Enfin une Proposition de Loi progressiste pour la psychiatrie !

Publié le 24 septembre 2026 par yoann



©

NDLR : La rédaction a demandé à Serge Klopp, membre du comité de rédaction des Cahiers, référent psychiatrie du secteur santé protection sociale du PCF, représentant du PCF au Printemps de la psychiatrie de présenter la proposition de loi préparée par Mme Leboucher, députée LFI, concernant la psychiatrie. Nous donnons ici l'appréciation de Serge Klopp suivie de l'introduction de la PPL Leboucher. Ce texte reste en débat mais son caractère rassembleur et bien adapté nous paraît prometteur.

En 2024, après l'élection de la nouvelle Assemblée, le Printemps de la psychiatrie (dont le PCF est partie prenante) avait demandé à rencontrer chacun des groupes constituant le NFP, pour les alerter sur la situation catastrophique de la psychiatrie. Elise Leboucher (Députée LFI) a pris l'initiative d'organiser une rencontre conjointe avec l'ensemble de ces groupes, plutôt qu'une succession de rencontres bilatérales. Au cours de cet échange, de nombreuses convergences se sont faites jour entre les différents parlementaires et le Printemps.

Mais nous avons proposé d'aller plus loin qu'un simple échange et de travailler ensemble aux propositions que nous pourrions faire avancer, en attendant d'avoir un rapport de force suffisant au Parlement pour faire adopter une Loi cadre de refondation du Secteur de psychiatrie. L'idée d'une Loi cadre de refondation du Secteur ayant été lancée par moi-même et reprise par Laurence Cohen (Sénatrice PCF) lors du débat Psychiatrie de la Fête de l'Huma 2016.

Nous avons ainsi tenu plusieurs matinées de travail avec les parlementaires. Les thèmes travaillés furent le rapport sur les Urgences psychiatriques, l'accès aux soins et quelle qualité des soins. Concernant l'accès aux soins, nous défendons que le Secteur doit retrouver les moyens d'accueillir toutes les souffrances psychiques des plus graves aux plus bénignes et assurer la continuité des soins de prévention, de cure et de postcure. Quant à la qualité des sois, on ne peut parler de soins de qualité que fondés sur un soin relationnel, dans une démarche bio-psycho-sociale, c'est-à dire la prise en compte des dimensions biologiques, sociales et psychiques de la personne. Au cours de ces échanges, nous avons senti un rapprochement sensible des positions de certains parlementaires du PS avec les nôtres, alors que l'on sait que le PS et Pélissolo (psychiatre et Secrétaire National du PS aux questions de santé) sont favorables à reléguer le Secteur en dispositif de 2ème ligne qui ne s'occuperait que de la crise des plus malades et dans une approche uniquement biologique. Cette collaboration s'est achevée au printemps 2025 par un colloque à l'Assemblée Nationale.

Cela montre qu'au-delà des clivages profonds qui traversent la Gauche, il est possible d'avancer ensemble sans en rabattre sur nos propositions. Cela suppose de partir des intérêts de la population et non des logiques d'appareil.

Depuis Elise Leboucher est restée en contact étroit avec le Printemps de la psychiatrie. Ce travail a donc forcément influé sur la proposition de Loi qu'elle propose, même si évidemment les parlementaires ont travaillé avec d'autres partenaires de la psychiatrie.

En titre de cette introduction j'ai dit que ce projet de Loi pouvait permettre enfin une avancée pour la psychiatrie. En effet, depuis près de 40 ans elle n'a cessé d'être attaquée dans ses missions et n'a cessé de voir ses moyens non pas stagner, mais diminuer d'année en année. Et cela, même depuis 2025 où la Santé mentale est devenue Grande cause nationale !

