PLAIDOYER NATIONAL
MAI 2026

Collectif Santé mentale
GRANDE CAUSE NATIONALE

Santé mentale : des propositions concrètes pour transformer l'action publique

Faire des droits et de la participation des personnes concernées le socle d'une politique publique de santé mentale

Edito

La santé mentale est désormais reconnue comme un enjeu majeur en France. La Grande Cause nationale 2025 a permis de faire entrer ce sujet dans le débat public et de libérer une parole longtemps entravée par la stigmatisation et le tabou. Mais cette reconnaissance, si nécessaire soit-elle, ne peut plus suffire.

En matière de santé mentale et en particulier pour des millions de personnes vivant avec des troubles psychiques, leurs proches et les professionnels qui les accompagnent, la réalité quotidienne reste marquée par des ruptures de parcours, des inégalités territoriales et sociales profondes et des délais d'accès aux soins incompatibles avec l'urgence des situations, et trop souvent par un sentiment d'abandon et de désintérêt des politiques publiques.

La santé mentale ne peut plus être une cause ponctuelle ni un simple sujet de sensibilisation. Elle doit produire une politique publique structurante, durable et dotée d'un cap clair, de moyens à la hauteur et d'une méthode assumée.

Au cœur de cette transformation doivent être garantis les droits des personnes concernées. Droit à la dignité, droit à l'accès aux soins, quel que soit le territoire, à l'autonomie et à l'auto-détermination. Aujourd'hui encore, de nombreuses personnes vivant avec des troubles psychiques sévères se heurtent à des obstacles majeurs dans l'exercice de leurs droits fondamentaux : accès au logement, à l'emploi, à la formation, continuité des soins, accompagnement dans les moments de rupture de vie. Ces situations relèvent des limites structurelles de notre organisation collective et appellent à un changement de paradigme à travers des approches centrées sur le rétablissement des personnes et sur leurs droits.

Ces constats imposent de reconnaître une évidence : la santé mentale ne peut être pensée uniquement dans le champ sanitaire. Elle est indissociable des déterminants sociaux, économiques et environnementaux qui façonnent les trajectoires de vie.

Agir pour la santé mentale suppose dès lors de dépasser les logiques sectorielles et de reconnaître pleinement sa dimension sociétale et donc interministérielle : logement, lien social, éducation, protection de l'enfance, travail, justice doivent être pleinement intégrés à la réponse publique.

Mais cette transformation suppose également un changement profond de méthode.

Les politiques publiques en santé mentale ne peuvent plus être conçues sans celles et ceux qui vivent ces réalités au quotidien. Les personnes concernées, leurs proches et les professionnels doivent être pleinement associés à la définition, à la mise en œuvre et à l'évaluation des politiques publiques. La participation ne peut plus être symbolique : elle constitue une exigence démocratique et une condition d'efficacité de l'action publique.

Cela implique de reconnaître pleinement les pratiques orientées vers le rétablissement et prenant en compte le savoir expérientiel des personnes concernées, encore trop souvent invisibilisé, et de créer les conditions concrètes de leur participation : des espaces, des méthodes, des moyens et une place réelle dans la décision.

Face à l'ampleur des besoins, le temps des dispositifs isolés et des réponses fragmentées est révolu. Les initiatives locales existent, souvent innovantes et efficaces, mais elles restent trop dispersées, insuffisamment évaluées et rarement généralisées.

C'est dans cet esprit que le Collectif propose aujourd'hui ce plaidoyer, organisé autour de six axes de transformation — gouvernance, droits, prévention, égalité territoriale, participation et production de connaissances.

Accompagnés de modalités d'actions précises et concrètes comme autant de solutions, ils incarnent la voix des personnes concernées par les troubles psychiques, des professionnels du soin, de l'accompagnement et des organisations de l'ensemble du champ de la santé mentale.

PRÉSENTATION DU COLLECTIF

Le Collectif Santé mentale Grande Cause nationale rassemble aujourd'hui 27 acteurs majeurs du champ de la santé mentale, représentant plus de 3 400 structures engagées sur l'ensemble du territoire : associations de personnes concernées par les troubles psychiques et de proches, organisations professionnelles de psychiatrie, acteurs du secteur médico-social et social, organisations de recherche, dispositifs d'écoute et de prévention. C'est la première fois qu'une telle diversité d'acteurs se mobilise collectivement pour faire de la santé mentale une priorité politique durable.

