UNIOPSS

SANTÉ MENTALE : L'urgence d'une politique humaine, solidaire et citoyenne

Plaidoyer pour une politique publique globale de santé mentale

Juin 2025

Table des matières

Préambule 3

« Patient », « personne concernée », « personnes » ?
« Professionnel de soin », « soignant », « professionnel de santé », « thérapeute » ?
« Prise en charge », « parcours de santé », « accompagnement », « soin » ?
Qu'est-ce que la santé mentale ?
Qu'est-ce qu'un trouble psychique ?
Qu'est-ce que le rétablissement ?

Axe 1 – Reconnaître la citoyenneté des personnes 8

Proposition 1 : Garantir l'effectivité des droits et libertés des personnes
Proposition 2 : Sensibiliser le grand public à la santé mentale afin de lutter contre la discrimination et la stigmatisation des personnes
Proposition 3 : Mettre les personnes au cœur de leur parcours de santé en leur donnant les moyens d'agir et en faisant de leurs droits de citoyens une priorité
Proposition 4 : Réhumaniser l'accompagnement.

Axe 2 – Développer l'approche globale en santé mentale et son caractère préventif 12

Proposition 5 : Consacrer le caractère interministériel d'une politique publique de santé mentale
Proposition 6 : Faire de la promotion de la santé mentale une priorité
Proposition 7 : Faire de la prévention en santé mentale la pierre angulaire de notre offre de soins

Axe 3 – Réorganiser l'offre en santé mentale 17

Proposition 8 : Renforcer la gouvernance territoriale de la santé mentale et les moyens financiers pour la santé mentale
Proposition 9 : Améliorer l'entrée et la continuité des parcours de santé et créer un « panier de services » à l'échelle territoriale
Proposition 10 : Adapter les métiers et les pratiques des professionnels de la santé mentale aux évolutions des besoins des personnes
Proposition 11 : Renforcer le décloisonnement des acteurs du champ de la santé mentale (secteurs sanitaire, social et médico-social), notamment à travers des formations transversales communes

Axe 4 – Mettre en place des actions complémentaires pour les publics spécifiques 23

Proposition 12 : Adapter les dispositifs de soins et d'accompagnement aux populations présentant des vulnérabilités particulières

Propositions générales
Propositions spécifiques pour les personnes en situation de handicap (PSH) et les personnes âgées (PA)
Propositions spécifiques pour les enfants et les jeunes
Propositions spécifiques pour les personnes en situation de précarité ou de migration
Propositions spécifiques pour les personnes détenues
Propositions spécifiques pour les aidants

Préambule

La décision d'attribuer le label **Grande cause nationale 2025 à la santé mentale** a le mérite d'apporter une **reconnaissance publique** à ce problème majeur de la société française. Cependant, si une campagne de lutte contre la stigmatisation de la santé mentale est utile, **elle doit s'accompagner d'actions concrètes** visant à une amélioration et à une réorganisation de l'offre en santé mentale et en psychiatrie.

Or, **six mois après le début de la Grande cause, la mobilisation de toutes les politiques publiques à la hauteur des besoins est pour le moment insuffisante**. En effet, l'Uniopss et ses adhérents considèrent qu'il y a une nécessité impérieuse d'une grande action ambitieuse et réformatrice de la santé mentale en France. Au-delà de répondre aux enjeux d'une offre en santé mentale notoirement insuffisante et d'un secteur en crise, **cette action doit s'attaquer aux causes plus profondes de la dégradation de la santé mentale des Français**, et en particulier des plus jeunes.

Les images déformées, les préjugés et les caricatures restent encore tenaces dans les esprits vis-à-vis des personnes vivant avec des troubles psychiques. **Les déclarations sous forme d'anathèmes de responsables politiques lors d'actes violents commis par des personnes ayant des troubles psychiques se sont répétées ces dernières années**, faisant l'erreur de considérer que le trouble psychique est la cause de l'acte. Au-delà des personnes en cause, c'est l'ensemble des personnes vivant avec un trouble psychique qui peuvent légitimement se sentir atteintes. **Ces déclarations, le plus souvent dénuées de fond scientifique et de connaissance fine des situations, ne sont pas sans conséquences, car elles contribuent à légitimer une réponse coercitive** et une structuration des réponses où l'enfermement au sein des établissements psychiatriques pour l'ensemble des personnes hospitalisées serait la réponse à privilégier.

À l'inverse, **pour d'autres troubles psychiques perçus, à tort, comme moins importants** (dépression, troubles alimentaires, TOC), **le discours tend à les ramener à des situations individuelles et non à un problème social collectif**. La volonté réelle « d'aller mieux » des personnes est souvent mise en cause et le **caractère invalidant est fréquemment réfuté**.
Ce discours est aujourd'hui repris massivement par des structures privées lucratives *via* la vente de formations ou d'applications de « développement personnel », dont le fondement scientifique est là aussi souvent incertain.

Ce contexte d'infantilisation conduit à une sur-médication des personnes concernées, notamment dès l'entrée dans un parcours de santé et aux plus jeunes âges. **Les autres modalités d'accompagnement ne sont pas privilégiées et bien souvent les personnes ne sont pas écoutées dans leur parcours**. Elles sont alors réduites à un « patient », un cas à « traiter ».
Il n'est pas possible de se satisfaire ni de l'approche coercitive, ni d'un regard uniquement individualisant, ou même sanitaire de la santé mentale. **L'Uniopss plaide pour que les personnes soient considérées comme elles devraient l'être, à savoir, des citoyens comme les autres**. Leurs droits fondamentaux et sociaux doivent être pleinement préservés. Également, **ils doivent être acteurs de leur soin et avoir du pouvoir sur leur accompagnement**, la citoyenneté ne se limitant pas qu'à la cité.
Cependant, **les manques de moyens qui s'accumulent ces dernières décennies pour la santé mentale ont conduit à des atteintes régulières aux droits les plus essentiels** des personnes et à l'absence de compensations suffisantes permettant leur inclusion dans la société.

Enfin, lier la santé mentale à la citoyenneté trouve toute sa pertinence dans la prévention de la dégradation de la santé mentale et du développement des troubles psychiques. Certes, il est nécessaire de renforcer les capacités de chacun face aux facteurs affectant la santé mentale, mais il ne faut pas oublier dans quel contexte ces facteurs opèrent. Ainsi, **concevoir une approche globale de la santé mentale est aussi l'occasion de questionner notre société** : comment en est-on arrivé là ? Quelle est cette société qui produit à bas bruit et souterrainement des violences psychiques à l'égard de ses membres ?

Que ce soit à l'école, en entreprise ou à l'hôpital, **cette question doit engager une vaste réflexion sur notre rapport à l'autre et à la place qui est accordée à l'individu dans la société**. Ainsi, la santé mentale est un enjeu citoyen qui touche toutes les politiques publiques et qui engage le respect des droits sociaux et humains de chacun.

Une véritable politique publique de santé mentale ne peut se limiter à l'organisation et à la continuité des parcours de santé. Sans des politiques sociales complètes et transversales (logement, emploi, éducation, insertion, etc.), prenant en compte l'ensemble des déterminants de la santé globale au sens de l'OMS, l'offre en santé mentale restera limitée à un rôle palliatif, certes nécessaire, mais insuffisant. Cela ne permettra pas aux personnes de s'épanouir pleinement, quelles que soient leurs conditions de vie.

L'Uniopss souhaite ainsi que l'impulsion de la Grande cause 2025 soit l'occasion de **revoir le cadre de l'organisation de la politique de santé mentale** et que celle-ci soit **prise en compte dans l'ensemble des politiques publiques.**

Par ailleurs, l'Uniopss appelle à ce que **les actions de la feuille de route** santé mentale et psychiatrie aient des **traductions concrètes dans le PLF et le PLFSS** afin de garantir leur effectivité.
Enfin, l'Uniopss émet une liste de revendications appelant à **revoir à la hausse les ambitions de cette feuille de route** pour qu'elle réponde aux besoins des personnes, des structures et du terrain.

Pauline Vassallo
Présidente du groupe de travail santé mentale de l'Uniopss

Danièle Jourdain-Menninger
Présidente de la commission santé de l'Uniopss

Daniel Goldberg
Président de l'Uniopss

Principaux contributeurs

*Ce plaidoyer, conçu par le Groupe de travail Santé mentale de l'Uniopss, a fait l'objet de plusieurs mois d'échanges et de réflexion au sein de notre Réseau, dans une démarche coordonnée par **Raphaël Moreau**, conseiller technique Santé et ESMS.*

Terminologie

« Patient », « personne concernée », « personnes » ?

