

A S S E M B L É E N A T I O N A L E

1 7 <sup>e</sup> L É G I S L A T U R E

# Compte rendu

## Commission d'enquête sur les défaillances des politiques publiques de prise en charge de la santé mentale et du handicap et les coûts de ces défaillances pour la société

– Audition, ouverte à la presse, de Mme Emmanuelle Rémond, présidente de l'Union nationale des familles et amis de personnes malades et ou handicapées psychiques (Unafam).....	2
– Présences en réunion.....	12

Mercredi  
24 septembre 2025  
Séance de 17 heures 15

Compte rendu n° 19

SESSION 2024-2025

Présidence de  
**Mme Nicole Dubré-Chirat,  
Présidente,**



*La séance est ouverte à dix-sept heures quinze.*

*La commission auditionne Mme Emmanuelle Rémond, présidente de l'Union nationale des familles et amis de personnes malades et ou handicapées psychiques (Unafam).*

**Mme la présidente Nicole Dubré-Chirat.** Nous poursuivons nos travaux en recevant Mme Emmanuelle Rémond, présidente de l'Union nationale de familles et amis de personnes malades et/ou handicapées psychiques (Unafam). Association reconnue d'utilité publique, l'Unafam accompagne l'entourage des personnes vivant avec des troubles psychiques depuis 1963.

Madame la présidente, je vous remercie de nous déclarer tout autre intérêt public ou privé de nature à influencer vos déclarations.

En outre, je vous rappelle que l'article 6 de l'ordonnance du 17 novembre 1958 relative au fonctionnement des assemblées parlementaires impose aux personnes auditionnées par une commission d'enquête de prêter serment de dire la vérité, toute la vérité, rien que la vérité.

*(Mme Emmanuelle Rémond prête serment.)*

**Mme Emmanuelle Rémond, présidente de l'Union nationale de familles et amis de personnes malades et/ou handicapées psychiques (Unafam).** J'ai l'honneur de représenter l'Unafam depuis mon élection en juin 2024. Notre association, qui compte 16 300 adhérents, est en lien avec de nombreuses familles dont un proche souffre d'une maladie psychique. Nous menons, dans nos 354 lieux d'accueil, partout en France, plus de 20 000 entretiens d'accueil unifamiliaux, confidentiels, personnalisés, sur la base de la pair-aidance. Toute famille qui le demande est reçue, de manière inconditionnelle, par l'un de nos bénévoles, qui est formé et est en situation de pair-aidance. Autrement dit, ce bénévole est, lui aussi, aidant familial : il a, dans son entourage proche, un ami, un conjoint, un enfant, un frère, une sœur affecté d'une maladie psychique au long cours.

Grâce à notre site internet, à nos formations e-learning et à nos formations subventionnées par la CNSA (Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie), qui reconnaît le rôle important que nous jouons auprès des familles, nous sommes en lien, chaque année, avec 55 000 familles. Ce chiffre paraît considérable ; il donne un bon aperçu de la réalité de la maladie psychique et de l'accompagnement des personnes. En réalité, il n'est pas si élevé si on le met en regard des 3 millions de personnes qui souffrent d'une maladie psychique en France de manière chronique. Si l'on multiplie ce chiffre par un et demi, il y a, au bas mot, 4,5 millions d'aidants, ce qui fait un total de 7,5 millions de personnes directement affectées. Si l'on ajoute l'entourage, les proches, qui ne sont pas forcément aidants mais qui sont affectés par cette maladie, on parvient à un total d'environ 10 millions de personnes concernées par une maladie psychique au long cours.