Mais, cette proposition à un défaut, c'est qu'elle pêche par manque de précision, sur ce qu'elle entend mettre en œuvre en opposition avec l'existant que ce soit sur l'accès aux soins, la conception du soin ou le niveau du dispositif : 1ère ou 2ème ligne ? Or, l'expérience nous a montré que ce genre d'imprécision peut tout à fait se traduire par l'adoption de mesures qui pourraient se traduire par le contraire de ce que nous défendons. Nous continuons à discuter avec elle pour que cela n'arrive pas.

Introduction de la PPL Leboucher

PROPOSITION DE LOI

Visant à refonder le financement, l'organisation et les pratiques de la psychiatrie française (titre provisoire)

EXPOSÉ DES MOTIFS

Un avant-propos politique en cours de rédaction sera ajouté avant dépôt de la proposition de loi, auxquels s'ajouteront des témoignages de patients, de proches et soignants et des références à des luttes.

I. Contexte : Un secteur de la psychiatrie fragilisé

I.1. Une demande de soins en expansion continue

Prisonnière des objectifs nationaux de l'assurance maladie, la santé mentale de la population française se dégrade année après année, avec une acuité particulière chez les plus jeunes et chez les femmes. Entre 2017 et 2024, les hospitalisations pour tentative de suicide ont progressé de 118 % chez les filles 1014 ans et de 76 % chez les femmes de 2024 ans, tandis que les prises en charge hospitalières des adolescentes et jeunes

femmes ont augmenté de 23 % pour les 1014 ans et de 47 % pour les 1519 ans. Près de 30 % des 1124 ans présentent aujourd'hui un risque de troubles anxiodépressifs, et 42% des 1824 ans pourraient présenter un trouble anxieux généralisé. L'Agence technique de l'information sur l'hospitalisation observe ainsi, pour 2024, une double dynamique : une hausse de la file active (200 000 patients supplémentaires entre 2016 et 2024 dans les établissements publics), notamment ambulatoire chez les jeunes, conjuguée à une érosion continue des capacités d'accueil au long cours. Ainsi, 38% des Français·es ayant un problème de santé mentale ne parviennent pas à obtenir un premier rendez-vous avec un psychiatre.

I.2. Une offre de soins très affaiblie

Face à cette demande croissante, l'hôpital public de psychiatrie s'est structurellement affaibli. Jusqu'à la réforme de 2021, le secteur public et les établissements privés à but non lucratif en psychiatrie étaient financés par une dotation annuelle de financement (DAF), enveloppe fermée indépendante du volume d'activité, tandis que le secteur privé lucratif (ex OQN) percevait un financement à l'activité dont les ressources ont progressé plus vite, sans inciter au développement des alternatives ambulatoires à l'hospitalisation. Sur la décennie ayant précédé la réforme, l'augmentation des budgets de la psychiatrie est ainsi restée deux fois moins rapide que celle de la dépense de santé en moyenne : la discipline est historiquement sous indexée. La réforme du financement entrée en vigueur en 2022, qui a introduit une dotation populationnelle destinée à corriger les inégalités entre régions et à sortir de la seule logique d'activité, n'a pas permis, à ce jour, d'infléchir cette tendance de fond. Plusieurs questions parlementaires ont également relevé les nombreux déséquilibres territoriaux qu'elle continue d’engendrer.

Dans le même temps, le secteur privé lucratif poursuit son expansion sur un marché des soins psychiatriques où la puissance publique investit insuffisamment. Les difficultés rencontrées par certains patients au sein des cliniques psychiatriques appartenant à des groupes commerciaux, dont les marges ont atteint des niveaux records, et dont le développement s'est poursuivi y compris après des avis défavorables des instances régionales compétentes, ont conduit plusieurs parlementaires à alerter sur une logique de prédation financière incompatible avec la dignité du soin dû à des publics vulnérables. Cette dynamique interroge d'autant plus qu'elle se déploie alors que l'offre publique de proximité, elle, se réduit, du fait notamment de la fermeture plus rapide du nombre de lits que du développement de l’offre de soin ambulatoire (voir ci-dessous).

