

## RAPPORT D'INFORMATION

# SANTÉ MENTALE ET PSYCHIATRIE : PAS DE « GRANDE CAUSE » SANS GRANDS MOYENS

Trois ans après la fin de crise sanitaire, la commission constate que la dégradation de la santé mentale est une **tendance de fond** et s'inquiète de l'**explosion des troubles psychiques chez les jeunes**.

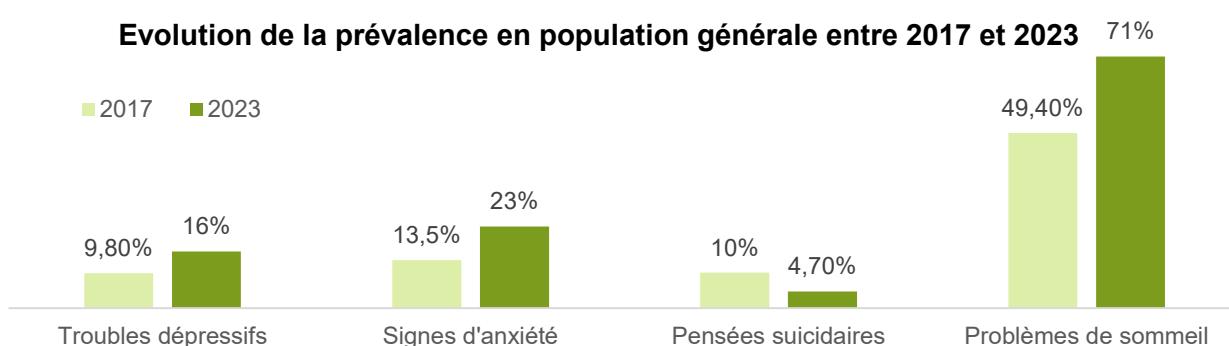
Elle constate l'impérieuse nécessité de **réduire les inégalités territoriales** dans l'accès aux soins et de mobiliser l'ensemble des acteurs pour garantir une **prise en charge graduée** et de proximité aux patients.



## 1. LA DÉGRADATION DE LA SANTÉ MENTALE : UNE TENDANCE DE FOND, PARTICULIÈREMENT ALARMANTE CHEZ LES JEUNES

### A. LA DÉGRADATION DE LA SANTÉ MENTALE SE POURSUIT

Les enquêtes épidémiologiques, comme les constats empiriques des professionnels de santé, font ressortir une dégradation de la santé mentale des Français depuis 2020.



Source : Commission des affaires sociales, données Santé publique France (Coviprev)

La **crise sanitaire coïncide donc avec un moment de rupture dans l'état de santé mentale de la population**. Toutefois, si elle produit, sans aucun doute, des effets d'hystérose, il est difficile d'identifier sa part exacte de responsabilité dans cette détérioration. En tout état de cause, il ne faut pas y voir le seul facteur explicatif ; elle semble plutôt avoir joué un **rôle d'accélérateur des tendances de fond qui préexistaient**.

L'**isolement social grandissant des individus** occupe une place prépondérante parmi ces déterminants tout comme l'évolution du contexte économique : la **précarité** est un facteur de vulnérabilité aux troubles dépressifs. Le **contexte politique et géopolitique anxiogène** peut aussi être un facteur explicatif à court terme ; l'association SOS Amitié a par exemple noté un nombre important d'appels liés à la guerre en Ukraine au début du conflit.

Enfin, il convient de ne pas négliger l'effet produit par la **déstigmatisation des troubles psychiques** et le meilleur repérage de ces derniers. Les **campagnes d'information des pouvoirs publics**, tout comme les initiatives de la société civile, portent leurs fruits.

La consécration de la santé mentale comme « *grande cause nationale* » permet, en 2025, une médiatisation du sujet encore jamais atteinte, dont on peut se réjouir. Toutefois, les rapporteurs partagent la crainte des associations œuvrant dans le champ de la santé mentale que cette mise en lumière ne soit qu'éphémère.

