Faire de la santé mentale une priorité

La proposition en clair

Garantir un accès plus rapide aux soins psychiques, renforcer la prévention et les équipes de proximité, et responsabiliser les employeurs sans stigmatiser les personnes malades.

Pourquoi agir ?

Une souffrance fréquente, souvent sans soins : En 2024, 15,6 % des 18–79 ans ont vécu un épisode dépressif caractérisé ; 44 % des personnes concernées n'ont bénéficié d'aucune prise en charge. Attendre peut aggraver les symptômes, sans que chaque aggravation soit automatiquement imputable au délai.

Les jeunes particulièrement exposés : Chez les 18–29 ans, 21,5 % ont connu un épisode dépressif caractérisé en 2024. L'absentéisme, le décrochage scolaire, l'isolement et les difficultés d'insertion peuvent alors peser sur les familles, les établissements et la société.

Des délais incompatibles avec certains besoins : Selon un rapport de la HAS publié en 2024, 45 % des établissements de pédopsychiatrie déclaraient des délais d'accès aux soins ambulatoires allant de cinq mois à plus d'un an. Ces délais ne décrivent pas tous les territoires ni toutes les structures.

Situation actuelle

Des structures multiples : Les centres médico-psychologiques (CMP), services hospitaliers, médecins généralistes, psychiatres libéraux, psychologues et associations interviennent déjà. Mais l'orientation peut rester difficile lorsque les professionnels ne disposent pas de créneaux ou de relais.

Une attente très variable : La HAS rapportait en 2024 que 53 % des établissements de psychiatrie adulte déclaraient des délais ambulatoires de un à quatre mois ; en pédopsychiatrie, 45 % évoquaient cinq mois à plus d'un an. Ce sont des déclarations d'établissements, non un délai national individuel.

Des effectifs fragiles : En 2023, 63 des 547 postes ouverts aux épreuves nationales de classement en psychiatrie n'ont pas été pourvus. Fin 2024, le Cantal ne comptait aucun pédopsychiatre public, et le Gers, l'Indre et la Lozère un seul chacun.

Mesures proposées

Une première réponse rapide : Viser une première évaluation sous quinze jours pour les demandes non urgentes, avec tri clinique et orientation vers un suivi adapté. C'est une cible à construire, pas une garantie disponible dès le lancement.

Renforcer les équipes : Programmer environ 10 000 équivalents temps plein supplémentaires à terme : 4 000 psychologues, 3 000 infirmiers, 2 000 travailleurs sociaux et coordinateurs, 1 000 professionnels médicaux ou spécialisés. Les postes doivent être réellement pourvus.

Agir plus tôt auprès des jeunes : Déployer des équipes mobiles en établissements scolaires, universités et lieux d'apprentissage ; faciliter le passage entre pédopsychiatrie et soins adultes, notamment lors des sorties de formation ou des changements de domicile.

Prévenir les crises et les rechutes : Renforcer le 3114 et ses relais locaux ; organiser une réponse le jour même en urgence et un contact sous 48 à 72 heures après une sortie d'hospitalisation, selon les besoins cliniques.

Réduire les coûts indirects : Suivre les absences scolaires, arrêts de travail, crises évitables, hospitalisations répétées et charges pour les aidants. Une amélioration de ces indicateurs constitue un bénéfice collectif, pas automatiquement une recette pour l'État.

Responsabiliser sans stigmatiser : Étudier une contribution patronale uniquement après signal statistique, audit indépendant, constat de carences de prévention et délai de correction. Aucun diagnostic individuel ne serait transmis à l'employeur ; un taux d'arrêts élevé ne suffit jamais à prouver sa responsabilité.

Calendrier de mise en œuvre

Année n : lancer et mesurer : Ouvrir 300 M€ de crédits supplémentaires ; établir une photographie territoriale des délais, effectifs, crises et ruptures de suivi. Concertation avec soignants, associations, employeurs et représentants du personnel ; étude juridique sur les données et la prévention au travail.

Année n+1 : développer la proximité : Porter les crédits annuels supplémentaires à 650 M€ ; renforcer CMP, psychologues partenaires et équipes dédiées aux jeunes. Tester les indicateurs agrégés d'alerte sur les risques psychosociaux, sans prélèvement ni communication de diagnostics.

Année n+2 : étendre et vérifier : Atteindre 1 Md€ de crédits annuels supplémentaires ; développer les parcours spécialisés et mesurer les délais réels. Une contribution des employeurs ne pourra être proposée par la loi que si les données sont fiables et les garanties juridiques suffisantes.

Coûts et financement

Coût total programmé : Les crédits supplémentaires augmentent de 300 M€ en année n à 650 M€ en n+1, 1 Md€ en n+2, 1,3 Md€ en n+3 et 1,5 Md€ en n+4 : soit 4,75 Md€ cumulés sur cinq ans, et 1,5 Md€ par an à maturité.

Répartition annuelle à maturité : 600 M€ pour CMP et psychiatrie territoriale ; 300 M€ pour psychologues et proximité ; 250 M€ pour les jeunes ; 150 M€ pour crises et sorties ; 120 M€ pour prévention et formation ; 80 M€ pour coordination et évaluation. Les recrutements sont inclus.

Qui paie ? : Le scénario prévoit 1,1 Md€ par an de crédits supplémentaires de l'Assurance maladie et 400 M€ de l'État à maturité, à voter dans les lois financières. Les budgets existants ne doivent pas être comptés une seconde fois.

Contribution des employeurs : option conditionnelle : Après audit contradictoire et manquements persistants, un barème indicatif de 0,10 % à 0,30 % de la masse salariale pourrait être étudié. Ce mécanisme n'existe pas encore ; il exige une loi, des garanties de confidentialité et une étude d'impact.

Recette non garantie : À titre purement arithmétique, 150 Md€ d'assiette effectivement taxable à 0,20 % produiraient 300 M€ bruts par an. Ni cette assiette ni ce rendement ne sont constatés. Le budget de base retient donc zéro recette certaine.

Source : page KAIROS « proposition-18.html » transmise le 29 octobre 2026. Cette fiche résume les éléments publiés ; consulter la page pour le texte complet.