,6	45	174	4,5	3,87	39,0					
Val d'Oise	230	793	3,45	20,3	115	897	23,0	7,80	39,0					
Yvelines	357	2 391	6,70	61,3	45	260	6,7	5,78	39,0	4	28	0,7	7,00	39,0
VERSAILLES	880	4 632	5,26	118,8	249	1 683	43,2	6,76	39,0	4	28	0,7	7,00	39,0
ST-PIERRE-ET-MIQUELON														
WALLIS-ET-FUTUNA	3	6	2,00	0,2	3	6	0,2	2,00	39,0					
TOTAL GENERAL	20 790	101 677	4,89	2 607,1	8 615	37 874	974,8	4,40	38,9	1 352	6 235	159,9	4,61	39,0

Nombre d'élèves en attente d'une scolarisation avec l'appui d'un dispositif ULIS à la rentrée scolaire 2025

Source : Enquête de rentrée 538 - 2025 (DGESCO A1-3)

Académie	Département	Nb d'élèves scolarisés en classe ordinaire en attente d'une place en ULIS			Nb d'élèves notifiés pour une scolarisation avec appui d'une ULIS		
		1er degré	2nd degré	Total	1er degré	2nd degré	Total
AIX-MARSEILLE	004 - ALPES-DE-HTE-PROVENCE	17	61	78	170	249	419
AIX-MARSEILLE	005 - HAUTES-ALPES	5	12	17	131	200	331
AIX-MARSEILLE	013 - BOUCHES-DU-RHONE	362	290	652	2 163	1 491	3 654
AIX-MARSEILLE	084 - VAUCLUSE	5	23	28	523	567	1 090
AIX-MARSEILLE	TOTAL - AIX-MARSEILLE	389	386	775	2 987	2 507	5 494
AMIENS	002 - AISNE	14	34	48	556	929	1 485
AMIENS	060 - OISE	112	336	448	963	1 285	2 248
AMIENS	080 - SOMME	201	438	639	910	1 403	2 313
AMIENS	TOTAL - AMIENS	327	808	1 135	2 429	3 617	6 046
BESANCON	025 - DOUBS	0	23	23	536	628	1 164
BESANCON	039 - JURA	4	1	5	285	301	586
BESANCON	070 - HAUTE-SAONE	0	0	—	135	190	325
BESANCON	090 - TERRITOIRE DE BELFORT	3	9	12	131	155	286
BESANCON	TOTAL - BESANCON	7	33	40	1 087	1 274	2 361
BORDEAUX	024 - DORDOGNE	8	6	14	394	418	812
BORDEAUX	033 - GIRONDE		105	105	1 305	1 692	2 997
BORDEAUX	040 - LANDES	10	57	67	309	585	894
BORDEAUX	047 - LOT-ET-GARONNE	10	58	68	205	357	562
BORDEAUX	064 - PYRENEES-ATLANTIQUES	0	80	80	359	796	1 155
BORDEAUX	TOTAL - BORDEAUX	28	306	334	2 572	3 848	6 420
CLERMONT-FERRAND	003 - ALLIER	4	7	11	407	453	860
CLERMONT-FERRAND	015 - CANTAL	0	0	—	152	171	323
CLERMONT-FERRAND	043 - HAUTE-LOIRE	13	7	20	265	328	593
CLERMONT-FERRAND	063 - PUY-DE-DOME	25	59	84	709	841	1 550
CLERMONT-FERRAND	TOTAL - CLERMONT-FERRAND	42	73	115	1 533	1 793	3 326
CORSE	620 - CORSE DU-SUD	0	0	—	125	82	207
CORSE	720 - HAUTE-CORSE	0	7	7	178	188	366
CORSE	TOTAL - CORSE	—	7	7	303	270	573
CRETEIL	077 - SEINE-ET-MARNE	130	85	215	1 282	1 799	3 081
CRETEIL	093 - SEINE-SAINT-DENIS	0	0	—	1 220	853	2 073
CRETEIL	094 - VAL-DE-MARNE	249	173	422	1 469	1 026	2 495
CRETEIL	TOTAL - CRETEIL	379	258	637	3 971	3 678	7 649
DIJON	021 - COTE D'OR	55	49	104	622	461	1 083
DIJON	058 - NIEVRE	20	11	31	268	269	537
DIJON	071 - SAONE-ET-LOIRE	17	12	29	632	514	1 146
DIJON	089 - YONNE	24	31	55	307	352	659
DIJON	TOTAL - DIJON	116	103	219	1 829	1 596	3 425
GRENOBLE	007 - ARDECHE	4	5	9	332	503	835
GRENOBLE	026 - DROME	0	3	3	375	541	916
GRENOBLE	038 - ISERE	62	373	435	1 210	1 755	2 965
GRENOBLE	073 - SAVOIE	67	21	88	514	380	894
GRENOBLE	074 - HAUTE-SAVOIE	99	104	203	878	713	1 591
GRENOBLE	TOTAL - GRENOBLE	232	506	738	3 309	3 892	7 201
GUADELOUPE	971 - GUADELOUPE	7	11	18	566	800	1 366
GUADELOUPE	TOTAL - GUADELOUPE	7	11	18	566	800	1 366
GUYANE	973 - GUYANE	63	31	94	717	1 144	1 861
GUYANE	TOTAL - GUYANE	63	31	94	717	1 144	1 861
LA REUNION	974 - REUNION	85	186	271	1 655	1 561	3 216
LA REUNION	TOTAL - REUNION	85	186	271	1 655	1 561	3 216
LILLE	059 - NORD	94	262	356	2 805	2 772	5 577
LILLE	062 - PAS-DE-CALAIS		1 257	1 257	1 431	2 539	3 970
LILLE	TOTAL - LILLE	94	1 519	1 613	4 236	5 311	9 547
LIMOGES	019 - CORREZE	3	1	4	203	181	384
LIMOGES	023 - CREUSE	3		3	102	63	165
LIMOGES	087 - HAUTE-VIENNE	39	39	78	303	372	675
LIMOGES	TOTAL - LIMOGES	45	40	85	608	616	1 224
LYON	001 - AIN	19	95	114	702	812	1 514
LYON	042 - LOIRE	73	116	189	862	939	1 801
LYON	069 - RHONE	251	278	529	1 672	2 080	3 752