## B. L'ÉVOLUTION DE LA SANTÉ MENTALE DES JEUNES EST ALARMANTE

### 1. La santé mentale des jeunes s'aggrave de manière spectaculaire

La dégradation de la santé mentale des jeunes semble trouver sa source au milieu des années 2010. Elle s'est accélérée pendant la crise du covid-19, et se poursuit depuis.

En 2024, les **risques de troubles anxiodépressifs** touchent près de **30 % des 11-24 ans**. De nombreux indicateurs attestent de la détérioration de la santé psychique des jeunes : hausse du nombre de **passages aux urgences** et d'**hospitalisations** de mineurs pour motifs de tentative de suicide, scarification et crises graves, **lignes d'écoute de plus en plus sollicitées**, progression des **refus scolaires anxieux**, ou encore **hausse des prescriptions de psychotropes**.

La prévalence des troubles de santé mentale légers à modérés est particulièrement élevée chez les filles. En 2022, la **prévalence du risque de dépression** atteint 30,9 % chez les collégiennes et lycéennes, contre 21,4 % chez les garçons.

### 2. Les raisons du mal-être des jeunes sont multiples

L'ensemble des acteurs auditionnés par les rapporteurs jugent que **les réseaux sociaux contribuent au mal-être des jeunes**.

Les jeunes filles sont particulièrement touchées par ce phénomène. Elles sont notamment plus exposées aux **contenus qui dégradent la représentation du corps des femmes**, au **harcèlement en ligne** et à des vidéos qui encouragent explicitement les troubles alimentaires, l'automutilation et le suicide.

Par ailleurs, l'apparition de troubles anxieux et dépressifs chez les jeunes est encouragée par le **caractère anxiogène du contexte économique et géopolitique** (dérèglement climatique, conflits armés, instabilité politique) et par les **angoisses suscitées par l'orientation professionnelle**, notamment pendant la période des candidatures sur Parcoursup.

Enfin, la **crise du covid-19 a accéléré la dégradation de la santé mentale des jeunes**, certains changements directement attribuables à cette période (recul du lien social et de l'activité physique, augmentation du temps passé devant les écrans) s'étant ancrés dans les habitudes des jeunes. Les auditions ont ainsi montré une **difficulté croissante, pour les jeunes, à établir des liens sociaux non numérisés et à s'inscrire dans le fonctionnement général de la société**.



des 16-24 ans sont  
inquiets pour leur  
avenir

## 2. LES ACTEURS DE LA PRISE EN CHARGE DE PREMIER NIVEAU : UN RÔLE À CONFORTER

### A. LES SOINS DE VILLE DOIVENT PRENDRE TOUTE LEUR PART DANS LA PRISE EN CHARGE DES PATIENTS EN SOUFFRANCE PSYCHIQUE

#### 1. La nécessité de consolider la part assurée par les soins de ville dans la prise en charge

Les **médecins généralistes** sont en première ligne pour détecter et orienter les patients en souffrance psychique : près de 30 % de leur patientèle présente des troubles de santé mentale et ils sont à l'origine de 90 % des prescriptions de psychotropes. Néanmoins, par **manque de temps médical ou de formation** aux enjeux de santé mentale, leur rôle dans la détection et l'orientation des patients n'est pas optimal.