Cela montre que la maladie psychique est un problème de santé publique et de société. Elle est consubstantielle à notre humanité. La Bible nous apprend que Saül souffrait de certaines crises. La maladie mentale est mentionnée dans bien des écrits de l'Antiquité. Elle a partie liée au développement ultrasophistiqué de notre cerveau. Parfois, le cerveau, comme n'importe quel organe, a le droit de tomber malade. La difficulté inhérente à ces maladies tient au fait que le cerveau est un organe excessivement complexe, qui abrite des milliards de neurones en

interconnexion permanente. Si le progrès des soins en matière somatique a été remarquable dans les pays occidentaux depuis l'invention de la pénicilline, en 1945, nous n'avons pas encore la même connaissance en psychiatrie, malgré les avancées accomplies. Les maladies psychiques restent un peu mystérieuses, bien que nous ayons de plus en plus de pistes pour comprendre leur origine et leur fonctionnement. Elles demeurent difficiles à soigner, même si les progrès en matière de soins permettent le rétablissement d'un nombre croissant de personnes, ce qui est fondamental pour nous.

L'Unafam accompagne les familles et porte des valeurs, à savoir l'accueil inconditionnel, l'absence de jugement, l'écoute. Lorsque vous avez un proche qui souffre d'une maladie psychique, les gens ont tendance à vous donner beaucoup de conseils que vous n'avez pas sollicités. Dans certains cas, on minimise la pathologie : on vous dit qu'il n'y a rien du tout. Il est vrai qu'il n'y a rien à voir, dans une maladie psychique : on a deux bras, deux jambes, un cerveau sans déficience intellectuelle. Donc on se dit : que se passe-t-il, pourquoi la personne ne fonctionne-t-elle plus ? Dans d'autres cas, on vous explique que quelqu'un – parent, enfant, conjoint, frère ou sœur – a fait quelque chose de mal. Aussi, à partir d'un certain moment, l'aïdant familial n'a plus qu'une solution : se taire.

L'Unafam a créé, en 1963, une communauté d'entraide au sein de laquelle on peut se parler, où l'on s'écoute et où, sans jugement, on s'entraide. Parallèlement, pour que nos proches aillent mieux, on prend vite conscience qu'il faut également veiller à la qualité des soins en psychiatrie. Aussi, tout en étant une communauté d'entraide, nous sommes devenus, très rapidement, une communauté d'influence. Nous sommes reconnus comme association ayant la qualité de représenter les usagers dans les établissements sanitaires en psychiatrie et les établissements médico-sociaux. Nous disposons de plus de 1 000 mandats de représentation dans les établissements sanitaires, ainsi que de nombreux mandats dans les établissements médico-sociaux. À cela s'ajoute notre rôle de représentation dans les conseils locaux de santé mentale. Au total, plus de 2 000 bénévoles de l'Unafam, tous formés, représentent les usagers de la psychiatrie dans ces différentes instances.

Nous avons une excellente vision de la situation car nous formons une seule et unique association : nos délégations régionales et départementales sont autonomes mais unies. Nous avons fait ce choix afin d'avoir un plus grand impact. Cette position privilégiée nous permet de constater que la psychiatrie est à bout de souffle, comme l'ont déjà relevé plus de trente – remarquables – rapports. Nous sommes souvent sollicités par les auteurs de ces études et les lisons avec intérêt. Nous ne pouvons que noter un ensemble de problèmes : difficultés croissantes d'accès aux soins, caractère aléatoire des traitements et très grandes disparités en la matière selon le praticien consulté, perte d'espérance de vie, sans aucune amélioration, depuis vingt ans – une personne affectée d'une maladie psychique au long cours a une espérance de vie inférieure de dix-sept ans à l'espérance de vie de la population générale –, vétusté fréquente des établissements, qui sont souvent désertés par les soignants, en raison d'une crise profonde de recrutement, et, enfin, recherche sous-dotée.