Notre mobilisation repose sur une conviction partagée : la santé mentale ne se réduit pas à l'absence de troubles. Elle s'inscrit dans un continuum et relève d'une approche globale articulant prévention, soins, accompagnement et inclusion sociale, à tous les âges de la vie dans une logique centrée sur le droit des personnes et leur rétablissement. Elle suppose de reconnaître la place et le rôle de fait structurant de la psychiatrie dans l'organisation du système, tout en renforçant son articulation avec les autres dimensions de la réponse publique - sociales, éducatives, territoriales - afin de mieux répondre aux besoins de l'ensemble de la population.

En 2025, la désignation de la santé mentale comme Grande Cause nationale a permis de faire progresser la visibilité du sujet et de libérer la parole. En 2026, l'enjeu est désormais d'aller plus loin : transformer cette prise de conscience en politiques publiques durables, structurées, dotées de moyens et capables de répondre aux besoins des personnes concernées, de leurs proches et des professionnels.

C'est l'ambition que porte aujourd'hui le Collectif à travers ce plaidoyer, élaboré dans le cadre d'un travail associant l'ensemble des organisations membres, ayant permis de faire émerger des priorités partagées, des constats convergents et des propositions opérationnelles. Cette démarche a permis de croiser l'ensemble de nos expertises au premier rang desquels les savoirs expérientiels des personnes concernées et de leurs proches.

L'ambition du Collectif est claire : faire des droits des personnes concernées le socle d'une politique publique à la hauteur des enjeux humains, sociaux, démocratiques et sanitaires qu'elle engage.

AXE 1

Faire de la santé mentale une politique publique structurante et interministérielle



Aujourd'hui, les politiques de santé mentale restent marquées par un pilotage fragmenté, éclaté entre de multiples acteurs et insuffisamment coordonné. Cette organisation limite leur lisibilité, leur efficacité et leur capacité à répondre de manière cohérente aux besoins des personnes concernées. La santé mentale souffre d'un déficit d'organisation politique: sans pilotage clair, sans méthode de décision partagée et sans ancrage territorial structuré, les réformes peinent à produire des effets durables. Alors même que la santé mentale concerne tous les pans de notre société, elle demeure trop souvent cantonnée au seul champ sanitaire. Ce manque de vision stratégique et de coordination empêche de construire une réponse publique à la hauteur des enjeux, pourtant identifiés de longue date. Face à ce constat, l'enjeu n'est pas seulement de renforcer les dispositifs existants, mais de transformer la manière dont l'État décide, pilote et met en œuvre les politiques de santé mentale.

Proposition

Établir une stratégie nationale pluriannuelle de santé mentale, interministérielle, dotée d'un pilotage identifié, d'objectifs mesurables et d'une déclinaison territoriale.

OBJECTIF

Construire une action publique cohérente, coordonnée et durable en santé mentale, intégrant pleinement l'ensemble de ses déterminants sanitaires, sociaux, économiques et environnementaux.

MISE EN OEUVRE DEMANDÉE

_ Proposer une loi d'orientation visant l'élaboration d'une stratégie nationale pluriannuelle de santé mentale associant l'ensemble des ministères concernés, assortie d'objectifs hiérarchisés, et d'indicateurs nationaux de suivi de la politique de santé mentale évaluables à 5 ans.

_ Mettre en place un pilotage national fort et durable prenant la forme d'une autorité interministérielle identifiée, dotée de moyens, pour garantir la cohérence et la continuité de la stratégie nationale de santé mentale et engager l'ensemble des politiques publiques (éducation, travail, logement, justice, jeunesse, solidarités, etc.). Son pilotage associera durablement les partenaires, professionnels et personnes concernées, dans une logique de transparence et de co-construction.

_ Organiser une redevabilité annuelle de l'action publique en santé mentale, sous la forme d'un rapport public et d'un débat devant le Parlement.