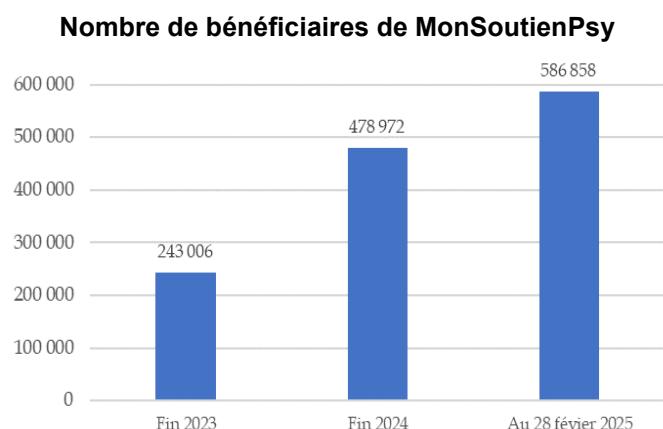
Pour améliorer la réponse apportée par les acteurs de soins de ville aux patients, **il est primordial que médecins généralistes, infirmiers et psychiatres coopèrent davantage**. Un modèle de « **soins collaboratifs** » est par exemple expérimenté en Île-de-France, dans le cadre du programme « **SÉSAME** ». Ce modèle associe médecin généraliste (diagnostic), infirmier (suivi de la prise en charge dans la durée) et psychiatre référent (expertise auprès du médecin et de l'infirmier). Les premiers retours de cette expérimentation sont probants, les professionnels de santé saluant la **précocité de la prise en charge, la mobilisation des ressources adéquates** et le caractère **non stigmatisant d'une telle approche** pour les patients.

En outre, le **déploiement d'infirmiers en pratique avancée (IPA) spécialisés en psychiatrie et santé mentale (PSM) au sein des structures de soins de ville** constitue indéniablement un espoir pour réduire les inégalités d'accès aux soins et assurer une prise en charge graduée et de proximité.

**Recommandation n° 4 :** Développer les consultations avancées assurées par les IPA PSM au sein des maisons de santé pluriprofessionnelles et des centres de santé (*établissements psychiatriques*).

## 2. Le dispositif « MonSoutienPsy » : un accès au psychologue renforcé

Depuis l'introduction du dispositif « MonSoutienPsy » en 2022, l'assurance maladie prend en charge jusqu'à douze séances par an chez un psychologue conventionné. Au 28 février 2025, **586 858 patients** ont bénéficié du dispositif et **3,1 millions de séances** ont été prises en charge, soit en moyenne 4,7 séances par bénéficiaire.



Si MonSoutienPsy élargit l'accès au psychologue, il présente deux écueils.

D'une part, le dispositif ne mobilise que **15 % des psychologues libéraux et certains territoires sont très faiblement couverts**.

D'autre part, il existe un **risque sérieux de rupture de la prise en charge du patient** au bout des douze séances remboursées. Pour contenir ce risque, l'effectivité des règles applicables en matière de **dialogue entre les psychologues, les médecins généralistes et les psychiatres** doit être garantie.

## 3. La santé mentale, affaire de tous : sensibiliser le grand public et soutenir la pair-aidance

Certaines **professions au contact des publics vulnérables** peuvent jouer un rôle dans la détection des troubles psychiques et l'orientation vers le soin : travailleurs sociaux, forces de l'ordre ou encore enseignants sont, par exemple, régulièrement exposés à des situations de détresse psychologique.

À cet égard, l'œuvre de sensibilisation de ces professions sur la santé mentale doit se poursuivre, notamment en déployant plus largement la **formation aux premiers secours en santé mentale (PSSM)**. Les rapporteurs sont également convaincus que la **pair-aidance** doit être encouragée, compte tenu de ses résultats prometteurs en matière de prévention et de réinsertion socio-professionnelle.

**Recommandation n° 6 :** Étendre les formations aux premiers secours en santé mentale à toutes les professions clés puis à l'ensemble des citoyens (*ministères concernés*).

## B. LES INSTITUTIONS EN CONTACT AVEC LA JEUNESSE ONT UN RÔLE DÉTERMINANT POUR PRÉVENIR, REPÉRER ET ORIENTER

### 1. Les difficultés de la santé scolaire en décalage avec son rôle stratégique

L'insuffisance des moyens humains de la santé scolaire est patente. Signe le plus flagrant : seuls 57 % (650 ETP) des postes prévus de médecins de l'éducation nationale sont effectivement pourvus. La santé scolaire ne parvient donc pas à remplir ses missions alors même qu'elle est un maillon essentiel du repérage des troubles psychiques et du suivi des enfants diagnostiqués. Ainsi, la **mise**

**en œuvre des bilans de santé, légalement obligatoires, s'avère en réalité parcellaire** et très inégale selon les départements. Moins de 20 % des enfants bénéficiaient de la visite médicale obligatoire de la sixième année.