Ces obstacles s'expliquent, à notre sens, par la stigmatisation encore très présente partout dans la société, qui pénalise le parcours de soins des personnes vivant avec des troubles psychiques ainsi que le parcours de leurs proches. La stigmatisation nous a fait beaucoup de mal, à nous, les familles, car, durant de nombreuses années, il a été dit qu'une personne présentant un problème de santé mentale l'avait développé à cause de sa famille. De la même façon que l'on prétendait que les enfants étaient autistes à cause de leur mère, il y avait, disait-on, des mères « schizophrénogènes », un terme épouvantable. Cela explique pourquoi

nous nous sommes développés souvent à l'abri des regards, sans faire beaucoup de bruit mais avec beaucoup d'efficacité. Je dois dire que la psychanalyse nous a fait le plus grand mal.

Ces obstacles sont responsables de handicaps et de décès pourtant évitables au regard des avancées thérapeutiques actuelles. La psychiatrie, les soins dispensés ont progressé, à l'instar de la connaissance du cerveau, grâce, en particulier, à l'essor des neurosciences et des sciences cognitives. On note de réelles avancées, qu'il s'agisse du repérage des troubles, de la réalisation d'interventions précoces, de l'intervention d'équipes mobiles à domicile – ce qui permet de sortir d'un système encore trop hospitalo-centré –, de la réhabilitation psychosociale, qui limite l'impact du handicap et offre à des jeunes la possibilité de travailler.

Cela étant, la qualité des soins est très hétérogène. Il existe de rares services « pépite », mais aussi des endroits d'où tout espoir est absent. Cette hétérogénéité extrême se rencontre non seulement d'un établissement à l'autre mais aussi d'un service à l'autre. Je prendrai l'exemple de la contention mécanique. Cette pratique, heureusement encadrée par le législateur, est beaucoup trop souvent pratiquée en France, mais dans des proportions très variables selon les lieux. Si vous habitez dans le 13<sup>e</sup> arrondissement de la capitale, vous ne serez jamais contentionné ; en revanche, si vous résidez dans le 15<sup>e</sup>, vous risquez d'être beaucoup contentionné si vous êtes en état de détresse psychique aiguë.

Cette situation est scandaleuse : elle revient à nier le droit à un accès aux soins de qualité. Or elle est évitable. Nous appelons, dans le cadre de la grande cause de la santé mentale, à une refondation de la psychiatrie. Nous appelons le législateur à accomplir un geste de même nature que celui qui a été fait dans les années 1960 et qui a été tellement fécond : je veux parler de la fermeture des asiles et de la création des centres médico-psychologiques (CMP). À l'heure actuelle, 85 % des personnes sont soignées en ambulatoire. Cessons de nous représenter les personnes affectées de maladies psychiques allongées dans des lits : cela ne se produit qu'en cas de crise aiguë et, lorsqu'on est bien soigné, on n'en a qu'une ou deux dans sa vie.

Nous demandons à présent que l'on emprunte le virage domiciliaire. Il faut aller jusqu'à la famille et ne pas attendre que cela aille très mal pour pouvoir se rendre au CMP, qui va hospitaliser la personne. C'est possible : des pays le font. C'est d'autant plus nécessaire que l'on observe un nombre croissant de problèmes de santé mentale dans notre société. Le risque suicidaire chez les jeunes est certainement lié à un abus de l'utilisation des réseaux sociaux, à quoi s'ajoute la consommation du cannabis et des substances toxiques. Ces produits vont déclencher la maladie dans un cerveau présentant une vulnérabilité génétique – celle-ci étant prouvée, par exemple, en matière de vulnérabilité à la psychose. Le législateur doit veiller à combattre sans relâche ces substances toxiques, qui font le plus grand mal. Certains médecins psychiatres prédisent une véritable épidémie de schizophrénie.