Un enjeu distinct, mais lié, mérite d'être souligné : celui de l'articulation entre le renforcement du diagnostic et le financement du soin lui-même. A titre d'exemple, le réseau des centres experts, initié par la fondation FondaMental demeure expérimental : il n'est ni intégré à l'offre de soins de droit commun, ni déployé sur l'ensemble du territoire, et reste, à ce stade, réservé à la population adulte. Renforcer les capacités de repérage et de diagnostic sans consolider, en parallèle, le financement du suivi et du soin au long cours ferait courir le risque de diagnostiquer des patients que le système ne serait plus en mesure d'accompagner dans la durée. Tout en accentuant un effet de concurrence financier entre les centres experts et les structures de soins, ou en réorientant l'activité de ces dernières vers une activité de diagnostic.

Enfin, les fermetures de lits se poursuivent sans être compensées par le développement de l'offre ambulatoire. Entre 2008 et 2023, le nombre de lits d'hospitalisation complète en psychiatrie a diminué de 22 %, passant de 65 600 à 51 329. Une enquête de la Fédération hospitalière de France a montré qu'à la fin de l'année 2022, près d'un quart des établissements répondants avaient dû fermer entre 10 % et 30 % de leur capacité, contre 5 % seulement avant la crise sanitaire, plus de la moitié d'entre eux n'ayant aucune perspective de réouverture. Or, à la différence des autres disciplines où les places d'hospitalisation partielle ou à domicile progressent significativement, l'offre ambulatoire en psychiatrie stagne, ce qui allonge d'autant les délais d'accès aux soins de suite. Cette non compensation des fermetures de lits par l'ambulatoire constitue une rupture de la continuité des parcours de soins qu'il appartient au législateur de corriger.

II. Constats et objectifs de la proposition de loi

II.A. Le modèle de financement

II.A.1 Un modèle de financement instable et insuffisamment protecteur du temps long du soin psychique

Depuis la réforme entrée en vigueur en 2022 (article 34 de la LFSS pour 2021), le financement des établissements de psychiatrie repose sur plusieurs compartiments : une dotation populationnelle représentant près de 80 % de l'enveloppe, calculée à partir de critères sociodémographiques régionaux, une dotation dite « file active » (DFA) d'environ 15 %, reconnaissant la dynamique d'activité de chaque établissement, ainsi que des compartiments plus marginaux consacrés aux activités spécifiques, aux

nouvelles activités et à la transformation. Or la logique de file active, qui valorise le nombre de patients vus au moins une fois dans l'année, favorise les consultations ponctuelles et les protocoles de courte durée, alors que le soin psychique, par nature, s'inscrit dans le temps long et exige une disponibilité soutenue des équipes – une critique déjà formulée dès l'annonce de la réforme. De surcroît, le rapport parlementaire de la mission d'évaluation des comptes de la sécurité sociale, portant sur la réforme du financement de la psychiatrie, pointe le dévoiement de la DFA rémunérée au nombre d'actes et dont l'effet réelle visera à terme l'optimisation des pratiques de codage.

Un mécanisme transitoire de sécurisation garantit, depuis 2023, que le montant cumulé de la dotation populationnelle et de la dotation file active ne peut être inférieur à celui de l'ancienne dotation annuelle de financement. Ce filet de sécurité n'est toutefois prévu que pour la période 20232025. Sa disparition programmée fait peser un risque de perte brutale de ressources sur les établissements les moins favorisés par le nouveau modèle – centres hospitaliers spécialisés, établissements ruraux à faibles économies d'échelle – ainsi que plusieurs parlementaires l'ont déjà signalé s'agissant, par exemple, de la région Centre Val de Loire, où l'application du modèle se traduirait par un transfert de moyens des centres hospitaliers spécialisés et de la ruralité vers les centres hospitaliers universitaires et régionaux. Sans anticipation, la fin de la sécurisation ferait ainsi peser sur les établissements les plus fragiles une instabilité budgétaire à rebours de l'objectif même de la réforme.