Les rapporteurs notent, avec satisfaction, que les annonces effectuées par la ministre de l'éducation nationale, en conclusion des Assises de la santé scolaire, sont axées sur la santé mentale. Toutefois, **ces mesures resteront vaines, si le problème de l'attractivité des corps des professionnels de santé de l'éducation nationale n'est pas réglé.**

Les rapporteurs constatent enfin que **la santé scolaire souffre d'un isolement institutionnel préjudiciable à la bonne prise en charge des enfants atteints de troubles psychiques.** La santé scolaire est ainsi coupée des instances locales de coopération des acteurs de la santé mentale. De même, les médecins scolaires ne peuvent toujours pas avoir un accès effectif au dossier médical partagé (DMP) de l'enfant.

**Recommandation n° 8 :** Mieux intégrer les professionnels de santé de l'éducation nationale aux conseils locaux de santé mentale et à la démarche des projets territoriaux de santé mentale (*DGS, collectivités territoriales, ARS*).

## 2. Les maisons des adolescents : des lieux à soutenir

Dans un contexte de détérioration de la santé mentale des jeunes, **les rapporteurs appellent le Gouvernement – et les agences régionales de santé (ARS) – à ne pas relâcher leur soutien à ces structures pluridisciplinaires** qui ont prouvé leur utilité. En étant un lieu moins stigmatisant que les structures de la psychiatrie, elles répondent aux besoins des jeunes en complément des centres médico-psychologiques (CMP), auxquels elles ne peuvent toutefois pas se substituer.

Les maisons des adolescents (MDA) ne sont toutefois pas exemptes de difficultés : près de 25 % d'entre elles n'auraient pas de médecin en leurs murs. Le **renforcement des ressources humaines des MDA** doit donc être poursuivi tout comme **l'amélioration de leur accessibilité territoriale** qui varie grandement selon les départements.

## 3. La santé mentale des enfants confiés à l'aide sociale à l'enfance : une impression de délaissement

Alors que les enfants confiés à l'aide sociale à l'enfance (ASE) sont plus susceptibles que les autres de présenter des troubles psychiques en raison, notamment, d'un **parcours de vie traumatique**, leur santé mentale connaît une **dégradation dont l'ampleur est préoccupante**. Ont ainsi été soulignées aux rapporteurs une prévalence en croissance de troubles psychiques, une **recrudescence des actes de violence à l'encontre des éducateurs**, ainsi qu'une apparition de plus en plus précoce chez les enfants de symptômes – comme la présence de pensées suicidaires.

La prise en charge psychiatrique des mineurs en protection de l'enfance se heurte généralement à un manque de coopération entre l'ASE, les établissements hospitaliers et la médecine de ville. Par exemple, les difficultés de l'ASE à accueillir les enfants tendent à accroître leur durée d'hospitalisation psychiatrique. De même, certains services d'urgences refusent de prendre en charge les enfants confiés à l'ASE, ou ne les accueillent que de manière transitoire.

### **Il semble que tous les acteurs se défaussent et tendent à se renvoyer la responsabilité de la prise en charge des enfants confiés à l'ASE souffrant de troubles psychiques.**

Pour remédier à l'errance de la prise en charge psychiatrique des enfants protégés, **les rapporteurs estiment que le modèle d'équipe mobile intervenant directement au sein de la structure de l'ASE doit être généralisé.** Les projets d'équipes mobiles, qui ont déjà vu le jour au sein de certains établissements psychiatriques – le **projet ELIAS à La Réunion, le programme Pégase en Loire-Atlantique ou l'équipe EMIL dans le Doubs** – ont ainsi fait leurs preuves. Il s'agit de dispositifs efficaces pour repérer et intervenir précocement, prévenir les hospitalisations, et gérer les crises durant lesquelles le personnel de l'ASE est souvent dépourvu de solutions.

**Recommandation n° 12 :** Développer les équipes mobiles pluridisciplinaires intervenant en faveur des enfants protégés (*établissements psychiatriques, ARS, conseils départementaux*).