Grâce aux progrès des neurosciences et de la génétique, on sait désormais qu'il existe une vulnérabilité génétique à la maladie psychique. C'est pourquoi, souvent, elle chemine dans nos familles, non pas parce que ces dernières seraient toxiques ou dysfonctionnelles mais parce qu'elles présentent une telle vulnérabilité, comme cela peut être le cas, dans d'autres familles, pour le cancer. Cependant, on n'a pas encore identifié tous les gènes concernés. On sait que des familles de gènes sont en cause. Cette question est complexe car nous avons plus de 20 000 gènes, dont plus de 10 000 sont impliqués dans le neurodéveloppement, autrement dit dans la constitution du cerveau. Grâce aux progrès de la génétique, on va continuer à les identifier, ce qui devrait permettre de mettre en œuvre plus rapidement des interventions précoces et efficaces.

Face à cette situation délétère, nous avons de l'espoir : c'est la valeur cardinale de l'Unafam. Nous mettons toujours en valeur les lieux où sont menées de bonnes pratiques et nous voulons qu'ils deviennent la norme. Nous souhaitons que les dotations à l'hôpital public ne soient plus populationnelles, ce qui est hélas le cas de 76 % d'entre elles. En effet, ce système permet au chef de pôle de faire absolument ce qu'il veut, au gré de sa créativité, ce qui conduit à l'hétérogénéité des situations. Il n'y a pas encore de consensus, tout du moins en France, parmi les sociétés savantes, sur la manière de soigner. Pourtant, l'OMS (Organisation mondiale de la santé) fait largement connaître les bonnes pratiques, en s'appuyant sur des données probantes.

Il est temps de cesser de donner au chef de pôle carte blanche quant à la manière de soigner les personnes. Il convient de subordonner l'octroi de dotations à la mise en œuvre d'actions précises : consultations famille sans patient partout dans les services d'urgence, recours à des équipes mobiles d'intervention et de crise intersectorielles, réhabilitation psycho-sociale proposée à toute personne à qui l'on diagnostique une maladie psychique chronique, enfin, de la psycho-éducation des familles comprenant un accompagnement de celles-ci et un adressage vers des associations, dont la nôtre, pour soulager le fardeau des aidants mais aussi pour aider la personne à se rétablir. La littérature scientifique a montré que la psycho-éducation des familles est la deuxième intervention la plus efficace après le traitement médicamenteux. Créer un environnement favorable à un proche, cela s'apprend – on procède de même lorsqu'un enfant se retrouve en fauteuil à la suite d'un accident de la vie.

Lorsqu'une maladie psychique se déclare – dans 75 % des cas, cela concerne un jeune de 15 à 25 ans –, il faut apprendre les bonnes postures, en particulier des habiletés relationnelles et sociales, que nous enseignons dans nos formations. Nous formons près de 15 000 familles par an, ce qui est considérable mais demeure encore insuffisant. Il faut le faire de manière systématique afin de créer un environnement favorable permettant aux personnes de se rétablir. Car elles se rétablissent : on peut bien vivre avec une schizophrénie, une bipolarité, un trouble anxieux généralisé, un trouble borderline, une dépression, à la condition que la pathologie soit bien prise en charge.

**Mme la présidente Nicole Dubré-Chirat.** Tous les rapports élaborés sur ce sujet convergent à la difficulté de la prise en charge des patients affectés de troubles psychiatriques. Certaines pratiques, liées à des écoles de psychiatrie, sous-utilisent les recommandations internationales relatives à des maladies telles que la schizophrénie ou la bipolarité. On souffre de cette difficulté à traiter les personnes de façon plus adaptée, plus sûre. Vous évoquez les tentatives de suicide chez les jeunes. À cet égard, on observe des prescriptions abusives et durables de psychotropes, qui ont des incidences notables. On commence à voir poindre, dans certains secteurs, les mesures que vous proposez, comme les prises en charge de consultation avancée avec les familles et la réhabilitation psycho-sociale. Pouvez-vous nous apporter des précisions sur l'impact des troubles psychiques sur la vie sociale, professionnelle et éventuellement financière des aidants, des accompagnants – conjoint, enfants, etc. ?