« Patient » renvoie à une personne dans le contexte d'un accompagnement clinique ou médical.
Or, l'accompagnement en santé mentale dépasse largement le cadre clinique. De plus, la personne est un acteur de son accompagnement au même titre que les autres intervenants. Ainsi, ce terme ne sera pas utilisé afin de ne pas réduire la personne à son statut médical et de rappeler que tous les professionnels intervenant dans la prise en charge de ces personnes ne sont pas nécessairement cliniciens ou médecins.
Dans ce document, le terme **« personne »** sera privilégié, car nous sommes tous concernés par la santé mentale. **« Personne concernée »** pourra être également utilisé à certains moments pour mettre en avant la nécessaire participation, représentation et prise en compte des personnes rencontrant une période de vulnérabilité ou un trouble psychique.

« Professionnel de soin », « soignant », « professionnel de santé », « thérapeute » ?

Le terme **« professionnel de soin »** a été choisi comme appellation générique pour englober l'ensemble des intervenants, quel que soit leur domaine d'action (sanitaire, social ou médico-social). Pour alléger certaines formulations, le terme **« soignant »** est également utilisé, avec une acception élargie : tout professionnel qui « prend soin » (et non uniquement qui « prodigue des soins »).
Cependant, certaines interventions nécessitent des compétences spécifiques : en ce sens, le terme **« professionnel de santé »** est utilisé pour désigner les acteurs du champ de la santé, du médical, dans son ensemble. Enfin, le terme **« thérapeute »** est réservé aux professionnels habilités à effectuer des interventions psychothérapeutiques (médecins psychiatres et psychologues cliniciens, notamment).

« Prise en charge », « parcours de santé », « accompagnement », « soin » ?

« Prise en charge » est ici entendu dans le sens de l'entrée d'une personne dans un « parcours de santé ». Ce terme ne se limite pas à un type de structure (urgence, consultation, entrée dans un établissement) ou à un type de soin.
L'Uniopss préfère se référer à la notion de **« parcours de santé »**, qui s'entend comme la prise en charge globale, structurée et continue des patients, au plus près de chez eux. Cela suppose de réunir prévention, soins, accompagnement médico-social et social, dans une logique de décloisonnement des secteurs. A l'inverse de la notion de **« parcours de soins »** qui traduit une vision uniquement sanitaire de la santé mentale.
Plus largement, cette vision globale du parcours de santé s'imbrique dans la définition de **« l'accompagnement à l'autonomie en santé »**. Celle est définie comme « l'action de mettre en œuvre des actions d'information, d'éducation, de conseil et de soutien destinées à toute personne, ou à son entourage, éprouvant une vulnérabilité en santé, dans une visée de renforcement de ses capacités à opérer ses propres choix pour la préservation ou l'amélioration de sa santé »[1].

Qu'est-ce que la santé mentale ?

Concernant la santé, l'Uniopss se réfère à la définition posée par le préambule à la Constitution de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) en 1946 : « un état de complet de bien-être physique, mental et social, [qui] ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité »[2]. Dans cette perspective, la santé mentale doit être prise en compte comme, toujours selon l'OMS, « un état de bien-être mental qui nous permet d'affronter les sources de stress de la vie, de réaliser notre potentiel, de bien apprendre et de bien travailler, et de contribuer à la vie de la communauté. Elle fait partie intégrante de la santé et du bien-être, sur lesquels reposent nos capacités individuelles et collectives à prendre des décisions, à nouer des relations et à bâtir le monde dans lequel nous vivons. La santé mentale est un droit fondamental de tout être humain. C'est aussi un aspect essentiel du développement personnel, communautaire et socioéconomique »[3].

Ainsi, trois facteurs cumulatifs de santé globale sont susceptibles de provoquer une modification de l'équilibre de la santé mentale.

[1] Ministère de la santé, Rapport CAP Santé !, 2017
[2] Préambule à la Constitution de l'Organisation mondiale de la Santé, tel qu'adopté par la Conférence internationale sur la Santé, New York, 19-22 juin 1946 ; signé le 22 juillet 1946 par les représentants de 61 États. 1946 (Actes officiels de l'Organisation mondiale de la Santé, n° 2, p. 100) et entré en vigueur le 7 avril 1948.
[3] OMS, Santé mentale : renforcer notre action, juin 2022

Cependant, ils sont bien souvent entremêlés et traduisent la multifactorialité d'une situation.
La modification d'un équilibre ne saurait s'expliquer uniquement par l'un de ces facteurs :

- Environnementaux, y compris des facteurs sociaux et culturels (ex : précarité)
- Psychologiques (ex : agressions, traumatismes)
- Génétiques et biologiques (ex : fluctuation hormonale)

La santé mentale intègre trois dimensions :

- La santé mentale positive qui recouvre le bien-être, l'épanouissement personnel, les ressources psychologiques et les capacités d'agir de l'individu dans ses rôles sociaux.
- La détresse psychologique réactionnelle, induite par les situations éprouvantes et difficultés existentielles (deuil, échec relationnel, scolaire...), qui n'est pas forcément révélatrice d'un trouble psychique;
- Les troubles psychiques de durée variable, plus ou moins sévères et/ou handicapants. Ces derniers sont du domaine de la pathologie et répondent à des définitions spécifiques.

Ces trois dimensions sont imbriquées et s'influencent mutuellement. Par exemple, une détresse psychologique peut entraîner un trouble psychique et il est possible d'être en bonne santé mentale positive tout en vivant avec un trouble psychique.

Dans les périodes de vulnérabilité, l'accompagnement est nécessaire : qu'il s'agisse d'un proche aidant, d'une structure d'entraide entre pairs, d'une consultation chez un professionnel de la santé mentale, d'une prise en compte aux urgences,... Mal repérée ou mal accompagnée, la détresse psychologique peut s'inscrire dans un processus handicapant.
Ainsi, il est important de ne pas ignorer les signaux faibles et donc de parler de santé mentale, sans tabou.

Qu'est-ce qu'un trouble psychique ?

Santé mentale et troubles psychiques entretiennent un lien complexe dépassant la simple causalité, l'un n'étant pas consubstantiel à l'autre. Les troubles psychiques peuvent être préexistants ou survenir après une détérioration de la santé mentale.

Également, une barrière fixe ne doit pas être mise entre les deux. Une personne peut très bien manifester une crise épisodique d'un trouble psychique, sans qu'aucun diagnostic soit posé et sans connaître de récidive. Aussi, une personne avec un trouble psychique peut très bien mener une vie satisfaisante et épanouie selon ses propres critères et ainsi avoir une bonne santé mentale.

Le trouble psychique relève d'une définition médicale et il est constaté à la suite d'un examen médical. Si les conséquences du trouble conduisent à des altérations dans la vie quotidienne, une reconnaissance de handicap peut être établie. Celle-ci vient compenser une limitation d'activité ou une restriction de la participation à la vie en société subie par la personne.

Les troubles psychiques sont listés dans la 5e version du Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux[4] (DSM-5). On peut également se référer au chapitre 05 « Troubles mentaux et du comportement (F00-F99) » de la classification internationale des maladies (CIM-10) publiée par l'OMS. Le DSM-5 n'est pas exempt de critiques, mais constitue un outil, largement partagé, pour la classification des troubles psychiques.

Qu'est-ce que le rétablissement ?

Le rétablissement désigne un processus qui vise à recouvrer un niveau de bien-être satisfaisant sa capacité de décider et sa liberté d'agir. Il s'agit aussi d'apprendre à mieux se connaître, à reconnaître ses troubles et à accepter de vivre avec. Ce processus permet à la personne de restaurer son équilibre de vie et de retrouver la place qu'elle souhaite occuper dans la société, tout en construisant un projet qui fait sens pour elle.

Le rétablissement ne repose pas sur un avis médical : il place la personne au centre des décisions et la reconnaît comme actrice de sa vie. Il n'est pas synonyme de guérison clinique ou d'une disparition des symptômes, mais d'une possibilité de redonner un sens à sa vie à travers des activités et un mode de vie satisfaisant et épanouissant pour la personne.

La réhabilitation psychosociale est une dimension importante du rétablissement. Elle vise à renforcer les parcours de soins et de vie, l'intervention précoce, la prévention des rechutes et l'inclusion sociale. Elle est centrée sur la personne et les droits humains. Elle vise, à travers la réalisation d'un projet de vie auto-déterminé, à améliorer la qualité de vie et l'inclusion sociale de la personne en renforçant son indépendance au quotidien.

[4] https://fr.wikipedia.org/wiki/Manuel_diagnostique_et_statistique_des_troubles_mentaux

Axe 1 – Reconnaître la citoyenneté des personnes

Cet axe est à décliner dans chacune des propositions de ce document. Sans représentations, la mise en place des notions émergentes en santé mentale (rétablissement, réhabilitation, disparition des soins sans consentement, …) sera inopérante, car dépourvue du regard des personnes. En effet, il n'est pas possible de porter des notions plaçant la personne au centre du parcours de santé sans lui garantir une représentation effective dans les lieux de décisions et de construction de l'action sociale, médico-sociale et sanitaire.

PROPOSITION 1

Garantir l'effectivité des droits et libertés des personnes

Revendication structurante de ce plaidoyer, l'Uniopss prend pour objectif final l'inclusion totale dans la société des personnes ayant un trouble psychique et l'abolition de toute forme de discriminations et d'exclusions institutionnelles ou sociales, afin qu'elles jouissent pleinement de leurs droits de citoyen.