LYON	TOTAL- LYON	343	489	832	3 236	3 831	7 067
MARTINIQUE	972 - MARTINIQUE	9	20	29	277	660	937
MARTINIQUE	TOTAL- MARTINIQUE	9	20	29	277	660	937
MAYOTTE	976 - MAYOTTE			-	102	428	530
MAYOTTE	TOTAL- MAYOTTE			-	102	428	530
MONTPELLIER	011 - AUDRE	34	27	61	430	349	779
MONTPELLIER	030 - GARD	27	83	110	765	885	1 650
MONTPELLIER	034 - HERAULT	179	102	281	1 096	1 318	2 414
MONTPELLIER	048 - LOZERE	0	0	-	79	135	214
MONTPELLIER	066 - PYRENEES-ORIENTALES	18	106	124	441	578	1 019
MONTPELLIER	TOTAL- MONTPELLIER	258	318	576	2 811	3 265	6 076
NANCY-METZ	054 - MEURTHE-ET-MOSELLE	130	54	184	902	808	1 710
NANCY-METZ	055 - MEUSE	13	41	54	215	300	515
NANCY-METZ	057 - MOSELLE	124	201	325	1 254	1 468	2 722
NANCY-METZ	088 - VOSGES	34	120	154	563	672	1 235
NANCY-METZ	TOTAL- NANCY-METZ	301	416	717	2 934	3 248	6 182
NANTES	044 - LOIRE ATLANTIQUE	26	164	190	822	1 102	1 924
NANTES	049 - MAINE-ET-LOIRE	48	60	108	558	670	1 228
NANTES	053 - MAYENNE	1	1	2	349	395	744
NANTES	072 - SARTHE	90	159	249	554	706	1 260
NANTES	085 - VENDEE	1	2	3	414	499	913
NANTES	TOTAL- NANTES	166	386	552	2 697	3 372	6 069
NICE	006 - ALPES-MARITIMES	127	126	253	1 153	1 236	2 389
NICE	083 - VAR	0	4	4	731	711	1 442
NICE	TOTAL- NICE	127	130	257	1 884	1 947	3 831
NORMANDIE	014 - CALVADOS	12	52	64	569	943	1 512
NORMANDIE	027 - EURE	12	95	107	691	855	1 546
NORMANDIE	050 - MANCHE	25	19	44	591	737	1 328
NORMANDIE	061 - ORNE	0	0	-	176	124	300
NORMANDIE	076 - SEINE MARITIME	33	188	221	1 003	1 558	2 561
NORMANDIE	TOTAL- NORMANDIE	82	354	436	3 030	4 217	7 247
ORLEANS-TOURS	018 - CHER	10	2	12	347	295	642
ORLEANS-TOURS	028 - EURE-ET-LOIR		12	12	349	526	875
ORLEANS-TOURS	036 - INDRE	2	4	6	229	233	462
ORLEANS-TOURS	037 - INDRE-ET-LOIRE	15	37	52	539	562	1 101
ORLEANS-TOURS	041 - LOIR-ET-CHER	3	72	75	348	514	862
ORLEANS-TOURS	045 - LOIRET	6	293	299	606	1 307	1 913
ORLEANS-TOURS	TOTAL- ORLEANS-TOURS	36	420	456	2 418	3 437	5 855
PARIS	075 - PARIS	56	179	235	868	1 368	2 236
PARIS	TOTAL- PARIS	56	179	235	868	1 368	2 236
POITIERS	016 - CHARENTE	69	26	95	387	294	681
POITIERS	017 - CHARENTE-MARITIME	4	5	9	469	574	1 043
POITIERS	079 - DEUX-SEVRES	30	7	37	324	366	690
POITIERS	086 - VIENNE			-	357	291	648
POITIERS	TOTAL- POITIERS	103	38	141	1 537	1 525	3 062
REIMS	008 - ARDENNES	19	78	97	299	322	621
REIMS	010 - AUBE	18	3	21	357	186	543
REIMS	051 - MARNE	0	29	29	444	635	1 079
REIMS	052 - HAUTE- MARNE	26	27	53	248	197	445
REIMS	TOTAL- REIMS	63	137	200	1 348	1 340	2 688
RENNES	022 - COTES D'ARMOR	19	10	29	476	438	914
RENNES	029 - FINISTERE	10	9	19	688	637	1 325
RENNES	035 - ILLE-ET-VILAINE	4	171	175	634	1 065	1 699
RENNES	056 - MORBIAN	8	9	17	520	528	1 048
RENNES	TOTAL- RENNES	41	199	240	2 318	2 668	4 986
STRASBOURG	067 - BAS- RHIN	240	145	385	1 457	1 419	2 876
STRASBOURG	068 - HAUT- RHIN	38	9	47	1 053	936	1 989
STRASBOURG	TOTAL- STRASBOURG	278	154	432	2 510	2 355	4 865
TOULOUSE	009 - ARIEGE	1	0	1	123	168	291
TOULOUSE	012 - AVEYRON	13	58	71	291	496	787
TOULOUSE	031 - HAUTE- GARONNE	19	82	101	1 190	1 855	3 045
TOULOUSE	032 - GERS	20	35	55	174	328	502
TOULOUSE	046 - LOT	24	7	31	191	160	351
TOULOUSE	065 - HAUTES- PYRENEES			-	132	292	424
TOULOUSE	081 - TARN	10	16	26	259	389	648
TOULOUSE	082 - TARN-ET- GARONNE	10	35	45	285	492	777
TOULOUSE	TOTAL- TOULOUSE	97	233	330	2 645	4 180	6 825

VERSAILLES	078 - YVELINES	74	37	111	1 012	1 250	2 262
VERSAILLES	091 - ESSONNE	99	207	306	1 132	1 412	2 544
VERSAILLES	092 - HAUTS-DE-SEINE	0	0	—	729	895	1 624
VERSAILLES	095 - VAL-D'OISE	22	40	62	811	1 575	2 386
VERSAILLES	TOTAL - VERSAILLES	195	284	479	3 684	5 132	8 816
	TOTAL - France	3 969	8 024	11 993	62 101	74 880	136 981

Nombre d'élèves en attente d'une place en UEEA ou DAR à la rentrée scolaire 2024
Sources : Enquêtes n°3 et n°12 2024 (DEPP/DGESCO)

Académie	Code	Département	Nombre d'élèves en attente d'une place en UEEA ou DAR	Nombre d'élèves notifiés pour une scolarisation avec l'appui d'une UEEA ou d'un DAR
AIX-MARSEILLE	004	ALPES-DE-HAUTES-PROVENCE	0	0
AIX-MARSEILLE	005	HAUTE-SARLÈSE	0	0
AIX-MARSEILLE	013	BOUCHES-DU-RHÔNE	2	3
AIX-MARSEILLE	084	VAUCLUSE	2	3
AIX-MARSEILLE		TOTAL - AIX-MARSEILLE	4	6
AMIENS	002	AISNE	2	6
AMIENS	060	OISE	1	2
AMIENS	080	SOMME	14	15
AMIENS		TOTAL - AMIENS	17	23
BESANCON	025	DOUBS	1	12
BESANCON	039	JURA	0	10
BESANCON	070	HAUTE-SAÔNE	3	10
BESANCON	090	TERRITOIRE DE Belfort	3	3
BESANCON		TOTAL - BESANCON	7	35
BORDEAUX	024	DORDOGNE	3	3
BORDEAUX	033	GIRONDE	2	3
BORDEAUX	040	LANDES	4	6
BORDEAUX	047	LOT-ET-GARONNE	3	4
BORDEAUX	064	PYRÉNÉES-ATLANTIQUES	6	7
BORDEAUX		TOTAL - BORDEAUX	18	23
CLERMONT-FERRAND	003	ALLIER	2	5
CLERMONT-FERRAND	015	CANTAL	0	0
CLERMONT-FERRAND	043	HAUTE-LOIRE	1	5
CLERMONT-FERRAND	063	PUY-DE-DÔME	6	6
CLERMONT-FERRAND		TOTAL - CLERMONT-FERRAND	9	16
CORSE	620	CORSE-DU-SUD	0	11
CORSE	720	HAUTE-CORSE	0	0
CORSE		TOTAL - CORSE	0	11
CRETEIL	077	SEINE-ET-MARNE	15	25
CRETEIL	093	SEINE-SAINT-DENIS	21	63
CRETEIL	094	VAL-DE-MARNE	9	9
CRETEIL		TOTAL - CRETEIL	45	97
DIJON	021	CÔTE-D'OR	25	34
DIJON	058	NIEVRE	7	25
DIJON	071	SAÔNE-ET-LOIRE	2	23
DIJON	089	YONNE	2	12
DIJON		TOTAL - DIJON	36	94
GRENOBLE	007	ARDECHE	0	0
GRENOBLE	026	DROME	0	2
GRENOBLE	038	ISÈRE	27	42
GRENOBLE	073	SAVOIE	0	0
GRENOBLE	074	HAUTE-SAVOIE	2	2
GRENOBLE		TOTAL - GRENOBLE	29	46
GUADELOUPE	971	GUADELOUPE	0	2
GUADELOUPE		TOTAL - GUADELOUPE	0	2
GUYANE	973	GUYANE	17	31
GUYANE		TOTAL - GUYANE	17	31
LA RÉUNION	974	LA RÉUNION	0	14
LA RÉUNION		TOTAL - LA RÉUNION	0	14
LILLE	059	NORD	16	41
LILLE	062	PAS-DE-CALAIS	20	40
LILLE		TOTAL - LILLE	36	81