**Mme Emmanuelle Rémond.** Nous sommes cofondateurs de la Fédération européenne des familles de personnes avec une maladie psychique (European Federation of Families of People with Mental Illness), Eufami. Cette dernière a demandé à la London School of Economics de réaliser une étude, intitulée *The Value of Care*, autrement dit la valeur du soin, entendu comme le soin informel, qui a montré qu'aider une personne affectée d'une maladie psychique correspond, en moyenne, selon les pays, à un emploi à plein temps – soit à un temps d'activité de 35 à 39 heures hebdomadaires. Selon les mesures qui ont été effectuées, le sentiment de tristesse et de solitude est beaucoup plus fort chez les aidants qu'au sein de la

population générale. Nous le savons de manière empirique puisqu'après avoir reçu une famille, nous établissons une fiche statistique anonymisée qui nous permet d'identifier les raisons pour lesquelles la famille s'adresse à nous. Nous essayons de repérer comment vont les personnes ; elles peuvent être animées par un sentiment de colère – contre la maladie, des mauvais soins ou l'absence de soins – mais aussi ressentir de la tristesse.

La moitié des personnes hospitalisées en psychiatrie sont des parents. Or leurs enfants sont totalement invisibilisés. Nous insistons sur le fait que ces derniers ne sont pas des aidants – il ne faut surtout pas les ranger dans cette catégorie – mais des proches. Il convient de mieux les repérer, par exemple en demandant à une personne qui va être hospitalisée si elle a des enfants. Souvent, les patients ne le disent pas car ils ont très peur qu'on leur retire leurs enfants. Des situations graves peuvent survenir, dans lesquelles les enfants se retrouvent seuls chez eux. Très souvent, en effet, les familles ont implosé et le conjoint n'est pas toujours au courant de l'hospitalisation. Nous avons institué depuis peu une consultation à la parentalité ouverte à toute personne qui a une maladie psychique, ou au coparent, afin de parler de la parentalité. Il nous semble essentiel de soutenir la parentalité.

**M. Sébastien Saint-Pasteur, rapporteur.** Vous avez évoqué nombre d'enjeux qui font écho à nos travaux. Nous avons conscience que de nombreux rapports ont déjà été élaborés sur ce sujet et que, dans le contexte actuel, il est difficile de faire bouger les lignes. Cela étant, nous avons essayé d'adopter une approche singulière en insistant sur les coûts évités. En effet, les déficits de prise en charge ont non seulement un coût humain majeur mais ils engendrent aussi un coût pour la société dans son ensemble : une personne qui n'est pas justement accompagnée sera inactive, ne paiera pas d'impôts, etc.

Selon vous, faut-il accorder davantage de place aux familles ou l'évolution actuelle est-elle satisfaisante ? Les professionnels semblent avoir conscience de l'enjeu mais cela se traduit-il réellement dans les faits ? La situation se caractérise-t-elle par son hétérogénéité ?

Je souhaiterais également évoquer le maintien dans l'emploi en milieu ordinaire. Lorsqu'un handicap psychique se déclare, le salarié peut être sujet à une certaine fatigabilité, ce qui peut créer des problèmes vis-à-vis de l'employeur. Là aussi, n'y a-t-il pas quelque chose à réinventer ou à reconstruire pour éviter les ruptures, qui appellent parfois une remédiation très coûteuse ?

**Mme Emmanuelle Rémond.** Il faut savoir que des personnes concernées nous rejoignent. Nous avons un groupe national dénommé « Faire ensemble ». Un nombre croissant de délégations, au sein de l'Unafam, accueillent des personnes concernées par les troubles psychiques – c'est le cas de trois de nos administrateurs. À mon sens, c'est cela, l'avenir. En effet, les personnes se rétablissent : si nous parlons en leur nom, pour défendre leurs droits, nous ne parlons pas à leur place – la nuance est d'importance.