→ **Fixer une ambition à terme visant à permettre aux individus de concourir aux espaces de décisions sans stigmatisation, freins ou tout autre filtre social ayant tendance à les exclure, pour qu'enfin leur légitimité à participer au dialogue ne vienne plus du fait qu'ils soient concernés, mais citoyens.**

PROPOSITION 2

Sensibiliser le grand public à la santé mentale afin de lutter contre la discrimination et la stigmatisation des personnes

La sensibilisation a pour objectif un changement profond des représentations, des discours et des pratiques. Trop souvent cantonnée au champ médical et comme un marqueur de stigmatisation, la santé mentale doit être reconnue comme une composante essentielle de la vie de chacun, car une personne sur quatre sera touchée par un trouble psychique dans sa vie.
Cela implique d'informer largement le grand public, de mobiliser les élus pour qu'ils s'emparent de ces enjeux dans leurs territoires et de faire évoluer les mots que nous utilisons pour représenter les personnes concernées.

Les propositions suivantes visent à faire émerger une approche globale et citoyenne de la santé mentale, ancrée dans les territoires :

→ **Développer et renforcer la visibilité des manifestations visant à informer le grand public sur la santé mentale ;**
Notamment en soutenant financièrement les actions locales des Semaines d'information sur la santé mentale, des contrats locaux de santé mentale (CLSM) et des groupes d'entraide mutuelle (GEM).

→ **Mettre en œuvre une politique de sensibilisation ciblant les élus locaux pour que ceux-ci promeuvent la santé mentale dans leurs territoires et dans leurs circonscriptions ;**
Les collectivités territoriales disposent de leviers importants pour organiser et renforcer l'offre en santé mentale dans les territoires.

→ **Changer les discours à propos des personnes, pour que les mots « malades » ou même « usagers » soient abandonnés au profit des mots « personnes » et « citoyens » ;**
L'objectif est de contribuer à la généralisation de l'approche par les personnes concernées et à la diffusion des notions de rétablissement et de réhabilitation psychosociale.

POINT FEUILLE DE ROUTE SANTÉ MENTALE ET PSYCHIATRIE

L'action 3 de la feuille de route comprend une campagne de communication à destination du grand public. **Cette campagne a trouvé sa place dans le cadre de la Grande cause nationale santé mentale 2025.**
Plus largement, l'action s'appuie sur les ressources du Psycom, reconnu pour sa référence et la pertinence de ses outils. **Cependant, s'agissant de la lutte contre la stigmatisation, d'autres acteurs et actions pourraient être mis en avant**, qui contribuent aussi à lutter contre la stigmatisation, comme :
- Les GEM (dont l'action 34 prévoit leur renforcement)
- La diffusion de contenus de vulgarisation (podcasts, vidéos, etc.)
- Les initiatives locales portées par les CLSM
- La modification des ressources mises à disposition des professionnels du soin pour leur permettre une meilleure acculturation.

Bien que la feuille de route ne comporte pas de volet sur le **changement des discours à propos des personnes**, elle y contribue par son existence. Cependant, **certains acteurs restent réticents à ce changement de perspective.**

Enfin, **le manque d'actions à destination des élus locaux est regrettable dans la mesure où ils participent activement aux projets territoriaux de santé mentale (PTSM) et CLSM**. Les sensibiliser à ces questions permettrait aux collectivités territoriales, et notamment aux communes, de mobiliser les leviers à leur disposition pour étoffer l'offre et l'orientation en santé mentale.

PROPOSITION 3

Mettre les personnes au cœur de leur parcours de santé en leur donnant les moyens d'agir et en faisant de leurs droits de citoyens une priorité

Dans le but d'approfondir la démocratie en santé mentale, les personnes doivent être considérées comme des citoyens à part entière. Il s'agit de garantir le plein exercice de leurs droits et, à cet effet, l'Uniopss propose notamment de :

→ **Écouter les attentes des personnes quant à la définition et à la mise en œuvre de leurs parcours de vie et de santé ;**
Les personnes concernées doivent pouvoir participer, à égalité avec les professionnels du soin, à la conception et au suivi de leur parcours de santé.

→ **Accorder aux représentants des personnes** (personnes concernées, famille, aidant, …) **un statut légal ou réglementaire qui prenne en compte leur mission de représentation dans les instances de la démocratie en santé ;**
La mise en place d'un statut de « l'élu social » permettrait de sanctuariser la représentation des personnes dans les instances de la démocratie en santé.

→ **Fournir aux représentants des personnes les moyens logistiques et financiers de leur participation** (frais de déplacements et de représentation, …).
Dans le prolongement du statut de « l'élu social », leur fonction de représentation serait indemnisée, afin que la représentation ne constitue pas un coût financier pour les personnes.

! POINT FEUILLE DE ROUTE SANTÉ MENTALE ET PSYCHIATRIE

L'absence de la représentation des personnes dans une feuille de route ayant pour ambition de transformer le secteur de la santé mentale et de la psychiatrie **constitue un manque auquel il faut remédier d'urgence.**

Actuellement, **la préoccupation relative à la participation des personnes relève encore de l'intention**, sans réellement faire évoluer les regards des professionnels.

PROPOSITION 4

Réhumaniser l'accompagnement

Il est indispensable de faire évoluer notre cadre d'action vers une approche plus juste, cohérente et respectueuse des droits fondamentaux. Cela suppose de prendre en compte les droits de la personne à plusieurs niveaux :

→ **Garantir un droit à l'oubli en supprimant l'obligation de déclarer un trouble psychique passé un certain délai sans rechute ;**
Certaines démarches de la vie courante nécessitent de déclarer ses problématiques de santé mentale. Par exemple, il est obligatoire de déclarer une tentative de suicide pour souscrire un emprunt. Ces obligations de déclaration ne sont pas limitées dans le temps, forçant la personne à vivre avec ce stigmate au quotidien.

→ **Unifier les modalités de construction et de mise en œuvre des directives anticipées et du plan de crise ; et les rendre opposables ;**
Il convient d'unifier le cadre d'usage des directives anticipées et du plan de crise afin de garantir une égalité de traitement sur l'ensemble du territoire. Pour le moment, ce cadre est à la discrétion de chaque hôpital et ces protocoles sont peu pris en compte par les personnels soignants.
Par ailleurs, l'implication de la personne et des proches-aidants doit être accrue dans la construction de ces protocoles.

→ **Déployer une véritable stratégie pour supprimer progressivement le recours aux soins sans consentement et mettre en place des alternatives ;**
Une stratégie ambitieuse doit être déployée pour faire disparaître le recours aux soins sans consentement, en développant des dispositifs alternatifs comme les lieux de répit, les lieux d'information des personnes, …

→ **Garantir un accès effectif à la prestation de compensation du handicap (PCH) ;**
L'accès à la PCH reste difficile pour les personnes vivant avec un trouble psychique. En raison d'une information insuffisante des personnels des maisons départementales pour les personnes handicapées (MDPH), les personnels restent méfiants et questionnent la nécessité pour ces personnes de recevoir cette prestation.

! POINT FEUILLE DE ROUTE SANTÉ MENTALE ET PSYCHIATRIE

L'Uniopss encourage le ministère de la Santé à se saisir de ces questions, car elles sont partie intégrante d'un système de santé mentale plus inclusif et respectueux des personnes.

L'action 27, visant à **réduire les pratiques de soins sans consentement et de contention**, marque la production d'une grande quantité de travaux sur le sujet. Cependant, **ces connaissances manquent de traduction opérationnelle sur le terrain.** Concrètement, cela passe, entre autres, par la **mise en œuvre des directives anticipées et des plans de crise** à l'échelle nationale et que ceux-ci soient rendus opposables.

L'action 34 ter vise à élargir l'éligibilité à la PCH. **Depuis janvier 2023, un décret a permis un accès plus large à la PCH** pour les personnes en situation de handicap psychique, jusque-là peu concernées en raison de critères centrés sur les incapacités physiques. **Désormais, des difficultés liées à la gestion du comportement ou à l'accomplissement d'activités multiples sont prises en compte.** Également, les **questionnaires complémentaires au formulaire de demande à la MDPH** sont de bons éléments pour améliorer l'accès aux droits. **Il conviendrait de les étendre.**
L'enjeu à présent est de sensibiliser et former le personnel des MDPH à ces nouveaux critères pour adapter leurs pratiques et assurer une effectivité de ce décret.

Axe 2 – Développer l'approche globale en santé mentale et son caractère préventif

La prise en compte de notre santé mentale dans la société repose sur une modification des manières de l'aborder entre nous. Nous devons changer les façons d'en parler et d'en entendre parler. De plus, comme pour de nombreuses autres pathologies, nous devons renforcer nos capacités à nous prémunir des risques et à les anticiper.