II.A.2 Objectif de la proposition de loi : sécuriser et rendre prévisible le financement des établissements de psychiatrie

L'enveloppe fermée dédiée au secteur psychiatrique, avec un ONDAM largement endeçà des besoins, ne permet pas d'engager l'investissement massif dont la psychiatrie publique a besoin. Sortir véritablement des politiques austéritaires touchant la psychiatrie nécessiterait de sortir de la logique d'enveloppe fermée en gouvernant à partir des besoins. Néanmoins, la présente proposition de loi se concentre sur le volet législatif qu'il est donné aux parlementaires de modifier : une modification du code de santé publique et du code la Sécurité sociale. La réforme du mode de financement proposée ci-dessous est donc nécessairement limitée dans les objectifs qu'elle entend atteindre.

La présente proposition de loi entend donc anticiper l'extinction du dispositif de sécurisation en inscrivant une trajectoire budgétaire pluriannuelle et programmée, qui

préserve le poids prépondérant de la dotation populationnelle, lisse les effets de la transition pour les établissements les plus exposés à une perte de ressources et garantit ainsi, dans la durée, la prévisibilité indispensable à la conduite de projets d'établissement et de parcours de soins de long terme. La sécurisation de la dotation populationnelle, comme compartiment majeur du financement, permettra des réponses mieux adaptées aux disparités territoriales, notamment en milieu rural. Ce glissement de crédit permettra effectivement de développer et de pérenniser les dispositifs d'équipe mobile sur des fonds structurels.

II.B. Renforcer le secteur et les parcours de soins de psychiatrie adulte et enfant

II.B.1 Le secteur, une organisation à défendre

Depuis la circulaire du 15 mars 1960 et les lois de 1985 qui lui ont donné un fondement législatif, la politique de secteur organise la psychiatrie publique française autour de principes de proximité, de continuité et d'égalité d'accès aux soins, portés par des équipes pluriprofessionnelles réparties sur l'ensemble du territoire. Ce modèle, qui a permis de développer la prise en charge hors les murs, demeure aujourd'hui la colonne vertébrale de notre système de soins : 80 % des soins psychiatriques sont désormais prodigués en ambulatoire, et les 2 934 centres médicopsychologiques recensés en France en constituent le pivot.

Ce modèle, dont l'efficacité est internationalement reconnue, est aujourd'hui menacé par sa propre saturation : la file active des dispositifs ambulatoires a triplé depuis 1989 pour atteindre environ 1,6 million de patients en 2017, sans que les moyens humains et financiers n'aient suivi une progression comparable. Défendre les principes fondateurs du secteur – proximité, continuité, égalité – suppose donc, non pas de s'en tenir à leur seule proclamation, mais de leur donner enfin les moyens de leur effectivité.

II.B.2 Une pédopsychiatrie sinistrée

La situation de la pédopsychiatrie est plus alarmante encore. La France ne comptait que 355 pédopsychiatres au 1er janvier 2025, et le nombre de salariés hospitaliers exerçant dans cette discipline a diminué de 40 % entre 2010 et 2025, alors même que le nombre d'enfants et d'adolescents suivis a progressé de 60 % en vingt ans, que les hospitalisations ont plus que doublé et que le recours à l'ambulatoire a crû de près de 35

%. Un quart des départements français ne dispose aujourd'hui d'aucun pédopsychiatre, et certains territoires ruraux ne reçoivent, depuis quinze ans, aucun flux de jeunes praticiens formés dans les centres universitaires voisins.

Cette désertification territoriale se double de ruptures de parcours, en particulier au moment du passage à l'âge adulte, qui contraignent parfois des adolescents à être accueillis dans des unités pour adultes ou en pédiatrie générale, faute de lits ou de places dédiés. Enfin, la lisibilité des efforts budgétaires engagés fait défaut: les crédits alloués aux centres médico-psychologiques infanto-juvéniles ont fluctué de 8 millions d'euros en 2022 et 2023 à 22 millions d'euros en 2024, sans qu'un suivi consolidé du nombre de postes effectivement pourvus au regard des postes annoncés ne soit aujourd'hui rendu public. Cette absence de transparence et de suivi affaiblit la portée des engagements financiers pris ces dernières années et appelle une trajectoire clairement documentée.