Quant au milieu ordinaire, je suis d'accord avec vous. Notre baromètre montre que, si 72 % des personnes vivant avec des troubles psychiques ont travaillé au cours de leur vie, elles n'étaient plus que 20 % dans ce cas au moment où nous avons recueilli les informations. Ce chiffre accablant témoigne du fait qu'une personne avec une maladie psychique au long cours qui veut travailler ne parvient pas à se maintenir dans l'emploi, faute d'accompagnement. C'est un enjeu majeur. Aussi sommes-nous très favorables au dispositif d'emploi accompagné.

Par ailleurs, un représentant de l'Unafam siège au conseil d'administration de l'Agefiph (Association de gestion du fonds pour l'insertion professionnelle des personnes

handicapées). Nous avons reçu le label Parlons santé mentale dans le cadre de la grande cause nationale. Nous venons de publier un livret, que nous allons distribuer massivement, qui vise à présenter tous les moyens auxquels on peut avoir recours, lorsqu'on est en emploi, pour obtenir un aménagement de son travail. L'objectif est d'éviter une rupture conduisant à la désinsertion professionnelle. En effet, les personnes se trouvant dans cette situation ne font plus acte de candidature. Elles perçoivent alors l'AAH (allocation aux adultes handicapés) dans la durée, ce qui leur porte tort comme cela préjudicie à la société. En effet, lorsqu'on n'exerce pas d'activité, on a davantage de risques d'aller mal, de rechuter – la maladie psychique étant fluctuante. On a donc tous intérêt à favoriser l'emploi des personnes avec un trouble psychique.

Souvent, la personne concernée a honte, en raison de la stigmatisation qui s'attache à la maladie psychique, et, de ce fait, ne va pas faire état de sa pathologie, quand bien même elle aurait une RQTH (reconnaissance de la qualité de travailleur handicapé). Parfois, elle ne va pas demander la RQTH. Nous menons des missions de sensibilisation aux troubles psychiques, surtout dans les ministères. À chaque fois, à l'issue de notre passage, des personnes qui n'en ont jamais parlé vont exposer leur situation au référent handicap, ce qui permet d'aménager leur temps de travail et leurs conditions de travail, de prévoir par exemple des horaires décalés, un temps partiel, etc.

Comme ces maladies frappent jeune, les personnes n'ont, très souvent, pas de diplôme. En effet, il faut à peu près trois ans pour se remettre d'un épisode psychotique. Lorsque la personne exerce un métier, il est souvent peu qualifié. Lorsque sa fatigabilité la conduit à devoir travailler à mi-temps, elle a généralement un taux d'incapacité compris entre 50 et 79 %. Or, à partir d'un mi-temps, elle ne peut plus percevoir l'AAH. Un rapide calcul montre que l'on gagne mieux sa vie en percevant l'AAH qu'en travaillant à mi-temps. Aussi demandons-nous instamment la suppression de ce plafond et la possibilité de cumuler sa rémunération et l'AAH de type 1, ce qui encouragerait le travail. Nous demandons au législateur de mettre fin à l'aberration que constitue la situation actuelle, qui n'est bonne ni pour la personne ni pour les comptes de l'État.

**M. Sébastien Saint-Pasteur, rapporteur.** C'est l'un de mes combats. Lorsque la durée de travail d'un salarié excède un mi-temps, il perd la possibilité de bénéficier d'une AAH différentielle. Or les personnes qui ont un handicap psychique sont sujettes à la fatigabilité. J'ai évoqué cette question à plusieurs reprises avec la ministre. Une évolution serait profitable aux finances publiques comme aux personnes. Il est incompréhensible que cette règle demeure.