La question de la prévention en santé mentale est délicate à aborder, car elle recouvre diverses approches selon les définitions. Ici, nous avons fait le choix de faire la distinction entre sensibilisation, promotion et prévention :

- Sensibilisation : créer des campagnes d'information auprès de la population (proposition 2 de l'axe 1) ;
- Promotion : évoluer vers une société apte à s'auto-saisir des questions de santé mentale et de développer des outils d'auto soin ;
- Prévention : créer des outils et des dispositifs permettant la détection et l'accompagnement des problématiques de santé mentale.

Ces trois dimensions sont complémentaires et ne pourraient exister indépendamment. C'est pour cela que l'Uniopss plaide pour que la Grande cause nationale santé mentale 2025 ne se limite pas à une campagne de communication. Sensibiliser sans offrir les moyens de prendre soin de sa santé mentale risque de ne créer qu'un sentiment d'incompréhension dans la société.

PROPOSITION 5

Consacrer le caractère interministériel d'une politique publique de santé mentale

L'Uniopss soutient que la santé mentale, omniprésente dans la vie quotidienne, nécessite une coordination intersectorielle renforcée. En effet, des liens forts existent entre santé mentale et d'autres domaines, par exemple :

- Environnement : bénéfices du contact avec la nature (effets anxiogènes de sa dégradation), qualité de vie dans un logement,... ;
- Santé sexuelle et genre : impact des violences sexistes et sexuelles, du harcèlement et de la stigmatisation sur la santé mentale ;
- Maladies somatiques : interaction entre troubles psychiques et maladies chroniques comme le cancer ou la non prise en compte de pathologie somatique, car les symptômes sont attribués au trouble psychique ;
- Nutrition et activité physique : effets sur le bien-être mental.

La santé mentale traverse tous les champs de la santé, justifiant pleinement une politique publique transversale, pilotée au plus haut niveau. Ainsi l'Uniopss propose de :

→ **Transformer la délégation ministérielle à la santé mentale et à la psychiatrie en délégation interministérielle ;**
Dans un souci de cohérence avec le comité interministériel de juin 2025 et le plan qui en découle, ce changement de paradigme est nécessaire pour la délégation ministérielle. Surtout si celle-ci est appelée à suivre et à coordonner les différentes feuille de route « santé mentale » des ministères.

→ **Adosser au planning de travail de la délégation interministérielle un budget pluriannuel suffisant et sécurisé.**
Toute feuille de route a besoin d'un calendrier clair des crédits qu'elle peut mobiliser pour la réalisation de ses actions. Or, les financements actuels pour la santé mentale ne sont que très peu lisibles dans la durée.

POINT FEUILLE DE ROUTE SANTÉ MENTALE ET PSYCHIATRIE

L'action 9 vise à **promouvoir une approche interministérielle** de la santé mentale, notamment en l'inscrivant comme **priorité permanente du Comité interministériel pour la santé** (CIS). Or ce dernier **ne s'est pas réuni depuis 2023.**

PROPOSITION 6

Faire de la promotion de la santé mentale une priorité

L'Uniopss alerte sur la nécessité d'un changement de paradigme : il est temps de dépasser les approches strictement curatives pour investir pleinement dans la prévention, la promotion du bien-être et le renforcement des capacités individuelles et collectives. Cela suppose un pilotage cohérent, une coordination intersectorielle réelle et une attention accrue aux déterminants sociaux et environnementaux de la santé mentale.

À travers ses propositions, l'Uniopss plaide pour une action publique ambitieuse, fondée sur le développement des compétences psychosociales tout au long de la vie, une meilleure organisation des actions de prévention et une approche globale de la santé mentale, ancrée dans la citoyenneté, l'équité et la justice sociale.

→ **Renforcer les compétences psychosociales dès le plus jeune âge et tout au long de la vie, avec une attention particulière pour les publics présentant des vulnérabilités spécifiques ;**

L'Uniopss plaide pour une politique de renforcement des compétences psychosociales pour l'ensemble de la population et au quotidien. « Les compétences psychosociales (CPS) font partie des compétences de vie qui permettent de faire face efficacement aux situations et problèmes du quotidien. Elles peuvent donc contribuer à favoriser le bien-être mental, physique et social, la réussite éducative, l'insertion professionnelle, et à prévenir des comportements défavorables à la santé. »[5]. Trois grandes catégories de compétences psychosociales ont été identifiées :

- *3 compétences cognitives : la conscience de soi, la capacité de maîtrise de soi, la capacité à prendre des décisions constructives ;*
- *3 compétences émotionnelles : avoir conscience de ses émotions et de son stress, savoir réguler ses émotions, savoir gérer son stress ;*
- *3 compétences sociales : communiquer de façon constructive, développer des relations constructives, résoudre des difficultés relationnelles.*

→ **Revoir le pilotage et le périmètre des actions de sensibilisation et de prévention, notamment pour celles relatives aux déterminants socio-environnementaux. ;**

La promotion de la santé vise le renforcement du pouvoir d'agir des personnes et des groupes sur leurs conditions de vie et de santé, à l'aide de stratégies d'interventions telles que l'éducation pour la santé, l'organisation communautaire, l'action sur les environnements, le plaidoyer politique et la réorientation du secteur du soin[6].

Ainsi, il est nécessaire de renforcer l'efficience des actions de promotion du bien-être à l'échelle globale.

[5] Santé publique France, Les compétences psychosociales : l'essentiel à savoir, 23 avril 2025
[6] Fédération promotion santé, Onze fondamentaux en promotion de la santé : des synthèses théoriques, 2021

POINT FEUILLE DE ROUTE SANTÉ MENTALE ET PSYCHIATRIE

La promotion de la santé mentale repose sur plusieurs actions sur lesquelles il est nécessaire d'avoir un certain recul.

Action 1 – Renforcement des compétences psychosociales chez les jeunes (CPS)

Cette action renvoie à la stratégie nationale 2022-2037 de développement des compétences psychosociales chez les jeunes. **Celle-ci est ambitieuse et multisectorielle, mais sa mise en œuvre reste difficile avec des objectifs lointains.** Les institutions, notamment l'Éducation nationale, travaillent souvent en silo, sans réelle coordination ni mutualisation des ressources. Le soutien des agences régionales de santé (ARS) est très inégal selon les territoires, entraînant des **disparités locales importantes faute d'un pilotage national fort.**

Une **feuille de route intersectorielle 2023-2027 vise à structurer des programmes départementaux pour les enfants sous protection** (ASE/PJJ) avec des formations partagées sur les CPS, **mais elle est encore très peu connue ou appliquée sur le terrain.**

Action 2 : Développer des actions de prévention de la souffrance psychique au travail

Les professionnels de santé au travail manquent souvent de formation en animation et en promotion du bien-être des salariés, se concentrant surtout sur des contenus imposés (sommeil, addictions...).
Les Services de Santé au Travail, bien qu'efficaces sur les risques techniques, **sont peu outillés pour appliquer une approche globale de santé au travail**, comme le recommande la charte d'Ottawa : implication des salariés, amélioration des environnements de travail (matériels et sociaux) et réorganisation des pratiques professionnelles pour mieux concilier vie personnelle et professionnelle.
Aussi, une **stratégie de sensibilisation sur le traumatisme vicariant**[7] serait un plus pour protéger les professionnels du soin.

Action 6 – Mettre à disposition des agences régionales de santé un ensemble de 5 actions intégrées de prévention du suicide

Les actions d'information et de sensibilisation, en particulier auprès du grand public, sont insuffisamment développées. Il serait utile de favoriser la mise en place d'évènements et de temps forts locaux et nationaux autour de la prévention du suicide.

Le pilotage global manque de coordination malgré une stratégie multimodale pertinente. Des tensions existent aussi entre les formations "Sentinelle" et PSSM, toutes deux présentes dans la feuille de route mais mal articulées.

Enfin, la stratégie gagnerait à être mieux intégrée dans une logique plus large de promotion de la santé mentale, au-delà de la seule prévention.

Action 7 bis – Promouvoir le sommeil comme un déterminant essentiel de santé

Aborder la question du sommeil sans prendre en compte ses déterminants sociaux et environnementaux — comme la qualité du logement ou les rythmes de travail — donne une vision trop partielle du problème. Bien qu'il existe certains conseils utiles pour améliorer le sommeil, il est problématique qu'une feuille de route nationale fasse reposer cette responsabilité uniquement sur l'individu, sans considérer l'influence majeure de ces facteurs structurels.