LIMOGES	019	CORREZE	6	6
LIMOGES	023	CREUSE	0	5
LIMOGES	087	HAUTE-VIENNE	3	10
LIMOGES		TOTAL - LIMOGES	9	21
LYON	001	AIN	0	2
LYON	042	LOIRE	14	25
LYON	069	RHONE	2	2
LYON		TOTAL - LYON	16	29
MARTINIQUE	9/2	MARTINIQUE	8	12
MARTINIQUE		TOTAL - MARTINIQUE	8	12
MAYOTTE	976	MAYOTTE	14	27
MAYOTTE		TOTAL - MAYOTTE	14	27
MONTPELLIER	011	AUDE	12	25
MONTPELLIER	030	GARD	10	19
MONTPELLIER	034	HERAULT	22	36
MONTPELLIER	048	LOZERE	0	0
MONTPELLIER	066	PYRENEES-ORIENTALES	24	28
MONTPELLIER		TOTAL - MONTPELLIER	68	108
NANCY-METZ	054	MEURTHE-ET-MOSELLE	1	16
NANCY-METZ	055	MEUSE	9	9
NANCY-METZ	057	MOSELLE	13	21
NANCY-METZ	088	VOSGES	4	9
NANCY-METZ		TOTAL - NANCY-METZ	27	55
NANTES	044	LOIRE-ATLANTIQUE	5	11
NANTES	049	MAINE-ET-LOIRE	8	29
NANTES	053	MAYENNE	3	3
NANTES	072	SARTHE	14	26
NANTES	085	VENDEE	9	25
NANTES		TOTAL - NANTES	39	94
NICE	006	ALPES-MARITIMES	0	0
NICE	083	VAR	2	3
NICE		TOTAL - NICE	2	3
NORMANDIE	014	CALVADOS	0	10
NORMANDIE	027	EURE	0	0
NORMANDIE	050	MANCHE	1	1
NORMANDIE	061	ORNE	0	0
NORMANDIE	076	SEINE-MARITIME	0	0
NORMANDIE		TOTAL - NORMANDIE	1	11
ORLEANS-TOURS	018	CHER	1	10
ORLEANS-TOURS	028	EURE-ET-LOIR	1	1
ORLEANS-TOURS	036	INDRE	7	14
ORLEANS-TOURS	037	INDRE-ET-LOIRE	4	15
ORLEANS-TOURS	041	LOIR-ET-CHER	11	13
ORLEANS-TOURS	045	LOIRET	27	29
ORLEANS-TOURS		TOTAL - ORLEANS-TOURS	51	82
PARIS	075	PARIS	40	98
PARIS		TOTAL - PARIS	40	98
POITIERS	016	CHARENTE	15	22
POITIERS	017	CHARENTE-MARITIME	4	10
POITIERS	079	DEUX-SEVRES	0	0
POITIERS	086	VIENNE	6	19
POITIERS		TOTAL - POITIERS	25	51
REIMS	008	ARDENNES	14	21
REIMS	010	AUBE	23	37
REIMS	051	MARNE	0	15
REIMS	052	HAUTE-MARNE	11	29
REIMS		TOTAL - REIMS	48	102
RENNES	022	COTES D'ARMOR	5	12
RENNES	029	FINISTERE	1	4

RENNES	035	ILLE-ET-VILAINE	3	11
RENNES	056	MORBIHAN	2	11
RENNES		TOTAL - RENNES	11	38
STRASBOURG	067	BAS RHIN	28	43
STRASBOURG	068	HAUT-RHIN	4	16
STRASBOURG		TOTAL - STRASBOURG	32	59
TOULOUSE	009	ARIEGE	1	10
TOULOUSE	012	AVEYRON	1	3
TOULOUSE	031	HAUTE-GARONNE	2	2
TOULOUSE	032	GERS	0	0
TOULOUSE	046	LOT	1	1
TOULOUSE	065	HAUTES-PYRENEES	5	12
TOULOUSE	081	TARN	0	2
TOULOUSE	082	TARN-ET-GARONNE	2	4
TOULOUSE		TOTAL - TOULOUSE	12	34
VERSAILLES	078	YVELINES	5	6
VERSAILLES	091	ESSONNE	14	14
VERSAILLES	092	HAUTS-DE-SEINE	3	47
VERSAILLES	095	VAL-D'OEISE	0	9
VERSAILLES		TOTAL - VERSAILLES	22	76
		TOTAL -France	643	1379

Effectifs d'élèves en situation de handicap scolarisés en fonction du temps de scolarisation à la rentrée scolaire 2024

Sources : Enquêtes n°3 et n°12 2024 (DEPP/DGESCO)

	1er degré	2nd degré	Total
Temps complet	228 393	243 701	472 094
Temps partiel	18 683	6 062	24 745
Total	247 076	249 763	496 839

Effectifs d'élèves en situation de handicap scolarisés dans un lieu complémentaire externe à la rentrée scolaire 2024

Sources : Enquêtes n°3 et n°12 2024 (DEPP/DGESCO)

	1er degré	2nd degré	Total
Etablissement agricole	0	1	1
A domicile avec l'aide d'une association, d'un bénévole, autre enseignement à distance	1 681	450	2 131
Centre de formation d'apprentis	0	1	1
CNED	48	173	221
Autre école ou établissement scolaire	147	73	220
Unité d'enseignement d'un établissement hospitalier	1 022	170	1 192
Unité d'enseignement d'un établissement médico-social	1 464	1 064	2 528
Total	4 362	1 932	6 294

Effectifs d'élèves en situation de handicap scolarisés en milieu ordinaire et dans le secteur médico-social et hospitalier par âge à la rentrée scolaire 2023
 Sources : Enquêtes n°3 et n°12 2023 (DEPP/DGESCO) et Enquête n°32 2023 (DEPP)

Age	ETABLISSEMENT DU 1ER DEGRE	ETABLISSEMENT DU 2ND DEGRE	ETABLISSEMENT MEDICO-SOCIO-EDUCATIFS	Total général
2 ANS	25		22	47
3 ANS	3 836		412	4 248
4 ANS	11 401		816	12 217
5 ANS	17 474		940	18 414
6 ANS	25 346	3	982	26 331
7 ANS	29 041	7	1 913	30 961
8 ANS	35 801	6	2 604	38 411
9 ANS	42 139	38	3 376	45 553
10 ANS	45 682	241	3 907	49 830
11 ANS	23 350	25 145	4 711	53 206
12 ANS	802	46 507	5 719	53 028
13 ANS	151	45 374	6 140	51 665
14 ANS	66	40 507	6 534	47 107
15 ANS	62	30 276	6 987	37 325
16 ANS	96	19 974	6 476	26 546
17 ANS	43	15 543	56 978	21 284
18 ANS	58	6 537	4 203	10 798
19 ANS	43	1 914	2 885	4 842
20 ANS		538	1 265	1 803
21 ANS		154	517	671
22 ANS		80	278	358
23 ANS		0	147	147
24 ANS		10	47	57
25 ANS		4	23	27
26 ANS			8	8
27 ANS			4	4
29 ANS			2	2
Total général	235 416	232 858	66 616	534 890

ANNEXE 2 :
RÉPONSE DU MINISTRE DE L'ÉDUCATION NATIONALE À LA
DEMANDE D'INFORMATION COMPLÉMENTAIRE DU RAPPORTEUR



RÉPUBLIQUE FRANÇAISE
LIBERTÉ-ÉGALITÉ-FRATERNITÉ

COMMISSION D'ENQUÊTE SUR LES DEFAILLANCES DES POLITIQUES
PUBLIQUES DE PRISE EN CHARGE DE LA SANTE MENTALE ET DU HANDICAP
ET LES COUTS DE CES DEFAILLANCES POUR LA SOCIÉTÉ

Paris, le 7 novembre 2025

Monsieur le Ministre,

À la suite de votre audition dans le cadre de la commission d'enquête, vous avez indiqué être à notre entière disposition. À ce jour, certaines données nous ont été transmises par la direction générale de l'enseignement scolaire.