_ Prévoir une déclinaison territoriale de cette stratégie, élaborée en coordination avec les collectivités territoriales, les agences régionales de santé (ARS) et l'ensemble des acteurs concernés par les problématiques de santé mentale (professionnels du soin et de l'accompagnement, associations d'usagers et de familles, acteurs de la solidarité et de l'éducation).

_ Engager, 10 ans après son entrée en vigueur, une évaluation de la gouvernance et des dispositifs issus de la loi Touraine de 2016 de modernisation de notre système de santé, afin d'identifier les blocages persistants et de conduire une simplification effective de l'organisation des politiques de santé mentale.

AXE II

Garantir les droits et mettre fin aux pratiques d'isolement et de contention en psychiatrie



La psychiatrie ne peut plus être un angle mort des droits fondamentaux. Tant que des pratiques coercitives persistent, la santé mentale ne peut être pleinement considérée comme une politique de progrès. Aujourd'hui, les pratiques d'isolement et de contention demeurent largement utilisées, malgré les alertes répétées de certaines institutions, des professionnels et des personnes concernées. Leur recours reste très hétérogène selon les territoires et les établissements, révélant des inégalités importantes dans l'exercice des droits. Les professionnels se trouvent souvent confrontés à des organisations contraintes, marquées par un manque de moyens, de formation et d'alternatives opérationnelles. Dans ce contexte, ces pratiques peuvent apparaître comme des réponses par défaut plutôt que comme des choix thérapeutiques. Les personnes concernées décrivent quant à elles des expériences fréquemment vécues comme traumatiques, susceptibles d'entraîner des ruptures durables dans les parcours de soins. Le Contrôleur général des lieux de privation de liberté constate, dans son dernier rapport d'activité [1], que « dans de trop nombreux cas, l'absence de réflexion institutionnelle sur la politique de réduction de l'isolement et de la contention est encore totale », et que des pratiques illégales - isolement sans cadre, contention sans traçabilité - ainsi que des conditions de prise en charge ne respectant pas la dignité des personnes persistent. Le cadre juridique actuel, s'il vise à encadrer ces pratiques, contribue encore insuffisamment à leur réduction effective et peut conduire, dans certains cas, à leur normalisation. Il est temps de transformer en profondeur les pratiques, en conciliant exigence de respect des droits fondamentaux, qualité des soins et conditions d'exercice des professionnels.

[1] Rapport d'activité 2024 - Dossier de Presse - CGLPL

Proposition

Établir une feuille de route nationale visant la réduction continue et l'abolition progressive des pratiques d'isolement et de contention à horizon 2036, soit 10 ans après la seconde année Santé mentale Grande Cause nationale, dans des conditions garantissant la sécurité des personnes et des professionnels, et accompagnée d'une transformation des pratiques professionnelles.

OBJECTIF

Garantir le respect des droits et de la dignité des personnes concernées en accompagnant l'évolution des pratiques professionnelles vers des approches non coercitives et orientées rétablissement.

MISE EN OEUVRE DEMANDÉE

_ Inscrire dans la loi un principe de réduction continue des pratiques coercitives jusqu'à leur arrêt total, accompagné d'une obligation de publication annuelle des données relatives à l'isolement et à la contention.

_ Fixer un objectif national d'abolition progressive des pratiques d'isolement et de contention à horizon 2036, assorti d'une trajectoire et d'étapes intermédiaires opposables.

_ Rendre obligatoires les formations initiales et continues à la désescalade et à la gestion non coercitive des situations de crise pour l'ensemble des professionnels de psychiatrie.

_ Développer des mesures préventives opérationnelles (directives anticipées en psychiatrie, espaces d'apaisement, plans de soin personnalisés…) et organisationnelles (déploiement d'équipes mobiles, dispositifs d'intervention de crise, dispositifs d'intervention précoce…) à l'isolement et à la contention, en garantissant les moyens nécessaires à leur déploiement.