[7] Avec la mise à jour du DSM-5 en 2013, le critère A.4 pour le trouble de stress post-traumatique a été élargi pour explicitement inclure comme déclencheur « une exposition répétée ou extrême à des détails horribles d'un événement traumatisant ». Cette disposition est applicable notamment aux premiers intervenants, tels que les pompiers et le personnel médical d'urgence, confrontés directement à des scènes de violence extrême. Ce traumatisme ne résulte pas de l'exposition directe aux éléments physiques de l'événement mais de l'engagement empathique avec les récits des personnes ayant directement vécu les événements. Une des conséquences est que ce changement conduit le professionnel à adopter une vision du monde perçue comme moins juste, érodant un certain espoir envers sa profession et plus largement envers le monde qui l'entoure.
Source : CN2R, traumatisme vicariant, site web

PROPOSITION 7

Faire de la prévention en santé mentale la pierre angulaire de notre offre de soins

En santé, la prévention se divise en trois niveaux. La prévention primaire vise à empêcher l'apparition des troubles. La prévention secondaire a pour but de détecter les troubles le plus tôt possible, avant l'apparition de symptômes graves. Enfin, la prévention tertiaire intervient lorsque la maladie est déjà présente. Elle cherche à limiter les complications, à éviter les rechutes et à améliorer la qualité de vie des personnes.

Ainsi, pour la santé mentale, il s'agit d'augmenter la détection en amont des troubles, mais également d'éviter sa dégradation par d'autres facteurs environnementaux, sociaux ou somatiques.

Cela nécessite de mieux structurer les interventions existantes, en articulant les actions des différents acteurs autour d'un langage et d'un référentiel commun. La prévention doit être pleinement intégrée aux pratiques professionnelles, à la formation des métiers de la santé mentale, et aux dispositifs d'accueil dès la petite enfance. Sans décloisonnement ni coordination, les efforts actuels resteront dispersés et peu efficaces.

→ **Articuler les actions de prévention des différents acteurs de la santé mentale autour d'un langage commun ;**
L'idée de langage commun renvoie à une interconnaissance des rôles des professionnels et structures intervenant dans la santé mentale (premier recours, structures spécialisation, coordination,...), mais aussi à une interconnaissance des approches de la santé mentale (rétablissement, participation des personnes,...).

→ **Inclure la prévention dans la redéfinition des métiers de la santé mentale ;**
Consacrer l'approche préventive dans ces métiers permet de changer de paradigme et de faciliter les parcours avec d'autres accompagnements pour limiter la dégradation de l'état de la personne.

→ **Renforcer les acteurs de la prévention précoce, leur articulation et prévoir la sortie dans d'autres dispositifs pour accompagner la construction de l'enfant ;**
Trop d'enfants, une fois sortis des établissements qui leur sont dédiés, sont laissés à leur sort. L'objectif est de faciliter le passage de l'accompagnement « enfant » à l'accompagnement « adulte ».

→ **Garantir un volet santé mentale dans les examens médicaux obligatoires à l'école, et le cas échéant, à l'arrivée dans la protection de l'enfance ou à l'arrivée en milieu carcéral ;**
Tout d'abord, il est nécessaire de s'assurer de l'effectivité tout court de ces rendez-vous médicaux, car très peu sont réellement réalisés. Dans un second temps, ils devraient avoir une composante santé mentale et agir comme un premier niveau d'orientation, si nécessaire.

→ **Inscrire la santé mentale dans les rendez-vous de prévention aux âges clés de la vie, déployés par l'assurance maladie.**
Dans la continuité de la proposition précédente, ces nouveaux rendez-vous de l'assurance maladie doivent agir comme un premier niveau d'orientation, si un besoin en santé mentale émerge.

POINT FEUILLE DE ROUTE SANTÉ MENTALE ET PSYCHIATRIE

Les actions 10, 14 et 21 de la feuille de route, portant respectivement sur la stratégie des 1 000 premiers jours, le renforcement des CMPEA et de la pédopsychiatrie de ville, **montrent un fort intérêt pour le repérage précoce et la santé mentale des enfants.** Les efforts engagés et promis devront être maintenus pour produire un véritable effet sur la santé des populations.

Cependant, **l'absence de lien avec la PMI, la protection de l'enfance, la médecine scolaire et universitaire constitue un obstacle majeur pour décloisonner le repérage et l'accompagnement des personnes.** Ces acteurs souffrent également d'un manque de moyens chronique.

L'action 17 ter visant à **financer un temps de psychologue dans les services de soins à domicile est largement insuffisante** (80 psychologues pour 101 départements).
La mesure prévoyait 100 ETP, mais l'enveloppe de financement n'est prévue que pour 80 ETP, avec pour réalisation le recrutement effectif de 52,16 ETP.

Inévitablement, **le décloisonnement doit s'accompagner d'un référentiel commun** de la prévention en santé mentale. Or, santé mentale et prévention restent deux notions disposant de réalités et de définitions hétérogènes selon les professionnels, les structures et le champ de l'action sociale, médico-sociale et sanitaire.

Axe 3 – Réorganiser l'offre en santé mentale

Ces dernières années, les dispositifs dédiés au premier recours et à l'accueil inconditionnel ont progressivement basculé vers un rôle médico-social, palliant les carences (voire les défaillances) des structures de droit commun, elles-mêmes sous-dotées en moyens humains.

Cette évolution s'est ainsi traduite par une augmentation des suivis psychologiques au long cours, faute de relais disponibles en aval, doublée de délais d'attente pouvant dépasser un an pour un premier rendez-vous.

Ce basculement a également conduit à la prise en compte croissante de situations complexes relevant en principe de structures spécialisées, mais orientées par défaut vers ces dispositifs en raison de leur capacité à offrir un accueil rapide et inconditionnel.

Ainsi, il est urgent de revoir l'organisation et les moyens de l'offre en santé mentale, en partant du besoin des personnes et du territoire. Cette logique doit s'accompagner d'une lutte contre les inégalités d'accès aux soins et à l'accompagnement.

PROPOSITION 8

Renforcer la gouvernance territoriale de la santé mentale et les moyens financiers pour la santé mentale

En l'absence de tout financement supplémentaire et sans agenda clair, tout sauvetage du système de santé mentale sera voué à l'échec. Aussi, la réorganisation de l'offre doit passer par une gouvernance territoriale forte et appuyée par l'ensemble des acteurs. Ainsi, ces propositions sont une condition nécessaire à la réalisation des suivantes figurant dans cet axe :

- **Garantir une meilleure coordination et répartition des rôles entre les plans de santé existant aux différents niveaux territoriaux ;**
  L'articulation des projets régionaux de santé, des contrats locaux en santé, des conseils territoriaux de santé, des plans régionaux de santé au travail, des rectorats, des plans des conseils régionaux et des conseils départementaux et des actions de l'assurance maladie, avec les PTSM et les CLSM doit être revue pour éviter les doublons ou le manque de coordination. Les PTSM et les CLSM doivent être consacrés comme les instances de coordination et de mise en œuvre de la politique de santé mentale.

- **Garantir un financement suffisant à l'ensemble des structures sociales, médico-sociales et sanitaires contribuant directement ou indirectement au système de santé mentale ;**
  Condition sine qua non à un bon fonctionnement de l'offre en santé mentale.

- **Renforcer le financement des PTSM, notamment dans la réalisation d'actions concrètes de création de parcours et d'interconnaissance des acteurs de la santé mentale sur un territoire ;**
  Les remontées de terrain indiquent un fort intérêt des structures et des personnes pour les PTSM, mais le faible financement face à la multitude d'actions envisagées ralentit fortement les premiers effets concrets des PTSM.

- **Inciter les ARS et les conseils départementaux à contribuer activement au rapprochement du secteur sanitaire avec les secteurs social et médico-social afin de sortir de la logique de silo ;**
  Pour favoriser le développement du rétablissement, la coordination des parcours et les approches pluridisciplinaires, il est nécessaire de faire dialoguer l'ensemble des acteurs.

→ **Garantir une place plus importante au médico-social et au social dans les communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS) afin de favoriser l'approche transversale de la santé mentale.**
Les CPTS, dans certains territoires, restent centrées sur les questions sanitaires et demeurent à l'écart des PTSM et des CLSM. Or, il s'agit d'un formidable levier pour développer les approches pluridisciplinaires et la transmission des bonnes pratiques.

POINT FEUILLE DE ROUTE SANTÉ MENTALE ET PSYCHIATRIE

Les projets territoriaux de santé mentale (PTSM), dont l'action 15 prévoit le suivi, ont été introduits en 2016 et leur première version arrive à son terme. Malgré les soutiens financiers évoqués par la feuille de route, **ces derniers manquent de moyens humains et financiers, notamment dans la mise en œuvre des actions portées par les PTSM.**

Aussi, **le rôle des ARS est souvent qualifié d'ambigu** par les participants aux PTSM, car elles utilisent leur rôle de financeurs des postes des coordinateurs des PTSM pour imposer leur vision.