Vous aviez également mentionné votre intention de saisir les recteurs afin d'obtenir des informations complémentaires. Je souhaiterais pouvoir disposer de ces éléments, qui contribueraient à éclairer les analyses de la commission d'enquête.

Nous avions notamment évoqué l'effectivité de la mise en œuvre des droits pour l'ensemble des AESH, ainsi que les taux d'encadrement moyens des AESH mutualisés et leur évolution. Comme je l'indiquais lors de nos échanges, une inquiétude se fait jour quant à une possible diminution du niveau d'encadrement, dictée davantage par des régulations financières ou de ressources humaines que par les besoins réels des élèves.

S'agissant des plans d'accompagnement personnalisé, des éléments d'analyse, tant qualitatifs que quantitatifs, seraient également précieux, car il s'agit d'un levier d'action majeur.

Enfin, il semble important de disposer d'informations relatives aux « AESH privés ». S'il s'agit d'un abus de langage, la mise en place de conventions entre les académies et les associations pourvoyeuses d'adultes formés permettrait d'évaluer le recours à ces accompagnants, dont le coût demeure à la charge des familles. Le nombre de situations recensées par académie, ainsi que son évolution depuis 2022, constituerait à ce titre un indicateur éclairant des difficultés actuelles de prise en charge.

En vous remerciant de nouveau pour votre écoute et votre disponibilité, je vous prie d'agréer, Monsieur le Ministre, l'expression de mes salutations respectueuses.

Sébastien Saint-Pastor
Député de la Gironde

Monsieur Edouard GEFFRAY
Ministre de l'éducation nationale
110 rue de Grenelle
75357 Paris SP



Le ministre

Paris, le — 2 DEC. 2025

Monsieur le Député,

Vous avez appelé mon attention sur les dispositifs d'accompagnement des élèves en situation de handicap dans le cadre des travaux de la commission d'enquête relative aux défaillances des politiques publiques en matière de santé mentale et du handicap, et je vous en remercie.

Les éléments de réponse, que je vous transmets, s'appuient sur les données disponibles et les cadres réglementaires en vigueur.

À ce jour, ni le ministère, ni les académies ne disposent de données centralisées sur l'absentéisme des accompagnants des élèves en situation de handicap (AESH) ou sur les délais de remplacement en cas d'absence. Cette situation s'explique par l'absence d'un outil national dédié au suivi de ces indicateurs. L'intégration de ces données dans les outils de suivi de l'école inclusive est cependant en cours dans le cadre du livret de parcours inclusif (LPI).

S'agissant des ratios d'accompagnement et de mutualisation des AESH, je vous informe que l'accompagnement mutualisé des AESH permet une réponse flexible et adaptée aux besoins variables des élèves. Les données disponibles indiquent un ratio moyen national de 6,8 élèves par équivalent temps plein (ETP) d'AESH au 31 mars 2025, contre 6,1 en 2023 et 2024.

Concernant les plans d'accompagnement personnalisés (PAP) que vous évoquez, il s'agit d'outils pédagogiques destinés aux élèves présentant des troubles des apprentissages tels que, par exemple, les troubles DYS ou le TDAH, sans reconnaissance administrative de handicap. Toutefois, ils permettent des aménagements pédagogiques, comme l'utilisation de matériel adapté ou des aménagements des évaluations, sans allocation d'aide humaine. Je précise que 42 572 PAP sont actuellement inscrits dans le livret parcours inclusif (LPI) et que 25 % de ces PAP concernent le premier degré, soit 10 643 élèves.

.../...

Monsieur Sébastien SAINT-PASTEUR
Député de la Gironde
Assemblée nationale
126 rue de l'Université
75355 PARIS 07 SP

BDC/2025017059/DI/YG
V/L du 07/11/2025/

À propos des AESH privés, qui sont à considérer comme des intervenants extérieurs, je vous confirme que les familles ont la possibilité d'embaucher un intervenant privé, spécialisé dans l'accompagnement des élèves présentant des troubles du spectre de l'autisme (TSA), sous réserve de remplir certaines conditions. Ainsi, l'élève doit bénéficier d'une notification d'AESH individuel (AESHi) et l'intervenant doit être salarié d'une association ayant signé une convention avec l'éducation nationale et l'académie concernée. Cette solution ne saurait cependant être privilégiée.

De plus, ces accompagnateurs sont formés par l'association et supervisés par des psychologues et leur mission couvre les temps scolaires, périscolaires, extrascolaires et le domicile, assurant ainsi une cohérence éducative dans tous les environnements de l'enfant. J'ajoute que seules les familles financent cet accompagnement avec une aide de la maison départementale des personnes handicapées (MDPH).

Je vous précise qu'aucun recensement national n'est actuellement disponible sur le nombre de conventions ou d'intervenants privés.

Enfin, l'état des lieux des dispositifs et les données disponibles illustrent à la fois les progrès réalisés et les défis persistants, notamment en matière de suivi statistique et d'harmonisation des pratiques.

Restant à votre disposition pour échanger davantage sur ces sujets, je vous prie de croire, Monsieur le Député, à l'assurance de ma considération distinguée.



Édouard GEFFRAY

ANNEXE 3 :
INFORMATIONS SUR LES RECOURS RELATIFS À L'ACCÈS AUX
DROITS DES PERSONNES EN SITUATION DE HANDICAP,
FOURNIES PAR LE MINISTÈRE DE LA JUSTICE



RÉPUBLIQUE FRANÇAISE
LIBERTÉ-ÉGALITÉ-FRATERNITÉ

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

Paris, le 16 octobre 2025

Questions écrites – Secrétariat général du ministère de la justice

Questions

- Indiquez, pour les cinq dernières années disponibles, le nombre de recours portés devant les pôles sociaux des tribunaux judiciaires relatifs à des décisions portant sur l'allocation éducation enfant handicapé (AEEH), l'allocation aux adultes handicapés (AAH), les demandes de compléments de ressources, la prestation de compensation du handicap (PCH), les demandes d'orientation d'enfants en situation de handicap et les demandes d'entrée dans des établissements ou services pour personnes handicapées.
 - Détaillez les issues données à ces recours, en indiquant le nombre de condamnations de l'administration, de l'établissement ou des collectivités territoriales concernés, ainsi que les appels et pourvois le cas échéant.
- Indiquez, pour les cinq dernières années disponibles, le nombre de procédures relatives à des faits de discrimination ayant trait à une situation de handicap dont ont à connaître les tribunaux judiciaires.
 - Détaillez, par contexte, les faits générateurs de ces procédures.
 - Détaillez les issues données à ces procédures, en indiquant le nombre de condamnations, ainsi que les appels et pourvois le cas échéant.