AXE III

Faire de l'enfance et de la jeunesse le cœur des politiques de prévention en santé mentale



La crise de la santé mentale ne pourra être résolue uniquement par un renforcement de l'offre de soins. Elle doit être traitée en amont, là où elle prend racine: dans l'enfance, l'adolescence et les conditions de vie des jeunes. La grande majorité des troubles psychiques apparaît avant 25 ans. [2] Ne pas agir précocement revient à organiser l'engorgement du système de soins à l'âge adulte. Comme l'a rappelé le Conseil économique, social et environnemental (Cese) dans son avis [3] adopté en octobre 2025, les indicateurs de santé mentale des enfants, des adolescents et des jeunes adultes se dégradent de manière continue: 13 % des enfants de 6 à 11 ans présentent au moins un trouble probable de santé mentale, et en 2024, 15 % des lycéens présentaient un risque de dépression. En cinq ans, les troubles dépressifs ont presque doublé chez les 18-24 ans. Cette situation s'inscrit dans un contexte marqué par des déterminants sociaux puissants - précarité, violences, isolement, ruptures familiales, difficultés scolaires ou d'insertion - encore insuffisamment pris en compte par les politiques publiques. Les réponses institutionnelles demeurent fragmentées, cloisonnées entre secteurs (éducation, santé, social), avec des parcours peu lisibles pour les jeunes et leurs familles. La pédopsychiatrie est par ailleurs en tension critique, limitant fortement les capacités de prise en charge. Dans le même temps, l'offre en santé mentale à destination des étudiants et des jeunes adultes reste insuffisamment structurée, malgré des besoins croissants et spécifiques à cette période charnière de la vie.

[2] Assurance maladie
[3] Santé mentale et bien-être des enfants et des jeunes: un enjeu de société - Avis du CESE, commission des affaires sociales et de la santé - 14 Octobre 2025

Proposition

Faire de la santé mentale une préoccupation majeure dans l'élaboration et l'évaluation de l'ensemble des politiques publiques à destination des enfants, des adolescents et des jeunes adultes, et organiser une réponse coordonnée et continue de la prévention, du soin et de l'accompagnement.

OBJECTIF

Agir précocement sur les facteurs de vulnérabilité en structurant une politique continue de prévention et d'éducation en santé mentale, de l'enfance à l'entrée dans la vie adulte, faciliter le repérage et l'intervention précoce afin de prévenir l'apparition et l'aggravation des troubles psychiques.

MISE EN OEUVRE DEMANDÉE

_ Élaborer une politique publique intégrée de santé mentale des jeunes (moins de 25 ans) en intégrant systématiquement la santé mentale dans les politiques de l'enfance, de la jeunesse et de l'enseignement supérieur, en renforçant l'évaluation d'impact des politiques publiques relatives à la jeunesse en matière de santé mentale, et en organisant une coordination nationale et territoriale des dispositifs.

_ Déployer une stratégie de repérage précoce et développer les évaluations psychologiques gratuites systématiquement proposées à des moments clés du parcours de vie (enfance, adolescence, entrée dans l'enseignement supérieur, insertion professionnelle).

_ Rendre l'offre de santé mentale accessible, lisible et proactive pour tous les jeunes en renforçant les dispositifs existants (Maisons des Adolescents, services de santé universitaire, dispositifs d'intervention précoce…), en développant une cartographie territoriale de l'offre et en déployant des stratégies d'*aller-vers* dans les lieux de vie, de formation et d'éducation (établissements scolaires, universités, structures d'insertion).

_ Assurer la continuité des soins et des accompagnements à travers des dispositifs passerelles et de transition entre âge adolescent et âge adulte et des formations croisées.

_ Renforcer les réponses pour les publics les plus vulnérables et les moments de rupture en développant des équipes mobiles de pédopsychiatrie et médico-sociales (notamment pour les enfants protégés), en structurant l'offre de santé mentale étudiante (ratios, suivi, évaluation) et en intégrant pleinement les déterminants sociaux (précarité, logement, activité physique, isolement et lien social) dans les politiques de prévention.

AXE IV

Garantir l'égalité territoriale d'accès à la prévention, aux soins et à l'accompagnement



En santé mentale, le lieu de vie détermine encore trop souvent l'accès aux soins, aux accompagnements et aux droits. Cette situation n'est plus acceptable dans une politique publique nationale fondée sur l'égalité d'accès. Aujourd'hui, les disparités territoriales sont majeures, tant en matière d'offre de soins que de délais d'accès ou de continuité des parcours. Cette hétérogénéité s'inscrit dans une organisation historiquement structurée autour de la sectorisation psychiatrique, protectrice dans son principe, mais devenue inégale et peu lisible dans sa mise en œuvre. L'absence de socle national opposable sur ce que doit garantir un territoire en matière de santé mentale contribue à ces écarts. Les parcours restent marqués par de nombreuses ruptures, notamment entre les âges de la vie et entre les secteurs sanitaire, médico-social et social. Les agences régionales de santé (ARS) occupent une position centrale dans la régulation territoriale, mais leurs marges de manœuvre, leurs priorités et leurs capacités d'action demeurent variables, ce qui accentue les inégalités.