D'un point de vue plus général, la feuille de route a le mérite de mettre en avant un ensemble d'actions à mettre en œuvre pour réorganiser l'offre en santé mentale. Cependant, **l'absence d'échéance et de moyens financiers sanctuarisés met à mal le projet d'une offre efficiente.**

PROPOSITION 9

Améliorer l'entrée et la continuité des parcours de santé et créer un « panier de services »[8] à l'échelle territoriale et des bassins de vie

L'Uniopss propose, sous l'égide du PTSM et de la mise en œuvre par l'ARS, la mise en place d'un « panier de services » en santé mentale pour répondre à l'ensemble des besoins des personnes et à l'échelle du bassin de vie. Tout d'abord, il s'agit de clarifier le rôle respectif des acteurs du premier recours et de soutenir les nouvelles formes d'accueil. Ainsi, le PTSM pourra organiser l'offre en santé mentale selon trois piliers, ne représentant pas une succession d'étapes pour le parcours de la personne, mais divers points d'entrée visant à l'orienter vers l'accompagnement qu'elle juge pertinent :

- **Premier pilier : orientation** – Le déploiement d'outils d'interconnaissances et d'organisation des lieux et parcours de santé, accessibles à l'ensemble des professions du soin (social, médical-social et sanitaire), permettrait une orientation rapide des personnes. Ainsi, les médecins généralistes, les maisons des adolescents, les MDPH ou autres pourraient renvoyer facilement vers une structure et un parcours correspondant aux besoins des personnes ;

- **Deuxième pilier : accompagnement** – Allant des lieux de répit à un suivi par une équipe pluridisciplinaire (coordonnée par le médecin généraliste à l'instar des microstructures) en passant par les psychologues et psychiatres de ville, l'idée est de proposer un diagnostic et un accompagnement souple pour les personnes dont le trouble psychique a un impact léger ou modéré sur leur vie. Cela permettra également de moins solliciter les CMP et urgences psychiatriques ;

[8] Rapport Laforcade, 2016.

- **Troisième pilier : crise et accompagnement renforcé** – Sollicitant les CMP, les urgences psychiatriques, l'ambulatoire, les équipes mobiles, les structures d'hébergement, l'objectif est de répondre à des troubles psychiques ayant un fort impact sur le quotidien des personnes ; que ce soit dans le temps ou de manière épisodique.

Pour permettre ce « panier de services » et cette organisation en trois piliers, l'Uniopss propose de renforcer l'offre en santé mentale en plusieurs points :

→ **S'assurer d'une interconnaissance territoriale entre les services sociaux et les lieux d'accompagnement et d'accueil inconditionnel ;**
Développer des outils pour facilement trouver les structures sur le territoire pouvant répondre aux besoins des personnes et faciliter leur orientations.

→ **Développer dans les territoires les lieux de répit et de ressources en santé mentale ;**
Une politique active de soutien aux lieux de répit et de ressources doit être mise en place, enfin de proposer une offre diversifiée, adaptée et complémentaire dans les territoires.

→ **Étendre la réflexion sur la régulation de l'installation des médecins aux psychiatres et psychologues libéraux ;**
Dans le prolongement des débats sur la libre installation des médecins, le même questionnement doit être fait pour les psychiatres et psychologues libéraux. Aujourd'hui, la France présente l'une des densités de psychiatres et psychologues parmi les plus élevées d'Europe, avec 23 psychiatres pour 100 000 habitants et 109 psychologues pour 100 000 habitants. Or, certains territoires sont sous-dotés et les temps d'attentes pour un rendez-vous se comptent en année.

→ **Ouvrir la réflexion sur la participation des psychiatres et psychologues libéraux à une permanence des soins dans les structures d'accueil inconditionnel ;**
Dans le prolongement du précédent point, il s'agit de rééquilibrer les modes d'exercice, car le secteur hospitalier (le secteur psychiatrique, notamment) connaît une hémorragie de ses professionnels. Ce mécanisme doit s'accompagner d'un renforcement de l'attractivité du secteur.

→ **Reconnaître les psychologues comme des acteurs incontournables de la santé mentale ;**
Les psychologues ne doivent pas être vus comme une profession paramédicale, mais comme des acteurs à la frontière de différents secteurs : médical, travail, éducation, social, justice,.... Véritables acteurs du premier recours, ils complètent aussi les équipes sanitaires, sociales et médico-sociales par leur singularité. Il est nécessaire de protéger cette profession spécifique de toute subordination aux médecins et reconnaître leur place centrale dans l'offre de soin. Pour cela, l'Uniopss propose de suivre les recommandations du rapport IGAS de 2019[9].

→ **Soutenir l'augmentation et la formation des infirmiers en pratique avancée (IPA) en santé mentale et psychiatrie ;**
Dans le prolongement de l'élargissement des missions des IPA permis par la loi « infirmier » du 19 juin 2025, il est nécessaire de soutenir cette spécialisation en santé mentale et psychiatrie afin d'augmenter l'offre en santé mentale dans les territoires et structures d'orientation et d'accueil inconditionnel.

→ **Renforcer les dispositifs d'aller-vers.**
L'aller-vers est une pièce maîtresse de la prévention et du repérage précoce. Aussi, elle permet une flexibilité de l'offre, de répondre au mieux aux parcours des personnes et d'amener les problématiques dans d'autres secteurs des solidarités (logement, précarité, autonomie,...).

[9] IGAS, intégration des psychologues dans le parcours de soins, octobre 2019

Dans un second temps, il convient de renforcer les acteurs contribuant à l'approche par le logement et le maintien à domicile, car ce dernier relève d'une dimension primordiale pour le rétablissement des personnes :

→ **Soutenir le déploiement d'équipes mobiles de crise ;**
S'inscrivant plus largement dans un soutien aux équipes mobiles, elles permettent de maintenir la personne dans son environnement et de ne pas l'orienter vers les urgences psychiatriques.

→ **Soutenir le logement inclusif et veiller à ce qu'il corresponde au besoin des personnes avec un trouble psychique ;**
La feuille de route santé mentale et psychiatrie insiste beaucoup sur le logement inclusif, mais ce dernier ne semble pas correspondre dans tous les cas aux besoins des personnes.

→ **Renforcer le soutien au dispositif « un chez-soi d'abord » et notamment son versant à destination des jeunes ;**
Le dispositif « un chez-soi d'abord » a plus que démontré son importance pour limiter les ruptures de parcours et la dégradation de la santé des personnes ; il doit être soutenu. Son versant à destination des jeunes doit être renforcé, car il permet une limitation encore plus précoce des ruptures de parcours et, en conséquence, la limitation du développement de troubles psychiques en raison de la précarité.

→ **Assurer la présence et le renforcement dans chaque territoire de dispositifs spécialisés - Service d'accompagnement à la vie sociale (SAVS), Services d'aide à domicile mixte (SAD), Service d'accompagnement médico-social pour adultes handicapés (SAMSAH) - afin d'homogénéiser l'offre.**
Les services à domiciles et à la vie sociale sont des éléments importants pour permettre l'accompagnement au quotidien des personnes et dans le maintien à domicile. Ils doivent également être soutenus en moyens financiers et humains.

! POINT FEUILLE DE ROUTE SANTÉ MENTALE ET PSYCHIATRIE

Concernant la **généralisation des dispositifs d'accueil, d'évaluation, de diagnostic et d'orientation à accès rapide**, on peut noter l'incorporation de l'action 5 (expérimentation « écout'émoi ») dans l'action 16 (dispositif « mon soutien psy ») et des investissements forts dans l'action 12 (déploiement d'au moins une MDA dans chaque département). Aussi, l'action 28, visant au déploiement du volet psychiatrique du SAS, a pour ambition d'établir une régulation 24h/24 et toute l'année.

Ces avancées sont notables dans l'accès aux soins, mais l'Uniopss déplore le manque de soutien aux lieux alternatifs d'accueil, comme les lieux de répit. De plus, « mon soutien psy » est loin de faire l'unanimité parmi les professionnels du soin. L'articulation entre les différents dispositifs portés par la feuille de route est difficilement lisible et elle gagnerait à expliciter une organisation de l'offre selon l'orientation, le premier recours et les dispositifs spécifiques.

À propos du **maintien au domicile**, la feuille de route repose essentiellement sur son action 37 relative à l'habitat inclusif et au logement d'abord. **Or, l'habitat inclusif reste sous-développé en France** (environ 20 000 habitats) et demeure peu adapté aux personnes vivant avec un trouble psychique. **On peut noter toutefois l'action 27 qui renforce les « résidences accueil »** et notamment le dispositif un chez-soi d'abord. Cependant, **un soutien plus réaffirmé pourrait venir d'une programmation ambitieuse de prêt locatif aidé d'intégration (PLAI)** pour faciliter la création de ce type de logement.

L'action 17 vise au développement de l'offre ambulatoire en psychiatrie (équipe mobile) et l'action 17 ter vise à créer des postes de psychologues dans les services de soin à domicile. **L'approche par le domicile et l'aller-vers constituent une première étape dans la reconnaissance des personnes et dans le développement de l'intersectorialité en santé mentale.**

PROPOSITION 10

Adapter les métiers et les pratiques des professionnels de la santé mentale aux évolutions des besoins des personnes

Dans le prolongement des actions de la feuille de route, l'Uniopss propose de renforcer les efforts en trois points :

→ **Reconnaître et développer les nouveaux métiers de la santé mentale (médiateur santé-pair,...) dans les dispositifs de soins et d'accompagnement ;**
Pour valoriser le déploiement de la notion de rétablissement et permettre une place aux personnes dans leur accompagnement, soutenir ces nouveaux métiers est plus qu'essentiel. Pour le moment, ces derniers restent très peu développés et sans soutien. Ce dernier pourrait se manifester par la possibilité de bénéficier de formations professionnelles initiales et continues.