RÉPONSES DU MINISTÈRE DE LA JUSTICE

Affaires traitées en 1^{re} instance relatives à la protection sociale des personnes handicapées

Source : ministère de la Justice, SG, SSER, exploitation statistique du Répertoire général civil (données à octobre 2025)

Champ : affaires introduites et traitées par le pôle social du tribunal judiciaire en matière de protection sociale des mineurs et majeurs handicapés

Champ géographique : France, hors collectivités d'outre-mer

Unité : affaire

Nature d'affaires	Affaires nouvelles					Affaires terminées																			
						Total					Acceptation (totale ou partielle)					Rejet					Autres décisions				
	2020	2021	2022	2023	2024	2020	2021	2022	2023	2024	2020	2021	2022	2023	2024	2020	2021	2022	2023	2024	2020	2021	2022	2023	2024
Total	9 868	9 463	9 308	10 507	12 592	6 982	11 110	10 327	9 611	10 364	1 417	2 887	3 156	2 867	3 157	1 534	3 303	3 213	2 748	2 920	4 031	4 920	3 958	3 996	4 287
88L - Majeur handicapé - Contestation d'une décision relative à l'attribution d'un taux	1 879	1 861	1 650	1 545	1 420	762	1 652	1 776	1 544	1 433	169	451	607	529	549	179	546	564	500	444	414	655	605	515	440
88M - Majeur handicapé - Contestation d'une décision relative à une allocation	5 132	5 100	4 866	5 705	7 085	3 824	6 252	5 707	5 049	5 477	656	1 466	1 536	1 290	1 308	956	2 044	2 029	1 680	1 911	2 212	2 742	2 142	2 079	2 258
88N - Majeur handicapé - Contestation d'une décision relative à l'affiliation, à l'orientation et au placement	84	94	61	0	<5	79	95	81	29	10	6	20	15	6	<5	nc	12	12	6	<5	65	63	54	17	nc

Nature d'affaires	Affaires nouvelles					Affaires terminées																			
						Total				Acceptation (totale ou partielle)					Rejet				Autres décisions						
	2020	2021	2022	2023	2024	2020	2021	2022	2023	2024	2020	2021	2022	2023	2024	2020	2021	2022	2023	2024	2020	2021	2022	2023	2024
88O - Majeur handicapé - Contestation d'une décision relative aux cartes	986	912	969	1 230	1 528	883	1 214	1 036	1 112	1 266	106	214	211	159	209	141	281	256	210	215	636	719	569	743	842
88P - Mineur handicapé - Contestation d'une décision relative à l'attribution d'un taux	355	84	74	86	nc	227	319	198	134	93	56	87	55	35	nc	62	110	75	56	nc	109	122	68	43	nc
88Q - Mineur handicapé - Contestation d'une décision relative à une allocation	1 087	1 082	1 298	1 432	1 795	926	1 220	1 185	1 301	1 552	304	499	567	631	776	162	265	233	244	261	460	456	385	426	515
88R - Mineur handicapé - Contestation d'une décision relative à l'orientation et au placement	277	276	325	425	561	238	282	297	375	438	108	125	147	198	245	23	36	33	39	40	107	121	117	138	153
88S - Mineur handicapé - Contestation d'une décision relative aux cartes	68	54	65	84	120	43	76	47	67	95	12	25	18	19	36	<5	9	11	13	13	28	42	18	35	46

<5 : effectif non nul inférieur à 5, non communiqué en raison du secret statistique

nc : effectif supérieur ou égal à 5, non communiqué en raison du secret statistique

Lecture : en 2024, les pôles sociaux des tribunaux judiciaires ont été saisis de 12 592 demandes en matière de protection sociale des personnes handicapées. Ils ont rendu 10 364 décisions, dont 3 157 d'acceptation totale ou partielle.

Affaires traitées en appel relatives à la protection sociale des personnes handicapées

Source : ministère de la Justice, SG, SSER, exploitation statistique du Répertoire général civil (données à octobre 2025)

Champ : affaires introduites et traitées par la cour d'appel en matière de protection sociale des mineurs et majeurs handicapés

Champ géographique : France, hors collectivités d'outre-mer

Unité : affaire

Nature d'affaires	Affaires nouvelles					Affaires terminées																			
						Total					Confirmation (totale ou partielle)					Infirmation totale					Autres décisions				
	2020	2021	2022	2023	2024	2020	2021	2022	2023	2024	2020	2021	2022	2023	2024	2020	2021	2022	2023	2024	2020	2021	2022	2023	2024
Total	355	693	695	531	584	14	124	471	667	669	0	59	297	458	458	0	5	61	53	70	14	60	113	156	141
88L - Majeur handicapé - Contestation d'une décision relative à l'attribution d'un taux	167	266	289	148	163	9	46	178	253	252	0	21	108	170	171	0	<5	25	30	44	9	nc	45	53	37
88M - Majeur handicapé - Contestation d'une décision relative à une allocation	146	314	307	282	309	<5	60	200	300	321	0	nc	139	217	227	0	<5	12	15	18	<5	30	49	68	76
88N - Majeur handicapé - Contestation d'une décision relative à l'affiliation, à l'orientation et au placement	<5	<5	<5	<5	<5	0	<5	<5	<5	<5	0	0	<5	<5	0	<5	<5	0	0	0	0	<5	<5	0	

Nature d'affaires	Affaires nouvelles					Affaires terminées																			
						Total					Confirmation (totale ou partielle)					Infirmation totale					Autres décisions				
	2020	2021	2022	2023	2024	2020	2021	2022	2023	2024	2020	2021	2022	2023	2024	2020	2021	2022	2023	2024	2020	2021	2022	2023	2024
88O - Majeur handicapé - Contestation d'une décision relative aux cartes	0	32	33	26	26	0	<5	26	36	22	0	<5	13	23	14	0	0	5	<5	<5	0	<5	nc	nc	nc
88P - Mineur handicapé - Contestation d'une décision relative à l'attribution d'un taux	<5	11	9	19	13	0	<5	10	12	17	0	<5	nc	<5	11	0	0	<5	<5	<5	0	0	0	5	<5
88Q - Mineur handicapé - Contestation d'une décision relative à une allocation	35	59	52	47	61	0	12	47	60	50	0	6	24	42	29	0	0	13	<5	<5	0	6	10	nc	nc
88R - Mineur handicapé - Contestation d'une décision relative à l'orientation et au placement	<5	<5	0	<5	<5	<5	<5	<5	<5	<5	0	0	<5	0	<5	0	0	<5	0	0	<5	<5	0	<5	<5
88S - Mineur handicapé - Contestation d'une décision relative aux cartes	0	5	<5	<5	<5	0	0	<5	<5	<5	0	0	<5	<5	<5	0	0	0	0	0	0	0	0	<5	0

<5 : effectif non nul inférieur à 5, non communiqué en raison du secret statistique

nc : effectif supérieur ou égal à 5, non communiqué en raison du secret statistique

Lecture : en 2024, les cours d'appel ont été saisies de 584 recours en matière de protection sociale des personnes handicapées. Elles ont rendu 669 décisions, dont 458 confirmant totalement ou partiellement la décision rendue en 1^{re} instance.

Décisions rendues en 1^{re} instance en matière de discrimination en raison du handicap

Source : ministère de la Justice, SG, SSER, exploitation du fichier statistique Cassiopée (données à mars 2025)

Champ : décisions rendues par les juridictions de 1^{re} instance pour au moins une infraction de discrimination en raison du handicap

Champ géographique : France, *hors collectivités d'outre-mer*

Unité : personne-affaire

Note : les données 2024 sont provisoires

Année	Nombre de décision	dont ayant fait l'objet d'un recours
2020	12	0
2021	17	<5
2022	26	<5
2023	19	<5
2024	23	<5

<5 : effectif non nul inférieur à 5, non communiqué en raison du secret statistique

Lecture : en 2024, 23 mis en cause ont été jugés en 1^{re} instance pour au moins une infraction de discrimination en raison du handicap. Pour moins de 5 de ces affaires, un recours a été interjeté.