Proposition

Garantir à chaque personne, sur l'ensemble du territoire et tout au long de sa vie, un accès effectif, équitable et dans des délais adaptés à un socle minimal de prévention, de soins et d'accompagnement en santé mentale.

OBJECTIF

Réduire les inégalités territoriales et garantir la continuité des parcours en santé mentale.

MISE EN OEUVRE DEMANDÉE

_ Définir un socle national minimal de services, de soins et d'accompagnement en santé mentale, opposable sur l'ensemble du territoire, en garantissant des délais maximaux d'accès eux aussi opposables, adaptés aux niveaux de besoin.

_ Rendre accessible la cartographie de ce socle minimal au grand public, aux collectivités, aux élus locaux, aux acteurs de la protection sociale, du travail et du monde associatif.

_ Structurer une organisation lisible et graduée des soins en clarifiant les rôles entre première ligne, deuxième ligne et recours spécialisé, pour améliorer les parcours à tous les âges de la vie.

_ Renforcer la coordination territoriale, en consolidant les leviers opérationnels des PTSM et en encourageant le déploiement des conseils locaux de santé mentale (CLSM) avec un appui renforcé aux collectivités et aux élus locaux.

_ Piloter la réduction des inégalités territoriales par la production et la publication d'indicateurs territorialisés d'accès aux soins, de délais et de continuité des parcours, afin d'objectiver les écarts et d'orienter l'action publique.

_ Garantir en milieu rural un accès effectif, rapide et continu à des parcours de santé mentale adaptés, en compensant les effets de l'éloignement et de la faible densité de l'offre.

AXE V

Garantir la représentation et la participation effective des personnes concernées



La participation des personnes concernées ne peut plus être symbolique ou consultative: elle doit devenir un principe structurant de l'action publique en santé mentale. Sans les personnes concernées, il ne peut y avoir de politique publique pleinement légitime ni efficace. Aujourd'hui, si la participation est largement reconnue dans les discours, elle reste encore trop souvent peu structurée, insuffisamment financée et cantonnée à des formes consultatives ou à des exercices de communication. Des initiatives existent, mais elles reposent fréquemment sur des logiques fragiles: dépendance à des dynamiques locales, absence de cadre pérenne, manque de reconnaissance institutionnelle et de sécurisation juridique et financière. Par ailleurs, une confusion persistante demeure entre différentes formes d'implication — participation citoyenne, représentation associative et pair-aidance — qui ne relèvent ni des mêmes objectifs ni des mêmes modalités. Dans ce contexte, l'enjeu est de reconnaître, structurer et garantir la participation des personnes concernées à tous les niveaux de l'action publique.

Proposition

Faire de la participation des personnes concernées un principe effectif et opposable de l'ensemble des politiques publiques en santé mentale.

OBJECTIF

Garantir une démocratie en santé effective, en associant les personnes concernées à la conception, à la mise en œuvre et à l'évaluation des politiques publiques.

MISE EN OEUVRE DEMANDÉE

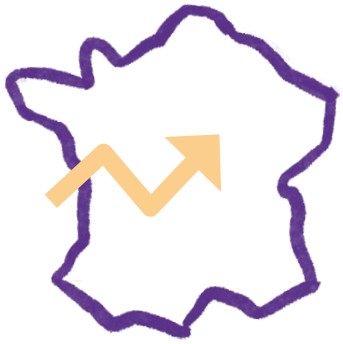
_ Inscrire la participation des personnes concernées comme une obligation de méthode dans toute politique, plan ou réforme en santé mentale, en garantissant sa mise en œuvre notamment, à travers un organe dédié au niveau national et décliné sur les territoires à tous les niveaux de décision, et par l'ensemble des institutions, hôpitaux compris.