→ **Promouvoir les bonnes pratiques et les pratiques innovantes qui défendent une logique d'individualisation des parcours de santé ;**
Les logiques d'individualisation des parcours de santé émanent du terrain. Celles-ci doivent être encouragées et plébiscitées.

→ **Mettre en place des diagnostics des pratiques innovantes et une communication sur les bonnes pratiques (sur la base notamment des recommandations de la HAS).**
Dans la continuité du décloisonnement et de la formation des professionnels, les bonnes pratiques doivent être diffusées et généralisées.

! POINT FEUILLE DE ROUTE SANTÉ MENTALE ET PSYCHIATRIE

La pair-aidance est portée par les actions 34 et 34 bis dans la feuille de route. La première action est un soutien aux dispositifs existants (GEM et collectifs d'entraide et d'insertion sociale et professionnelle) et à la formation des acteurs de ces dispositifs. La seconde vise à favoriser l'émergence du métier de pair-aidant.

Bien que ces avancées soient positives, il ne s'agit pas encore d'une politique globale de recrutement ou de soutien à la profession. Par ailleurs, l'absence d'intervention de ces professionnels ou des personnes concernées dans la redéfinition des professionnels de la santé mentale est un frein à une approche centrée sur la personne.

Aucune action n'est spécifique à l'individualisation des parcours, même si la feuille de route fait écho ici et là à des expérimentations ayant cette approche. C'est le cas de l'action 24 visant au déploiement des soins de réhabilitation psychosociale. Cette action reste timide et son prolongement est suspendu à l'évaluation des premiers projets financés.

La feuille de route gagnerait à renforcer la diffusion auprès des professionnels de santé de la logique d'individualisation, pour sortir d'une vision sanitaire et en silo de la santé mentale.

PROPOSITION 11

Renforcer le décloisonnement des acteurs du champ de la santé mentale (secteurs sanitaire, social et médico-social), notamment à travers des formations transversales communes

Pour renforcer l'interconnaissance des acteurs et développer les bonnes pratiques, l'Uniopss propose de structurer ces formations selon 3 axes :

→ **Mettre en place des formations croisées et/ou communes en santé mentale à destination des professionnels des secteurs sanitaire, social et médico-social ;**
Par exemple, les médecins généralistes doivent se voir offrir la possibilité d'être formés à la santé mentale, par le biais de stages en service de psychiatrie et en établissement et service social et médico-social, en formation initiale et continue.

→ **Renforcer les formations des professionnels sur la prévention ainsi que sur la participation des personnes ;**
L'objectif est de former les professionnels à rendre les personnes actrices de leur parcours de santé et d'accompagnement.

→ **Former chaque professionnel du soin à la place du patient et au rétablissement ;**
La notion du rétablissement doit être enseignée dès la formation initiale des professionnels du soin pour permettre sa plus large diffusion et faire changer l'offre en santé mentale de paradigme.

→ **Ajouter à la formation des internes en médecine et en psychiatrie un semestre obligatoire dans le secteur médico-social.**
Cette proposition s'inscrit dans la volonté de décloisonner les secteurs et de sensibiliser les médecins aux problématiques du médico-social et aux coopérations qui peuvent y être développées.

! POINT FEUILLE DE ROUTE SANTÉ MENTALE ET PSYCHIATRIE

La diffusion des connaissances en santé mentale et la coordination entre professionnels de la santé et du médico-social sont portées par les actions 23 et 30 de la feuille de route. L'action 23 revient sur l'articulation entre les soins primaires (médecin généraliste principalement) et les soins psychiques. L'action 30 renvoie au déploiement de compétences en santé mentale chez d'autres professionnels (infirmier IPA notamment) et renforce l'attractivité de la psychiatrie.

Ces actions prennent la direction d'une approche pluriprofessionnelle partant des besoins des personnes. Cependant, **ces compétences seront exploitables uniquement si l'accompagnement se base sur une individualisation des parcours.**

La formation des professionnels gagnerait à être complétée par des modules sur la prévention et la participation des personnes pour garantir nos propositions dans les axes 1 et 2. Aussi, pour sensibiliser les médecins et psychiatres au rôle du médico-social et du social en santé mentale, ces derniers devraient effectuer un semestre dans ce secteur. Ceci permettra sur le long terme d'installer une vision de la santé mentale qui ne soit plus uniquement sanitaire et de favoriser les démarches communautaires.

Axe 4 – Mettre en place des actions complémentaires pour les personnes en situation de vulnérabilité

Il existe un lien fort entre les troubles psychiques et les souffrances d'origine sociale. L'adaptation de l'offre de soins et d'accompagnement aux besoins particuliers de ces personnes présentant des vulnérabilités particulières est donc un enjeu majeur pour la santé mentale. Pour l'Uniopss, les principaux défis sont :

- La nécessité de généraliser le décloisonnement des acteurs (notamment entre ceux de la santé mentale et ceux de l'addictologie) ;
- L'articulation et la mise en cohérence de leurs actions par un coordinateur de parcours (coordination institutionnelle et coordination au plus près de la personne) ;
- La priorisation de l'accès et du maintien dans un logement, et l'accès à l'emploi.

PROPOSITION 12

Adapter les dispositifs de soins et d'accompagnement aux populations présentant des vulnérabilités particulières

POINT FEUILLE DE ROUTE SANTÉ MENTALE ET PSYCHIATRIE

L'action 20 de la feuille de route confie aux dispositifs d'appui à la coordination (DAC) la mission de centre de ressources pour la coordination des parcours des situations complexes. Cependant, l'action propose une dissociation entre l'accompagnement social et médico-social et l'accompagnement en psychiatrie. **En l'absence de dialogue et de coordination, cette action risque de reproduire une logique de silo.**

L'Uniopss plaide pour la mise en place de délais maximaux d'accueil et de réponse aux crises et situations d'urgence pour garantir une prise en compte optimale. Un délai trop important nuit à l'accompagnement de la personne, car la réponse intervient trop tard.

Dans le prolongement des précédents axes de notre plaidoyer, il est nécessaire de former les professionnels aux besoins de ces populations spécifiques.
Le décloisonnement des acteurs ne peut intervenir sans accompagnement des professionnels.

Propositions générales

- **Généraliser la nomination d'un coordinateur de parcours pour articuler et mettre en cohérence les actions des acteurs autour de la personne quand celle-ci a un parcours complexe (NB : le coordinateur de parcours est une fonction, non pas un nouveau métier) ;**

- **Fixer des délais maximaux d'accueil et de réponse aux situations d'urgence et de crise (ex : pour le premier entretien en psychiatrie) ;**

- **Mettre en place des formations à la santé mentale et aux besoins de ces populations, à l'intention des professionnels de la santé mentale mais également des autres acteurs en contact avec les personnes (bailleurs, employeurs, juges,...).**

Propositions spécifiques pour les personnes en situation de handicap (PSH) et les personnes âgées (PA)

Comme tout citoyen, les personnes en situation de handicap et les personnes âgées sont confrontées à des problématiques de santé mentale. Par exemple, l'état psychologique de l'ensemble des résidents d'établissements pour personnes âgées est en moyenne moins bon que celui des personnes âgées de plus de 75 ans vivant à domicile.

Côté handicap, de nombreuses études montrent que les personnes en situation de handicap présentent des taux plus élevés de dépression, d'anxiété, de stress post-traumatique et d'isolement social. Selon le baromètre santé 2021 de Santé Publique France, environ 30 à 40 % des personnes ayant un handicap déclarent souffrir de troubles anxieux ou dépressifs, contre environ 15 à 20 % dans la population générale. Le risque de suicide est également plus élevé chez certaines personnes handicapées (notamment avec handicap psychique ou sensoriel).

Le champ de l'autonomie étant assez codifié et disposant d'un large panel de structures, les propositions pour les personnes en situation de handicap et pour les personnes âgées rejoignent en grande majorité les propositions des précédents axes : décloisonnement des acteurs, rétablissement, lutte contre les discriminations, développement de l'aller-vers, amélioration de l'accès aux soins et l'approche par le logement. Cependant, nous pouvons isoler des actions spécifiques :

- **Valoriser le rôle de l'animateur et de son implication dans la vie sociale en ESMS accueillant des PSH et PA, qui participent à prendre soin, au sens large, des résidents ;**

- **Garantir un accès aux loisirs, à la culture et à l'activité physique adaptée afin de prévenir et d'accompagner des problématiques de santé mentale ;**

- **Soutenir l'habitat inclusif et les autres formes d'habitat intermédiaire afin d'élargir les solutions permettant de répondre aux attentes et aux besoins de certaines personnes selon leur choix ;**

- **Renforcer la prévention des risques et le repérage des premiers signes de dégradation de la santé mentale ;**

- **Renforcer les postes de réinsertion professionnelle dans les ESAT.**

Propositions spécifiques pour les enfants et les jeunes

La pédopsychiatrie publique en France est en crise : le nombre de spécialistes diminue, certaines universités n'ont plus de professeur dans ce domaine, et les délais d'accès aux soins ambulatoires sont souvent de plusieurs dizaines de mois, compromettant le repérage et la prise en compte précoces. Les professionnels se trouvent souvent sans solution face à des situations graves, faute de ressources adaptées. Le cloisonnement entre les différentes institutions (santé, éducation, protection de l'enfance) aggrave encore les difficultés. De plus, l'offre d'hospitalisation pour enfants est très inégale, et des mineurs sont parfois admis dans des services pour adultes, faute d'alternatives.