## C. UNE PRISE DE CONSCIENCE DES ENJEUX À L'ÉCHELLE NATIONALE EN MAL DE RÉSULTATS SUR LE TERRAIN

**Les rapporteurs portent un regard plutôt positif sur la feuille de route « santé mentale et psychiatrie » du Gouvernement, lancée en 2018** qui témoigne d'une réelle prise de conscience. Les financements, mobilisés en parallèle, sont également à saluer, même s'ils ne suffisent pas à répondre à l'explosion de la demande de soins psychiatriques.

Toutefois, depuis 2018, les gouvernements successifs ont fait un usage important d'annonces programmatiques : **Assises de la santé mentale et de la psychiatrie en 2021**, consécration de la santé mentale en « **Grande cause nationale** » pour 2025, « *stratégie nationale de prévention et d'accompagnement* » à venir, présentation en juin 2025 d'un « **plan psychiatrie** ». Il semble que cet empilement de plans et de programmes réponde davantage à un souci de communication qu'à une réelle volonté réformatrice.

Dans ce contexte, la politique nationale de santé mentale se heurte à au moins trois écueils :

- **l'ajout de nouvelles mesures sans toujours de déclinaison des actions sur le terrain** crée des déceptions de la part de la population comme des soignants ;
- **l'insuffisance de certains axes majeurs intégrés à la feuille de route** comme la question de l'attractivité des métiers ;
- **le risque de voir la psychiatrie – et ses difficultés déjà anciennes – être noyée dans les enjeux globaux de santé mentale**, comme le craignent les soignants.

## D. L'HÉTÉROGÉNÉITÉ DES INSTANCES LOCALES DE COORDINATION DES ACTEURS

Si l'utilité des **projets territoriaux de santé mentale (PTSMS), déployés sous l'égide des ARS**, n'est plus à démontrer pour coordonner les acteurs d'un département, leur mise en œuvre reste marquée par une grande hétérogénéité territoriale. Certains projets territoriaux sont encore perçus comme trop « théoriques » par les soignants.

Une autre difficulté réside dans **l'absence de concrétisation par les ARS de certains projets, pourtant en adéquation avec les priorités des PTSMS**. Une part importante des financements accordés par les ARS intervient dans le cadre du fonds d'innovation organisationnelle en psychiatrie (FIOP). Or, il est regrettable que d'autres dispositifs, qui ont pourtant fait leur preuve, ne puissent bénéficier d'un soutien budgétaire des ARS au motif de ne pas être assez innovants.

Les **conseils locaux de santé mentale (CLSM)**, développés à l'initiative des collectivités territoriales, sont encore très loin de couvrir le territoire national, **puisque seuls 280 CLSM actifs sont recensés en 2025**. Toutefois, leur déploiement reste dynamique – une vingtaine de CLSM étant instaurés chaque année.

Ces instances sont un **maillon essentiel d'articulation des différentes dimensions de la politique de santé mentale**. Les questions de logement et d'habitat sont par exemple traitées dans 65 % des CLSM. Alors que le Gouvernement a édicté un référentiel national des CLSM, par la voie d'une longue instruction, **il convient d'encourager le déploiement de ces conseils locaux tout en se gardant de promouvoir un modèle unique**. Les CLSM doivent demeurer adaptables aux contextes locaux et s'organiser sur le fondement de leurs priorités spécifiques.