_ Créer un cadre national de reconnaissance, de formation et de financement de la participation, garantissant sa pérennité, sa qualité et sa représentativité, et clarifiant les différentes formes d'implication (participation, représentation, pair-aidance).

_ Reconnaître la pair-aidance comme une fonction professionnelle à part entière associée à des cursus de formation dédiés, et en l'intégrant dans les structures sanitaires, sociales et médico-sociales ainsi que dans les grilles d'emploi et de rémunération.

AXE VI

Structurer une stratégie nationale de recherche et d'innovation en santé mentale



La recherche en santé mentale reste insuffisamment structurée, fragmentée entre disciplines et encore trop peu orientée vers les pratiques, les besoins et les politiques publiques. Les financements demeurent inégalement répartis, souvent concentrés sur les approches biomédicales, au détriment de la prévention, des déterminants sociaux, de l'organisation des soins et des approches communautaires. Par ailleurs, de nombreuses innovations émergent dans les territoires, mais elles restent peu visibles, insuffisamment évaluées et rarement diffusées ou généralisées. Enfin, les expérimentations financées sur fonds publics ne s'inscrivent pas toujours dans une logique de capitalisation et de transformation de l'action publique, faute de cadre d'évaluation clair et partagé. Dans ce contexte, l'enjeu est de structurer une stratégie de recherche capable de produire des connaissances utiles, d'identifier les pratiques efficaces et d'organiser leur diffusion à grande échelle.

Proposition

Structurer et financer de manière pérenne une stratégie nationale de recherche et d'innovation pluridisciplinaire en santé mentale, associant les personnes concernées.

OBJECTIF

Produire, diffuser et mobiliser des connaissances utiles afin de :
- éclairer la décision publique,
- améliorer de manière mesurable les parcours de soins, les résultats cliniques et la qualité de vie,
- accélérer le développement et le déploiement d'innovations diagnostiques, thérapeutiques et organisationnelles.

MISE EN OEUVRE DEMANDÉE

_ Structurer une stratégie nationale de recherche en santé mentale et en psychiatrie, dotée d'un pilotage identifié et de priorités partagées entre acteurs scientifiques, professionnels et personnes concernées.

_ Répartir équitablement les financements dédiés aux stratégies diagnostiques, thérapeutiques et préventives, aux déterminants sociaux et environnementaux, à l'innovation dans l'organisation des services de santé, et aux approches communautaires et participatives en santé mentale, destinés tant aux sciences de la vie qu'aux sciences humaines.

_ Mettre en place un dispositif national permettant d'identifier, de capitaliser et de réduire les inégalités d'accès aux innovations en santé mentale en soutenant les dispositifs régionaux existants et en les mettant en réseau.

_ Encadrer les expérimentations financées sur fonds publics en définissant des objectifs, des indicateurs d'évaluation et des critères explicites de généralisation ou d'arrêt, notamment la participation directe des personnes concernées par les troubles psychiques et le bénéfice-patient obtenu.

_ Mettre en place les conditions et incitations nécessaires pour faciliter l'engagement des acteurs du soin et de l'accompagnement quel que soit leur secteur dans des projets de recherche.

_ Structurer des réseaux territoriaux de recherche et d'innovation en s'appuyant et en facilitant le développement des fédérations régionales de recherche en santé mentale et en psychiatrie pour renforcer les liens entre les établissements de santé, les professionnels de ville et les acteurs médico-sociaux.

NOS PROPOSITIONS

I Faire de la santé mentale une politique publique structurante et interministérielle.

II Garantir les droits et mettre fin aux pratiques d'isolement et de contention en psychiatrie.

III Faire de l'enfance et de la jeunesse le cœur des politiques de prévention en santé mentale.

IV Garantir l'égalité territoriale d'accès à la prévention, aux soins et à l'accompagnement.

V Garantir la représentation et la participation effective des personnes concernées.

VI Structurer une stratégie nationale de recherche et d'innovation en santé mentale.

SECRÉTARIAT DU COLLECTIF

Anne Perette-Ficaja : 06 67 61 01 02
Aurélien Paccard : 06 68 87 38 69
contact@collectif-sante-mentale.org
www.collectif-sante-mentale.org