II.B.3. Objectif de la proposition de loi : renforcer l'offre de pédopsychiatrie et la continuité des parcours de soins

La présente proposition de loi vise à sécuriser l'organisation des soins psychiatriques à partir du secteur, en introduisant une coordination professionnelle par secteur. Les secteurs verront leurs prérogatives étendues, notamment en matière d'action de prévention et d'inclusion sociale. La présente proposition de loi vise par ailleurs à programmer une trajectoire pluriannuelle de renforcement des effectifs et des structures de pédopsychiatrie, assortie d'une obligation de transparence et de suivi public des crédits dédiés – notamment ceux fléchés vers les centres médico-psychologiques infanto-juvéniles – ainsi qu'à sécuriser les dispositifs de continuité des parcours de soins entre la fin de la prise en charge en pédopsychiatrie et l'entrée dans le dispositif adulte, afin d'éviter les ruptures aujourd'hui documentées.

IIC. Les pratiques et les droits des patients

II.C.1. Des pratiques de contention et d'isolement en tension avec l'exigence de dignité et une insuffisante prise en compte du point de vue des patients

Dans son rapport annuel 2024, le Contrôleur général des lieux de privation de liberté relève une aggravation de la crise structurelle de la psychiatrie et ses effets délétères

sur les droits fondamentaux des patients hospitalisés sans consentement : restrictions de liberté illégitimes, mesures d'isolement ou de contention parfois illégales ou appliquées dans des conditions indignes, et absence, dans trop d'établissements, de toute réflexion institutionnelle sur la réduction du recours à ces pratiques. Le Conseil constitutionnel, par une décision du 5 mars 2025, a par ailleurs jugé que l'absence d'obligation d'informer la personne chargée de la protection juridique du patient méconnaît le droit à un recours juridictionnel effectif.

La situation des mineurs est encore plus préoccupante. Dans son avis du 6 octobre 2025 relatif aux enfants privés de liberté dans les établissements de santé mentale, le Contrôleur général des lieux de privation de liberté constate un recours massif à l'isolement des mineurs hospitalisés, échappant le plus souvent à tout contrôle effectif, alors même que très peu d'entre eux remplissent les conditions légales permettant d'y être soumis ; certains établissements invoquent un vide juridique ou une vertu thérapeutique de l'isolement qu'aucune donnée probante ne vient étayer. Ce constat s'ajoute aux recommandations, plus anciennes, de la Haute Autorité de santé et du Contrôleur général des lieux de privation de liberté appelant à un encadrement plus rigoureux et à une meilleure traçabilité de ces mesures.

En outre, il apparaît dans plusieurs analyses un flou juridique sur l’hospitalisation sans consentement aux urgences. Les soins sans consentement aux urgences sont limités à 48h, mais ce temps de privation des libertés ne fait l’objet d’aucun contrôle par le juge des libertés ; et de nombreux témoignages relatent des situations de personnes hospitalisées plus de deux jours sans consentement. Une situation renforcée par la saturation des établissements psychiatriques. Ce flou juridique crée un espace de non respect des droits des patients, et une absence de capacité de recours juridique : à titre d’exemple, l’usage de la contention aux urgences n’est pas admis dans la loi, mais existe dans la réalité sans que les patients puissent effectuer un recours.

Enfin, il apparaît aujourd’hui que la plupart des décisions ayant trait à l’organisation, les pratiques et les modalités de soins sont déterminées sans tenir compte de l’expression des patients ou de leurs proches. Aussi, si une commission des usagers (CDU) doit officiellement exister dans chaque établissement, afin de veiller au respect des droits des usagers et de faciliter leurs démarches, les recommandations qu’elle formule ne sont à ce jour pas contraignantes pour l’établissement.