## 3. RÉPONDRE AU MAL-ÊTRE DE LA PSYCHIATRIE : PRIORISER LE RENFORCEMENT DES CENTRES MÉDICO-PSYCHOLOGIQUES ET DE L'ALLER-VERS

### A. LE SYSTÈME DE PRISE EN CHARGE EN PSYCHIATRIE EST EMBOLISÉ ET CARACTÉRISÉ PAR DE FORTES INÉGALITÉS TERRITORIALES

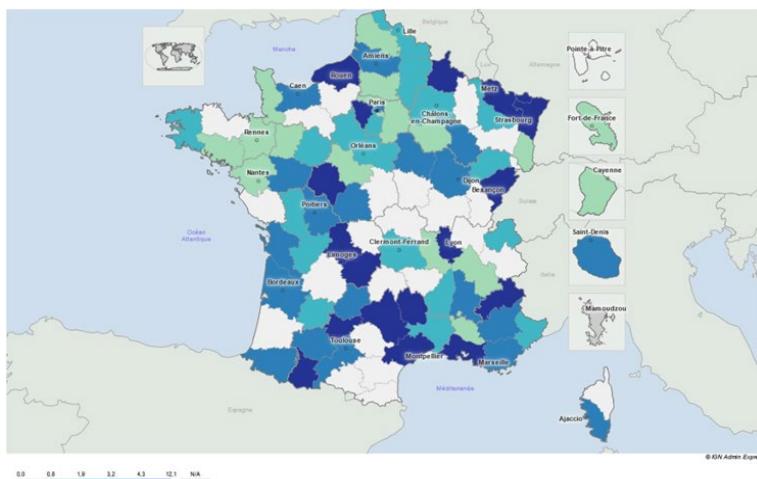
#### 1. Le manque d'attractivité de l'exercice de la psychiatrie, surtout en territoire rural, compromet l'égal accès aux soins

Bien que le nombre de psychiatres en France soit comparable à la moyenne des pays européens, **la démographie médicale ne parvient pas, dans certains territoires, à répondre à la forte**

**croissance des besoins** : sur ces vingt dernières années, le nombre d'enfants et d'adolescents suivis en pédopsychiatrie a augmenté de 60 % et les hospitalisations ont plus que doublé.

En psychiatrie publique, **un tiers des postes de psychiatres sont vacants**. La situation est plus alarmante encore en pédopsychiatrie : le nombre de salariés hospitaliers a diminué de 40 % entre 2010 et 2025, et **un quart des départements sont dépourvus de pédopsychiatre**.

Densité moyenne de pédopsychiatres par département au 1<sup>er</sup> janvier 2025



Source : Conseil national de l'Ordre des médecins

Le **déficit d'attractivité de la psychiatrie** s'explique tant par des **causes historiques** (représentations sociales stigmatisantes et misérabilistes de la psychiatrie) que par des causes plus conjoncturelles, liées aux **conditions d'exercice** (contraintes associées aux hospitalisations sans consentement, violences physiques et verbales des patients, charge de travail qui se répercute sur la qualité de l'accompagnement et du soin).

La désertification médicale empêche la prise en charge des patients dans des délais raisonnables, concourant à la **chronicisation des troubles**, laquelle alimente à son tour la dynamique à la hausse des besoins en soins et **l'engorgement des services des urgences psychiatriques**.

Dans ce contexte, les rapporteurs estiment qu'il serait utile de **cartographier les besoins en soins psychiatriques à l'échelle du territoire national**, pour **flécher les moyens vers les territoires les plus en tension**. À court terme, le renforcement des effectifs pourrait également être facilité par la simplification du dispositif d'autorisation d'exercice des praticiens étrangers (Padhue) d'une part, et l'augmentation du nombre de stages réalisés par les étudiants en médecine en psychiatrie, en priorisant les hôpitaux non universitaires.

## 2. Les centres médico-psychologiques (CMP), pierre angulaire du système de prise en charge en psychiatrie, sont embolisés

Les CMP assurent la majeure partie des **soins psychiatriques réalisés en ambulatoire**. Du fait de leur positionnement entre la prise en charge de premier niveau et l'hospitalisation, ils sont la **pierre angulaire du système de prise en charge** des patients atteints de troubles psychiques.

Ce rôle contraste néanmoins avec le **manque de moyens** dont ils souffrent et les **délais d'attente pour obtenir un rendez-vous médical** (jusqu'à 6 mois, par exemple, dans les Pays de la Loire). Les CMP sont en effet saturés, en lien avec la croissance des besoins : en 2017, près de 1,6 million de patients sont pris en charge par les dispositifs ambulatoires soit une multiplication par trois depuis 1989. Dépassés, **les CMP peinent à accomplir toutes les missions qui leur incombent**, notamment en matière de prévention et de suivi à domicile.