- **Renforcer les Centres d'action médico-sociale précoce (CAMSP), acteur central du repérage précoce et de l'accompagnement des 0-7 ans en lien avec la médecine de ville ou la PMI et les intégrer dans une offre cohérente et graduée avec les CMP, CMPP et les professionnels libéraux ;**

- **Développer le fonctionnement de la pédopsychiatrie sous forme d'équipes mobiles ressources et de prévention en appui des structures médico-sociales (dispositif ITEP, IME), des structures et des professionnels de l'ASE et de la PJJ, de l'éducation nationale et des familles ;**

- **Veiller à ce que les bilans de santé des enfants relevant de l'ASE et de la PJJ, prévus par la loi, soient réalisés, intègrent pleinement la dimension psychique et que les soins nécessaires soient assurés dans de bonnes conditions (il en va de même pour « l'identification des besoins en santé »[10] des mineurs non accompagnés). En complément, la généralisation des expérimentations PEGASE et Santé protégée ne doit pas se faire au rabais ;**

- **Renforcer les liens entre protection de l'enfance et psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent afin de mieux repérer les besoins, rendre effectif l'accès aux soins lorsque ceux-ci sont nécessaires, et assurer une continuité dans les prises en charge.[11]**

- **Avoir des services d'hospitalisation de jour et des lits d'hospitalisation à temps plein dédiés pour adolescents répondant aux besoins, répartis sur l'ensemble du territoire ;**

- **Améliorer les articulations et les complémentarités entre les CMP et les Centres Médico-Psycho-Pédagogiques (CMPP) ;**

- **Améliorer la coordination entre la pédopsychiatrie et la psychiatrie adulte ;**

- **Prendre en compte la santé mentale des parents par la mise en place d'une offre en santé mentale périnatale, de groupes d'échanges entre jeunes parents, accompagnés/animés par un professionnel et la mise en place des entretiens périnataux.**

[10] Décret n° 2023 1240 du 22 décembre 2023
[11] HAS, Coordination entre protection de l'enfance et psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent, mai 2025

Propositions spécifiques pour les personnes en situation de précarité ou de migration

Les liens entre santé mentale et précarité sont étroits et réciproques : la précarité peut aggraver ou provoquer des troubles psychiques, tandis que les maladies psychiques peuvent conduire à la précarisation. Les personnes en situation de grande précarité, notamment les sans-abris et les migrants, présentent une forte prévalence de troubles mentaux, mais rencontrent de nombreux obstacles pour accéder aux soins, malgré l'ouverture de leurs droits. Les associations alertent sur les restrictions récentes touchant les étrangers, qui compromettent leur accompagnement médical. Elles soulignent aussi l'impact négatif des conditions de vie précaires sur la santé mentale, et l'importance de l'hébergement, du logement et de l'emploi comme facteurs de protection.

- **Développer les liens entre les établissements de psychiatrie/équipes mobiles psychiatrie-précarité (EMPP) et les structures du secteur de l'Accueil Hébergement Insertion (AHI) et les consultations au sein des lieux d'hébergement ;**
- **Développer l'aller-vers *via* une meilleure couverture du territoire des équipes mobiles psychiatrie-précarité et des Permanences d'accès aux soins de santé (PASS -hospitalières et de ville) ;**
- **Favoriser l'ouverture des droits et l'accès aux soins – notamment en préservant les dispositifs de couverture santé pour les personnes étrangères (AME et Sécurité sociale pour les demandeurs d'asile) ;**
- **Favoriser le développement de consultations psychologiques familiales dans les institutions spécialisées dans l'accueil des personnes exilées ;**
- **Poursuivre le recrutement de psychologues dans les Structures d'Exercice Coordonné Participatives (SECP).**

Propositions spécifiques pour les personnes détenues

Une part très importante des personnes incarcérées présente des troubles psychiques : entre 25 et 30 % vivent avec des troubles ayant un fort impact sur leur quotidien, et jusqu'à 70 % si l'on considère l'ensemble des troubles psychiques, quels que soient leur diagnostic ou leur intensité. La prison, en raison de la surpopulation, du manque de moyens et des conditions de détention, aggrave ces troubles plutôt que de permettre une prise en compte adéquate. Le suivi des personnes sous main de justice en milieu ouvert est lui aussi très insuffisant, notamment à cause de leur marginalisation dans le système de soins psychiatriques. Malgré l'ampleur du problème, la feuille de route gouvernementale de 2025[12] n'apporte que des réponses vagues, sans véritable plan d'action concerté ni solutions concrètes.

→ **Réduire les incarcérations de personnes connaissant des troubles psychiatriques *via* la formation des professionnels du milieu judiciaire et de la police à la détection et la compréhension des maladies psychiques, afin de corriger la tendance actuelle à établir une corrélation entre trouble mental et dangerosité ;**

→ **Revoir fondamentalement le système des expertises psychiatriques, qui s'exerce dans des conditions aberrantes (couramment une demi-heure, 4 à 6 mois après la commission des faits), pour qu'elles soient effectuées au plus tard dans le mois suivant l'interpellation et intègrent les éléments de diagnostic existants ainsi que les informations de l'entourage sur le parcours de soins et la compliance aux soins ;**

→ **Assurer la continuité des soins à la sortie de prison et des peines alternatives. Cela suppose de préparer les relais avant la sortie et, pour cela, de renforcer les liens entre l'administration pénitentiaire, les juges d'application des peines et les associations sociales et médico-sociales, ainsi que les aidants familiaux ;**

→ **Respecter les droits des personnes en cas d'hospitalisation de détenus dans un service de psychiatrie générale. Les recours systématiques à des pratiques de contention ou d'enfermement dans des chambres d'isolement sont à proscrire.**

Propositions spécifiques pour les aidants

Les aidants familiaux sont essentiels dans le parcours de rétablissement des personnes souffrant de troubles psychiques, mais ils manquent souvent de soutien et de compréhension face à la maladie. Leur charge, parfois assumée par des personnes vulnérables, est lourde et peut nuire à leur propre santé. Il est crucial de les accompagner à travers des actions d'information, de formation et de soutien, notamment *via* les associations d'aidants. Un plan d'aide adapté devrait leur être proposé, et une attention particulière accordée aux enfants vivant auprès d'un proche malade pour les protéger et les soutenir.

→ **Éviter ou rompre leur isolement, notamment via l'orientation vers des associations de familles (pair-aidance familiale) ;**

→ **Favoriser leur maintien dans l'emploi par des mesures pour concilier leur rôle d'aidant et leur travail (aménagements horaires, congés, répit) ;**

→ **Les informer sur les dispositifs et les accompagner pour un accès à leurs droits ;**

→ **Leur donner accès à une consultation médicale annuelle pour prévenir les impacts sur leur santé, leur proposer un soutien psychologique et un accès à des formations ;**

→ **Les former à ce qu'est la santé mentale, ce que vit leur proche et comment trouver un équilibre entre les besoins et attentes de chacun.**

[12] Gouvernement, Feuille de route Santé des personnes placées sous main de justice 2025-2028 | MILDECA, mars 2025

UNIOPSS

Unir les associations pour développer les Solidarités

Qui sommes-nous ?

Créée en 1947, l'Uniopss (Union nationale interfédérale des œuvres et organismes privés non lucratifs sanitaires et sociaux) rassemble les acteurs associatifs des secteurs sanitaire, social et médico-social. Elle porte ainsi auprès des pouvoirs publics la voix collective de l'ensemble de ces associations, engagées auprès des personnes vulnérables, pour développer les solidarités. Présente sur tout le territoire au travers d'un réseau d'unions régionales et d'une centaine de fédérations et d'associations nationales, l'Uniopss regroupe près de 35 000 établissements, 750 000 salariés et un million de bénévoles.

Les valeurs qui nous rassemblent

- → Primauté de l'Humain
- → Dignité de toutes et tous
- → Solidarité
- → Égalité dans l'accès aux droits
- → Participation de toutes et tous à la vie de la société
- → Respect des biens communs

Uniopss - 15 rue Albert - 75214 PARIS
contact@uniopss.asso.fr - 01 53 36 35 00 - **www.uniopss.asso.fr**