II.C.2. Un cadre juridique inadapté au statut des mineurs hospitalisés

Les mineurs peuvent être hospitalisés en soins psychiatriques selon trois procédures : sur demande des parents il est alors considéré en soins libres ; sur décision du juge des enfants, en cas d'opposition des titulaires de l'autorité parentale ; ou sur décision du préfet, si les "troubles mentaux nécessitent des soins et compromettent la sûreté des personnes ou portent atteinte, de façon grave, à l'ordre public". Dans son avis relatif aux enfants privés de liberté dans les établissements de santé mentale, le Contrôleur général des lieux de privation de liberté note que le recours à l'isolement et à la contention des mineurs "est massif et échappe généralement à tout contrôle", que ce soit en soins libres ou en soins sans consentement. De plus, l'hospitalisation des mineurs en "soins libres" n'est pas soumise au contrôle du juge des libertés et de la détention qui n'est pas compétent, et ne peut donc faire l'objet d'aucune contestation par le mineur. Pourtant, ces "soins libres" n'en sont pas réellement puisqu'ils sont réalisés à la demande des titulaires de l'autorité parentale, sans que le consentement du patient mineur ne soit requis. Le Contrôleur général des lieux de privation de liberté considère que la distinction entre "soins libres" et "soins sans consentement" est donc inadaptée à la situation des mineurs et propose pour y remédier la création d'un statut unique de mineur hospitalisé en psychiatrie, articulant les principes d'autorité parentale et de consentement des mineurs au soin.

II.C.3. Objectif de la proposition de loi : réduire au strict nécessaire le recours à la contention et à l'isolement, dans le respect de la dignité des patients

La présente proposition de loi entend abroger la possibilité de recours à la contention mécanique. Elle prévoit de renforcer les obligations de traçabilité et de recensement des mesures d'isolement à l'échelle nationale et régionale, étendre les garanties procédurales applicables aux mineurs et imposer aux établissements une revue institutionnelle périodique de leur politique de réduction du recours à ces pratiques, conformément aux recommandations de la Haute Autorité de santé et du Contrôleur général des lieux de privation de liberté.

***Sous réserve de sa possibilité de rédaction législative (en cours d'étude) :* cette proposition de loi entend également préciser le statut des soins sans consentement aux urgences psychiatriques et renforcer les voies de recours pour les patients.**

Suivant les recommandations de la CGLP, cette proposition de loi prévoit la création du statut des mineurs, afin de garantir au mineur le recueil et la prise en compte de son opinion sur toute question l'intéressant et la possibilité de contrôle du juge, dans

l'esprit de l'article 12 de la Convention relative aux droits de l'enfant. La proposition de loi entend enfin renforcer le rôle et les prérogatives de la Commission des usagers dans l'organisation des soins au sein des établissements, afin de redonner une place plus importante aux patients et à leurs proches, premiers concernés par les soins.

II.D. Formation et prévention

II.D.1 Un déficit de repérage précoce et de formation

La moitié des troubles psychiatriques débute avant l'âge de quinze ans, ce qui rend le repérage précoce déterminant.

Les médecins généralistes constituent, en pratique, le premier point de contact face à la souffrance psychique de leurs patients. S'il serait souhaitable, dans l'absolu, de renforcer leur formation initiale sur ces sujets, une telle évolution relève du domaine réglementaire et pédagogique et excède le champ d'une proposition de loi ; la présente proposition entend donc agir sur le levier qui lui est ouvert, celui du renforcement de leur formation continue en santé mentale.

Le déficit de formation touche enfin la discipline elle-même : la psychiatrie demeure l'une des dernières spécialités choisies par les étudiants en médecine aux épreuves classantes nationales, en raison de représentations sociales stigmatisantes que la couverture médiatique, souvent centrée sur les faits divers ou l'état de crise du secteur, contribue à entretenir. Pour y remédier et réduire, dans le même mouvement, les inégalités territoriales de démographie médicale, il apparaît nécessaire d'encourager la réalisation, au cours des études de médecine, d'un stage en psychiatrie, en priorisant les services des hôpitaux non universitaires – recommandation portée par la mission d'information sénatoriale de 2025.