Condamnations définitives prononcées pour au moins une infraction de discrimination en raison du handicap

Source : ministère de la Justice, SG, SSER, exploitation statistique du Casier judiciaire national des personnes physiques (données à septembre 2025)

Champ : condamnations définitives, inscrites au CJN, prononcées pour au moins une infraction de discrimination en raison du handicap

Champ géographique : France, *hors collectivités d'outre-mer*

Unité : condamnation

Note : les données 2023 sont semi-définitives (0 % d'estimation) et les données 2024 sont provisoires (37,5 % d'estimation)

Année	Condamnations prononcées	dont pour une inf. principale de discrimination en raison du handicap	Peines principales prononcées ⁽¹⁾				Quantum des peines d'emprisonnement ⁽²⁾ (en année)	
			Emp. ferme ou partie ferme	Emp. avec sursis total	Amende	Autres peines ⁽²⁾	Ferme	Sursis
2020	7	6	0	0	<5	<5	so	so
2021	9	9	<5	0	nc	0	0,3	so
2022	9	5	0	0	<5	<5	so	so
2023 (sd)	16	11	0	<5	nc	<5	so	0,5
2024 (p)	16	9	0	<5	nc	<5	so	0,5

⁽¹⁾ pour les condamnations prononcées pour une infraction principale de discrimination en raison du handicap.

⁽²⁾ amendes, peines de substitution (interdiction, confiscation, ...), dispense de peine, etc.

(⁽³⁾) hors emprisonnements et réclusions à perpétuité.

<5 : effectif non nul inférieur à 5, non communiqué en raison du secret statistique.

nc : effectif supérieur ou égal à 5, non communiqué en raison du secret statistique.

so : sans objet

Lecture : en 2024, 16 condamnations définitives ont été prononcées pour au moins une infraction de discrimination en raison du handicap. Pour 9 d'entre elles, il s'agissait de l'infraction principale. Parmi celles-ci, moins de 5 sont assorties d'une peine d'emprisonnement avec sursis total, avec un quantum d'emprisonnement sursis moyen de 0,5 an.

Champ infractionnel			
Sous-champ	Nature d'infraction	Qualification	Catégorie
Discriminations	11604	DISCRIMINATION FONDEE SUR UN HANDICAP - REFUS D'EMBAUCHE	Délit
	11610	DISCRIMINATION FONDEE SUR UN HANDICAP - OFFRE D'EMPLOI	Délit
	11617	DISCRIMINATION FONDEE SUR UN HANDICAP - SANCTION PROFESSIONNELLE	Délit
	11626	DISCRIMINATION FONDEE SUR UN HANDICAP - LICENCIEMENT	Délit
	5754	DISCRIMINATION FONDEE SUR UN HANDICAP - OFFRE OU FOURNITURE D'UN BIEN OU D'UN SERVICE	Délit
	11598	DISCRIMINATION FONDEE SUR UN HANDICAP - ENTRAVE A L'EXERCICE D'UNE ACTIVITE ECONOMIQUE	Délit
	12055	ENTRAVE A L'EXERCICE D'ACTIVITE ECONOMIQUE PAR DEPOSITAIRE DE L'AUTORITE PUBLIQUE A RAISON D'UN HANDICAP	Délit
	12062	ENTRAVE A L'EXERCICE D'ACTIVITE ECONOMIQUE PAR CHARGE DE MISSION DE SERVICE PUBLIC A RAISON D'UN HANDICAP	Délit
	25155	DISCRIMINATION FONDEE SUR UN HANDICAP - REFUS D'UN BIEN OU D'UN SERVICE DANS UN LIEU ACCUEILLANT DU PUBLIC OU POUR EN INTERDIRE L'ACCES	Délit
	28009	DISCRIMINATION PAR PERSONNE MORALE A RAISON D'UN HANDICAP - OFFRE OU FOURNITURE D'UN BIEN OU D'UN SERVICE	Délit
	12037	REFUS DU BENEFICE D'UN DROIT PAR DEPOSITAIRE DE L'AUTORITE PUBLIQUE A RAISON D'UN HANDICAP	Délit
	12045	REFUS DU BENEFICE D'UN DROIT PAR CHARGE DE MISSION DE SERVICE PUBLIC A RAISON D'UN HANDICAP	Délit
Injures et diffamations	25693	INJURE PUBLIQUE EN RAISON DU HANDICAP	Délit
	26148	DIFFAMATION PUBLIQUE EN RAISON DU HANDICAP PAR PAROLE, ECRIT, IMAGE OU MOYEN DE COMMUNICATION AU PUBLIC PAR VOIE ELECTRONIQUE	Délit
	34201	INJURE PUBLIQUE EN RAISON DU HANDICAP PAR UNE PERSONNE DEPOSITAIRE DE L'AUTORITE PUBLIQUE	Délit
	34202	INJURE PUBLIQUE EN RAISON DU HANDICAP PAR UNE PERSONNE CHARGEE DE MISSION DE SERVICE PUBLIC	Délit
	26408	DIFFAMATION NON PUBLIQUE EN RAISON DU HANDICAP	C5
	26411	INJURE NON PUBLIQUE EN RAISON DU HANDICAP	C5
Provocations	25755	PROVOCATION PUBLIQUE A LA HAINE OU A LA VIOLENCE EN RAISON DU HANDICAP	Délit
	25758	PROVOCATION PUBLIQUE A LA DISCRIMINATION EN RAISON DU HANDICAP	Délit
	34187	PROVOCATION PUBLIQUE A LA DISCRIMINATION EN RAISON DU HANDICAP PAR UNE PERSONNE DEPOSITAIRE DE L'AUTORITE PUBLIQUE	Délit
	34188	PROVOCATION PUBLIQUE A LA DISCRIMINATION EN RAISON DU HANDICAP PAR UNE PERSONNE CHARGEE DE MISSION DE SERVICE PUBLIC	Délit
	34193	PROVOCATION PUBLIQUE A LA HAINE OU A LA VIOLENCE EN RAISON DU HANDICAP PAR UNE PERSONNE DEPOSITAIRE DE L'AUTORITE PUBLIQUE	Délit
	34194	PROVOCATION PUBLIQUE A LA HAINE OU A LA VIOLENCE EN RAISON DU HANDICAP PAR UNE PERSONNE CHARGEE DE MISSION DE SERVICE PUBLIC	Délit
	26414	PROVOCATION NON PUBLIQUE A LA HAINE OU A LA VIOLENCE EN RAISON DU HANDICAP	C5
	26417	PROVOCATION NON PUBLIQUE A LA DISCRIMINATION EN RAISON DU HANDICAP	C5

Années enregistrements	Matière / NAO			Total
	SEA- Discrimination en raison de l'état de santé	Discrimination	Discrimination	
2020		33	33	
2021		63	63	
2022		52	52	
2023	24		24	
2024	35		35	
Total général	59	148	207	

ANNEXE 4 : NOTE COMMUNE DE LA MISSION D'APPUI À LA GRANDE CAUSE NATIONALE SANTÉ MENTALE 2025 FOURNIE PAR M. MICHEL BARNIER, ANCIEN PREMIER MINISTRE

Paris, le 6 décembre 2024

Note commune de la mission d'appui à la Grande cause nationale Santé Mentale 2025

La crise sanitaire a imposé la santé mentale comme un enjeu sociétal majeur et une priorité de santé publique. Chaque année, 13 millions de Français sont touchés par des troubles psychiatriques. La hausse de la fréquence des gestes suicidaires, le doublement des troubles dépressifs et anxieux chez les 18-24 ans et l'explosion de la souffrance psychique dans de nombreux milieux professionnels et sociaux, montrent une détérioration de la santé mentale qui se ressent avec force dans toutes les sphères de la société : à l'école, à l'université, au travail, dans l'espace public, dans la vie sociale comme familiale. Les difficultés rencontrées par la psychiatrie et les professionnels de terrain pour répondre à cette demande croissante appellent à une réponse forte et multidirectionnelle.