En réponse à ces difficultés, une enveloppe de **56 millions d'euros** a été annoncée en 2021 pour renforcer les CMP, avec un effort particulier pour les structures infanto-juvéniles, dans l'optique de **recruter 800 équivalents temps plein (ETP) non médicaux** (infirmiers, psychologues). Toutefois, les CMP se heurtent à d'importantes difficultés de recrutement.

### 3. Les établissements psychiatriques et les urgences sont saturés

Les établissements psychiatriques sont également en grande difficulté, particulièrement dans les **territoires ruraux et semi-ruraux**, qui cumulent les carences : effectifs de praticiens hospitaliers faibles et dégressifs, secteur libéral en cours de délitement voire absent et population défavorisée. En effet, en zone rurale, le **taux d'occupation des hôpitaux psychiatriques dépasse souvent les 85 % recommandés**.

Ces tensions résultent en grande partie du **manque de professionnels de santé** observé dans ces territoires, vers lesquels les étudiants en médecine n'affluent pas. Plus globalement, la saturation des établissements psychiatriques est favorisée par l'**embolisation des structures chargées de la prise en charge de premier niveau et des CMP**. Les rapporteurs relèvent également que le **manque de solutions médico-sociales** se répercute sur les taux et les durées d'hospitalisation.

Enfin, les **services des urgences** ne sont pas épargnés par les difficultés de prise en charge des patients en souffrance psychique. Les passages aux urgences pour motifs psychiatriques sont en augmentation ces dernières années (+ 21 % sur la période 2019-2023), concourant à la saturation des services. Les rapporteurs estiment que l'**amélioration du recours aux soins de proximité** et le **développement des dispositifs pour mieux orienter les patients** (filières psychiatriques des services d'accès aux soins – SAS Psy, centres renforcés d'urgences psychiatriques – CRUP notamment) seraient de nature à réduire cette saturation.

### 4. Le déploiement des IPA en psychiatrie et santé mentale : une lueur d'espoir ?

**Les compétences élargies des IPA mention psychiatrie et santé mentale (PSM)**, s'agissant par exemple du renouvellement de prescription, du suivi de l'observance des traitements, de la coordination des parcours, leur autonomie accrue et leur spécialisation en font des professionnels précieux pour tous les lieux de prise en charge psychiatriques.

À rebours de certaines réticences concernant les IPA, les rapporteurs ont constaté qu'un large consensus prévalait dans le corps médical, et notamment chez les psychiatres, quant à la plus-value des IPA mention PSM. Il convient dès lors d'encourager leur recrutement dans les services psychiatriques, les CMP mais, également, au sein de l'éducation nationale ou de l'ASE puisque cette possibilité a récemment été ouverte par la loi.

Le faible nombre des IPA PSM (548 au niveau national) s'explique par le caractère récent de cette profession mais également par certains freins qu'il convient de lever. Le développement plus rapide des IPA PSM achoppe sur les modalités de formation à la pratique avancée des infirmières. Plus généralement, la rémunération des IPA, dans la fonction publique comme en libéral, ne rend pas cette profession attractive.

**Recommandation n° 17** : Instaurer des grilles indiciaires appropriées pour les IPA exerçant dans les trois versants de la fonction publique (*Pouvoir réglementaire*).

**Recommandation n° 18** : Revoir le modèle économique des IPA PSM dans une révision globale de la rémunération des IPA exerçant en libéral (*Assurance maladie*).

## B. LES MOYENS DOIVENT PRIORITAirement ÊTRE FLÉCHÉS VERS LES CENTRES MÉDICO-PSYCHOLOGIQUES ET LES ÉQUIPES MOBILES

### 1. L'accès universel au CMP : un modèle à défendre

Le CMP doit redevenir le lieu privilégié de l'accès aux soins psychiatriques et être clairement identifié par les patients.