Par ailleurs, en ce qui concerne l'acculturation de la population générale au repérage des troubles, le programme des Premiers secours en santé mentale (PSSM), inspiré du modèle australien Mental Health First Aid et déployé en France depuis 2018, a connu une expansion rapide : de moins de 1 000 secouristes formés en 2019, la France est passée à plus de 195 000 secouristes formés au 1er avril 2025, signe d'une appropriation réelle par la société civile. Cette dynamique reste néanmoins à consolider, notamment en direction du milieu scolaire, pour lequel le module dédié tarde à être mis en oeuvre.

II.D.2 Les objectifs de la PPL sur la formation et le repérage :

La présente proposition de loi entend renforcer la formation continue des médecins généralistes afin de mieux outiller les soignants de premier recours. Afin de garantir l'acculturation des soignants à la prise en charge psychiatrique et de renforcer l'attractivité du secteur de la psychiatrie, à l'évolution de la DPC, ce projet de loi ajoute la complétion d'un stage en psychiatrie, durant la formation initiale des études de médecine. Enfin, afin de sensibiliser la population générale, ce projet de loi propose de codifier dans le CSP la formation de premiers secours en santé mentale, et à lui offrir un cadre de complétion utile à long terme : en premier lieu, l'objectif est de rendre obligatoire son suivi pour les professionnels en contact direct avec des enfants ou des publics vulnérables en premier lieu. En second lieu, l'ambition portée par ce projet vise la formation par classe d'âge durant le parcours scolaire.

III. Déclinaison des articles

Cette proposition de loi s'articule autour de dix articles :

L'article premier vise à doter la psychiatrie d'une loi de programmation pluriannuelle, dans laquelle la revalorisation annuelle de l'ONDAM psy ne peut se situer en deçà de l'inflation constatée, et à imposer au gouvernement l'élaboration d'une stratégie décennale pour les soins psychiatriques.

L'article deux vise à pérenniser la part de la dotation populationnelle dans le financement des structures à hauteur de 90 %. Aussi, il vise à garantir la transparence et le suivi des crédits alloués à la pédopsychiatrie.

L'article trois vise à réaliser, avec les acteurs de la psychiatrie dans leur diversité, une stratégie décennale de développement de la pédopsychiatrie sur l'ensemble du territoire.

L'article quatre vise à renforcer les prérogatives des secteurs, maillon de proximité essentiel de l'offre de soin et de l'accompagnement, notamment en matière de prévention et d'inclusion sociale. Cet article prévoit la création d'un poste de coordination de secteur.

L'article cinq vise à interdire l'usage de la contention mécanique et à permettre une meilleure traçabilité et un meilleur contrôle des mesures d'isolement, ainsi qu'à garantir l'effectivité de l'accès aux voies de recours juridiques.

L'article six vise à renforcer les prérogatives de la Commission des usagers.

L'article sept vise la création d'un statut unique des mineurs hospitalisés en psychiatrie.

L'article huit vise à garantir l'existence d'une offre de formation en santé mentale dans l'offre de développement professionnel continu de médecine.

L'article neuf vise à rendre obligatoire la complétion d'un stage en psychiatrie, durant la formation initiale des études de médecine (sous réserve de possibilité d'écriture législative en cours d'étude). **L'article dix** vise à codifier dans le code de la santé publique la formation de premiers secours en santé mentale, à rendre obligatoire son suivi pour les professionnels en contact direct avec des enfants ou des publics vulnérables en premier lieu. En second lieu, la proposition de loi codifie l'obligation de formation aux premiers secours en santé mentale par classe d'âge durant le parcours scolaire.

Pour citer cet article :
Serge Klopp, Enfin une proposition de loi progressiste pour la psychiatrie, Les Cahiers de santé publique et de protection sociale, N° 58 septembre 2026