Face à cette urgence, le 1^{er} octobre 2024, la santé mentale a été désignée par le Premier ministre grande cause nationale 2025. Quatre grands objectifs ont alors été énoncés : œuvrer à la destigmatisation des troubles psychiques ; favoriser la prévention et le repérage précoce ; améliorer l'accès aux soins et la généralisation des outils de coordination territoriale et le développement des nouveaux métiers ; accompagner les personnes concernées dans toutes les dimensions de leur vie quotidienne.

La méthode proposée s'appuie sur une **approche interministérielle et pluriannuelle** inspirée des plans cancers et Alzheimer qui ont permis des avancées notables au cours des dernières années. Trois personnalités qualifiées ont été nommées pour accompagner le gouvernement dans la mise en place et le suivi de cette Grande cause : Daniel Fasquelle, maire du Touquet, le Pr. Michel Lejoyeux, président de la Commission nationale de psychiatrie et Angèle Malâtre-Lansac, déléguée générale de l'Alliance pour la Santé mentale.

Après deux mois de travaux, la mission formule dans cette note trois propositions pour assurer la réussite de la Grande cause dans un contexte institutionnel incertain :

1. Un plan d'action **interministériel** (sur le modèle des plans Cancer ou Alzheimer) permettant d'embrasser l'ensemble des thématiques de l'action publique doit être établi dans les premières semaines de 2025 et mis en œuvre, assorti d'indicateurs de suivi et d'un portage en lien avec les acteurs de terrain ;
2. Un travail de **communication, d'information et de formation** doit être mené pour accompagner le changement de regard sur la santé mentale et les troubles psychiques, favoriser la connaissance sur le sujet et améliorer la prévention comme le repérage ;
3. La mobilisation de la société civile doit permettre de faire vivre et d'incarner la grande cause tout au long de l'année au travers d'un **calendrier d'activation** permettant de mobiliser les différentes sphères de la société.

1. Définir un plan d'action interministériel pour faire de cette grande cause un chantier pluriannuel embrassant l'ensemble des thématiques de l'action publique

Faire de la santé mentale la Grande cause nationale constitue une opportunité unique d'installer la prévention en santé mentale et la psychiatrie comme une priorité au-delà de l'année de la grande cause ; de produire une communication, une représentation et une définition nouvelle de la santé mentale visant à destigmatiser les troubles et à favoriser la prévention et l'information sur le sujet ; d'envoyer par des mesures ciblées et concertées au niveau des acteurs locaux un message d'encouragement et de soutien aux patients, aux familles, aux acteurs de la prévention et du soin.

Ces objectifs de moyen terme nécessitent une **politique interministérielle sur la santé mentale intégrée par tous les ministères sous l'égide du Premier ministre**.

Le travail réalisé par la mission a permis d'identifier une série de thématiques pouvant faire l'objet de mesures intégrées dans un plan interministériel et pluriannuel (sur le modèle des plans Cancer ou Alzheimer). Ce recensement est à valider avec les différents acteurs de terrain, les cabinets ministériels et les administrations concernées, la Commission nationale de psychiatrie et le collectif Santé mentale Grande cause nationale.

Ce plan doit être accompagné de la mise en place d'**indicateurs de suivi** et de moyens d'évaluation associés afin de permettre d'inscrire les transformations dans la durée.

Le tableau ci-dessous reprend de manière synthétique et non exhaustive **une série de thèmes et de leviers d'actions identifiés comme prioritaires**.

<i>Thématique</i>	<i>Enjeux et ressources identifiés</i>
Soin et accompagnement	<ul style="list-style-type: none">- Information large sur l'offre de soins et la gradation des recours- Soutien des soignants de terrain, formation de nouveaux soignants, internes de psychiatrie, médecins généralistes, IPA, psychologues- Visibilité des lignes d'écoute et dispositifs de première intention, « MonSoutienPsy »- Visibilité et développement de la stratégie de prévention du suicide- Valorisation des métiers du soin, de la psychiatrie et des soignants intervenant en activités de psychiatrie- Formation et accompagnement des médecins généralistes dans la prise en charge de la santé mentale- Valorisation des professions (non professionnels de santé) intervenant sur le champ de la psychiatrie : éducateurs, accompagnants médico-sociaux
Jeunesse et éducation	<ul style="list-style-type: none">- Santé mentale en milieu scolaire- Prévalences de l'anxiété, des troubles psychiques chez les adolescents (et adolescentes en particulier)- Prévention des effets des addictions aux substances et aux écrans- Santé mentale des étudiants- Développement des compétences psycho-sociales- Enjeu spécifique des enfants pris en charge à l'aide sociale à l'enfance- Maison des adolescents, maisons des enfants, centres de crise, CMP- Accompagnement des familles, guidance parentale- Interventions précoce pour les jeunes présentant des troubles émergents entre 12 et 25 ans
Collectivités locales	<ul style="list-style-type: none">- Diffusion d'un kit permettant d'informer sur les différents aspects de la santé mentale et les leviers à disposition des élus locaux (prévention, lien social, cadre de vie, actions culturelles et sportives...)- Actions de prévention et d'accompagnement pour répondre au mal-être des élus locaux et des agents des collectivités locales- Première ligne de l'action : valorisation (et questionnement sur la simplification et la diffusion) des CLSM et PTSMS, Groupes sur les situations à risque

Thématique	Enjeux et ressources identifiés
Travail, entreprises et fonctions publiques	<ul style="list-style-type: none">- Actions de formation, de déstigmatisation, de dépistage et de prévention- Épuisement professionnel et particularités du « burn out » dans différents milieux professionnels- Difficulté à apporter des solutions dans un contexte contraint d'action publique (cas des soignants et internes par ex)- Difficultés identifiées dans certains secteurs ou professions en particulier (enseignants, policiers, soignants, militaires, agriculteurs...)- Accès à l'emploi et adaptation du milieu professionnel aux personnes souffrant de troubles psychiques (emploi accompagné, Clubhouse...)
Grande précarité	<ul style="list-style-type: none">- Développement des programmes innovants (équipes mobiles, Un chez soi d'abord, médiateurs...)- Formation des travailleurs sociaux et des acteurs de première ligne aux enjeux de santé mentale et aux ressources- Place des réseaux de soin et de la psychiatrie notamment sectorisée en parallèle des dispositifs spécifiques d'insertion
Culture et sport	<ul style="list-style-type: none">- Visibilité des troubles psychiques dans les médias, la création (podcasts, films, séries sur les grandes plateformes)- Témoignages de sportifs de haut niveau- Culture et sport comme outils de prévention, d'accompagnement et de rétablissement
Pouvoirs publics	<ul style="list-style-type: none">- Tabou de la santé mentale en politique- Valorisation de travaux des institutions publiques sur le sujet (Assemblée nationale, Sénat, organismes gouvernementaux, CESE)
Agriculture et ruralité	<ul style="list-style-type: none">- Mal-être agricole- Difficultés d'accès aux soins et tabou en milieu rural
Grand âge	<ul style="list-style-type: none">- Solitude et isolement, perte de lien social- Problématique particulière en établissement – abandon
Femmes	<ul style="list-style-type: none">- Prévalences particulières chez les femmes et les jeunes femmes en particulier- Focus sur la prise en charge et la déstigmatisation de la dépression <i>post-partum</i> (chez les pères également)
Recherche et innovation	<ul style="list-style-type: none">- Recherche sur les facteurs biologiques, psychologiques, environnementaux, organisations et pratiques innovantes- Numérique comme réponse en matière d'identification, d'orientation et de soin- Recherche sur les neurosciences
Dimension internationale	<ul style="list-style-type: none">- Soutien à l'amélioration de la santé mentale à travers l'aide internationale ou l'action diplomatique- Stratégie de la Commission européenne en soutien à la santé mentale

Schéma de gouvernance proposé : un comité de pilotage doit être mis en place pour assurer la réalisation de ce plan et le suivi des indicateurs de réussite. Ce comité interministériel, piloté par le cabinet du Premier ministre devra être doté de ressources administratives pour la bonne coordination des acteurs et le suivi des mesures et s'appuiera sur les personnalités qualifiées.