Sur le plan des moyens, il est indispensable d'**allouer plus de personnel médical et non médical** à ces structures, en priorisant les territoires les plus en tension et les CMP infanto-juvéniles. Le **renfort en IPA PSM** serait particulièrement utile, puisqu'il permettrait aux patients en attente d'un rendez-vous médical de bénéficier d'un premier suivi spécialisé. Les rapporteurs sont néanmoins conscients que le cœur du problème réside, de manière générale, dans le manque de professionnels disponibles. Sans un travail d'envergure sur les **enjeux de l'attractivité des métiers du soin et des inégalités territoriales**, l'appel à renforcer les CMP en moyens humains restera lettre morte.

Sur le plan organisationnel, il est nécessaire de conforter le rôle du CMP comme porte d'entrée dans le parcours de soins, et de clarifier le niveau de compétence des nombreux acteurs susceptibles d'intervenir auprès des patients. En effet, la **multitude d'acteurs** nuit à l'efficacité de l'offre de soins : celle-ci est jugée hétérogène et illisible, le **parcours est complexe et fréquemment constitué de ruptures de suivi**. Par ailleurs, les rapporteurs ont pu constater que les **horaires d'ouverture des CMP**, qui correspondent souvent à des horaires de journée classiques du lundi au vendredi, sont peu adaptés aux modes de vie de la population. Un travail de **création de permanence d'accueil en urgence et d'aménagement des horaires**, couplé à la réflexion sur les moyens humains, serait de nature à améliorer leur accessibilité.

**Recommandation n° 19 :** Augmenter le nombre de professionnels, notamment d'IPA PSM, exerçant en CMP en priorisant les territoires où les délais d'attente sont les plus longs (*Ministère de la santé*).

**Recommandation n° 20 :** Conduire une réflexion, à l'échelle territoriale, sur la création de permanences d'accueil en urgence et d'aménagement des horaires au sein des CMP (ARS).

## 2. Favoriser autant que possible les interventions à domicile

La priorité donnée au renforcement des **CMP doit leur permettre de retrouver leur vocation naturelle à intervenir à domicile**, en complémentarité, toutefois, avec l'intervention des **équipes mobiles pour des situations spécifiques** (équipes mobiles de psychiatrie de la personne âgée (EMPPA), équipes mobiles psychiatrie précarité (EMPP), équipes mobiles d'intervention précoce etc. Les dispositifs d'équipe mobile présentent des résultats concluants pour **prévenir les hospitalisations, éviter les ruptures de prise en charge et assurer l'observance des traitements par les patients**. Ils se heurtent toutefois à la question du manque de ressources humaines dans les services de psychiatrie, alors que ce type d'organisation est très consommateur de personnel soignant.

**Recommandation n° 21 :** Flécher des financements pérennes en faveur du développement d'équipes mobiles (ARS).

Enfin, à l'exemple de projets locaux réussis, il convient d'assurer **les conditions favorables d'une intervention en milieu ouvert** en mobilisant d'autres acteurs que les seuls soignants (acteurs sociaux, bailleurs sociaux, forces de l'ordre etc.). Les CLSM apparaissent ainsi comme des instances particulièrement propices pour coordonner cette politique multidimensionnelle.

Réunie le mercredi 25 juin 2025 sous la présidence de Philippe Mouiller, la commission des affaires sociales **a adopté le rapport et les recommandations** présentés par Jean Sol, Daniel Chasseing et Céline Brulin, rapporteurs, et en a autorisé la publication sous forme d'un rapport d'information.



**Philippe Mouiller**  
Sénateur (LR)  
des Deux-Sèvres  
Président



**Jean Sol**  
Sénateur (LR)  
des Pyrénées-Orientales  
Rapporteur



**Daniel Chasseing**  
Sénateur (LIRT)  
de la Corrèze  
Rapporteur



**Céline Brulin**  
Sénatrice (CRCE-K)  
de la Saine-Maritime  
Rapportrice

Consulter le rapport d'information :  
<https://www.senat.fr/notice-rapport/2024/r24-787-notice.html>