2. Accompagner le changement de regard et la prévention sur la santé mentale et les troubles psychiques au travers de campagnes de sensibilisation, d'information et de formation

Souvent considérés comme honteux ou tabou, les troubles psychiques ne sont souvent pas perçus comme de « véritables maladies ». Ce stigma pèse sur les personnes concernées, leurs proches, mais également sur les professionnels du champ. Les conséquences de la stigmatisation sont nombreuses : absence de politique de prévention, pertes de chance du fait du non-recours aux soins, discriminations dans l'accès au logement ou au travail, faible attractivité des professions liées à la psychiatrie.

Des campagnes ciblées doivent être menées pour changer les représentations associées aux troubles psychiques, valoriser la psychiatrie (ex de la campagne « Choisir psychiatrie » menée par le Conseil national universitaire de psychiatrie), favoriser la prévention et les actions permettant la promotion d'une bonne santé mentale tout comme le repérage et enfin informer / rendre lisibles les ressources disponibles.

Plusieurs actions ont ainsi été identifiées :

- La création d'un **marqueur graphique** partagé pour assurer un message unifié sur la GCN ;
- La création d'un **portail** en «.gouv » permettant de faciliter l'accès à l'information, donner de la visibilité aux actions menées dans le cadre de la GCN et communiquer sur les critères d'éligibilité au processus de labellisation avec une partie éditoriale pour exprimer l'ambition et les actions menées, une fonction portail avec des redirections vers les différents dispositifs/sites dédiés, un volet dédié à la labellisation des projets et aux futurs partenaires.
- A **destination du grand public**, la diffusion de campagnes multimodales (TV, radio, affichage et réseaux sociaux) déroulées tout au long de l'année 2025 :
 - o Une campagne sur *MonSoutienPsy* portée par Ameli permettant de faire connaître et de valoriser le dispositif ;
 - o Une campagne de **destigmatisation** portée par des acteurs de la société civile (AAP Grande cause) visant à changer les regards sur les personnes concernées par les troubles et de susciter de l'empathie. Une facilitation d'accès aux grands médias publics permettra la diffusion des messages afin de toucher un public large.
 - o Une campagne sur la **santé mentale « positive »** portée par Santé publique France ;
 - o Une campagne à destination des étudiants en santé pour les encourager à choisir la psychiatrie (« Choisir psychiatrie »).
- A **destination des professionnels**, la mise en place d'un **vaste plan de formation** visant à améliorer la connaissance, le repérage et l'orientation des personnes souffrant de troubles psychiques doit être mis en place afin de former au-delà du champ de la santé mentale :
 - o les **professionnels encadrants** (cadres de la fonction publique, managers) ;
 - o les **personnels de première ligne** en contact avec les publics notamment dans le champ de l'insertion, de la jeunesse et dans les collectivités locales (intervenants dans les crèches, les écoles, les foyers pour personnes âgées...).

Schéma de gouvernance proposé : sur la partie communication grand public, le SIG a été mandaté pour assurer la bonne coordination et la réalisation de cette mission de communication. Il s'appuiera dans cette action sur les personnalités qualifiées et les directions de la communication des ministères concernés. Le comité interministériel aura en charge la réalisation et le suivi du plan de formation en lien avec l'ensemble des administrations concernées.

3. Incarner la GCN au travers d'un calendrier d'activation permettant de mobiliser les différents acteurs de terrain, la société civile, les collectivités locales et le monde économique

Afin de mobiliser les différents champs de la société autour du sujet de la santé mentale pour favoriser la déstigmatisation, la prévention et l'information, des actions événementielles seront organisées tout

au long de l'année sous le label « Grande cause nationale ». Ces actions seront rendues visibles sur le portail internet et accessibles à l'ensemble de la population. Elles constitueront autant d'opportunités de prises de parole gouvernementales. De nombreux événements et journées / semaines dédiées au sujet de la santé mentale sont d'ores et déjà cartographiés (cf. le calendrier ci-dessous établi par le SIG). Les événements festifs et culturels devront être valorisés pour renforcer l'attractivité du sujet et favoriser le changement de regard.

Seront ciblés en priorité : les professionnels de santé, les acteurs de l'éducation et de la jeunesse, le monde du travail, les acteurs associatifs, le monde économique, le monde de la culture, l'action sociale, la justice, le logement, l'intérieur et les collectivités locales.

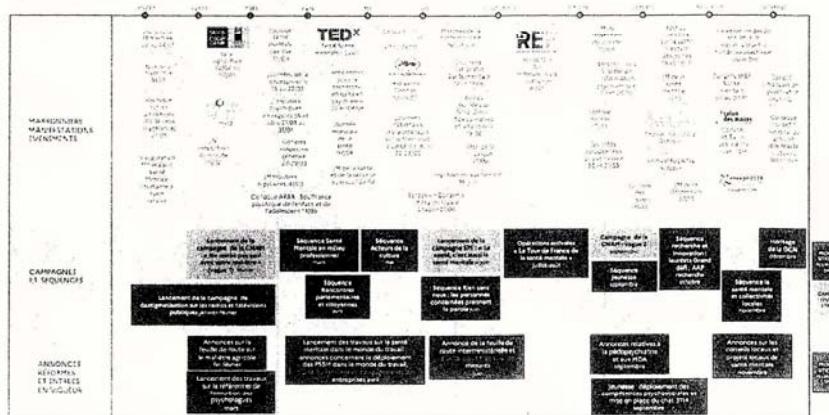


Schéma de gouvernance proposé : les critères d'éligibilité pour la labellisation des acteurs de la société civile, des acteurs associatifs et des événements seront proposés par le SIG en lien avec les personnalités qualifiées et les administrations concernées. Des ressources administratives seront nécessaires pour mener à bien cette mission et permettre la labellisation au fil de l'eau des différents projets qui seront soumis via la plateforme (un équivalent temps plein).

Notre conviction est que l'**association de l'ensemble des acteurs de terrain** à la définition de la politique interministérielle tout comme aux actions de communication et aux événements qui seront déployés tout au long de l'année est essentielle pour assurer la réussite de la grande cause et éviter le rejet et l'opposition. Un **travail sur l'héritage de la grande cause** devra également être mené dès le printemps 2025 pour définir les chantiers à porter au cours des années suivantes et mettre en place le schéma de gouvernance permettant d'assurer la durabilité des efforts entrepris en 2025.

La mission se tient à la disposition des futures équipes gouvernementales pour accompagner la réalisation de ce plan d'action ambitieux et réaliste.

Daniel Fasquelle, maire du Touquet
Angèle Malâtre-Lansac, déléguée générale de l'Alliance pour la Santé Mentale
Michel Lejoyeux, président de la Commission nationale de psychiatrie

Annexes :

- Contributions de la Commission nationale de psychiatrie
- Dossier du collectif Santé mentale Grande cause nationale