**Mme Emmanuelle Rémond.** C'est un plaidoyer que nous développons de longue date et que nous n'allons pas lâcher ! Comme les personnes concernées sont généralement jeunes, il faut du temps avant de comprendre que la maladie peut conduire à une reconnaissance de handicap. Nous demandons que ces personnes aient accès aux dispositifs d'emploi accompagné ou de formation en dehors même de l'existence d'une RQTH. Lorsqu'à 20 ans, vous avez fait un séjour en hôpital psychiatrique et que vous devez prendre un médicament, vous n'avez pas du tout envie de demander la reconnaissance de votre handicap ; ce cheminement demande des années. Or cela entraîne des pertes de chance énormes. Je connais des gens qui ont refusé de demander une RQTH et qui ont essayé de passer un diplôme à l'université quatre fois de suite. Il faut être prêt à faire cette demande, qui a un côté très humiliant. On pense qu'il ne s'est rien passé, ou que l'on s'en est remis. Il faut du temps pour comprendre que la maladie vous affecte réellement. Il faudrait arrêter de subordonner l'accès à la formation professionnelle – qui compte beaucoup plus que les études – à la RQTH.

**M. Sébastien Saint-Pasteur, rapporteur.** Pour bénéficier du dispositif d'emploi accompagné, il faut une prescription médicale. Proposez-vous un nouveau dispositif, spécifique au handicap psychique ?

**Mme Emmanuelle Rémond.** Nous proposons que l'on puisse y avoir accès au moyen d'un certificat médical dûment justifié par le médecin psychiatre habilité.

**Mme la présidente Nicole Dubré-Chirat.** On commence à percevoir une déstigmatisation des troubles psychiques comme en témoignent la grande cause nationale, les campagnes menées dans les médias, la journée que France Inter consacre à la santé mentale, la tenue d'un festival de cinéma, etc. Il est peut-être moins difficile, aujourd'hui, d'aller consulter ; on peut réaliser un repérage plus précoce et proposer un traitement plus adapté.

Le regroupement de Cap emploi et des missions locales dans le cadre de la gouvernance de France Travail a-t-il amélioré les choses ? Dans des secteurs qui ont un faible taux de chômage, des entreprises commencent à aller vers des personnes en situation de handicap. On voit aussi de grandes entreprises embaucher des personnes ayant un handicap psychique en leur proposant un accompagnement, de la formation. Avez-vous remarqué une évolution significative ou la situation reste-t-elle très difficile ?

**Mme Emmanuelle Rémond.** Vous évoquez la journée que France Inter consacre à la santé mentale : il se trouve que je participerai, après cette audition, à l'émission *Le téléphone sonne*. Il y a un début de déstigmatisation mais il faut continuer en ce sens. Au Danemark, par exemple, une campagne est menée chaque année par des personnes vivant avec une maladie psychique, qui se sont rétablies et qui jouent le rôle d'ambassadeurs. Nous avons fait un spot, qui passera sur France Télévisions entre le 29 septembre et le 5 octobre, dans lequel nous présentons une de nos administratrices, Pauline, qui vit avec une maladie psychique, qui est rétablie et qui travaille. Il faudrait prévoir ce type de campagne chaque année. La société entière en bénéficierait, à l'instar des personnes concernées. En effet, on constate que celles-ci se stigmatisent elles-mêmes, ne se font pas soigner et n'osent pas chercher du travail.

Les unités de réhabilitation psycho-sociale comprennent un chargé d'insertion professionnelle, ce qui améliore considérablement les choses. On doit avoir cette préoccupation à l'esprit dès le moment où l'on effectue les soins. Au Danemark, on évalue la performance d'un service en psychiatrie au pourcentage de personnes qui retournent à l'emploi ou qui suivent une formation professionnelle. Il faut le faire, plutôt que de se contenter de prescrire un médicament à une personne qui percevra l'AAH. L'objectif, ce n'est pas « couché, pas bouger », si vous me passez l'expression. En général, ce n'est jamais le cas, d'ailleurs, ce sont de gros problèmes qui reviennent, c'est la porte tournante : on est réhospitalisé, il y a beaucoup de souffrance.

**Mme la présidente Nicole Dubré-Chirat.** Cela rejoint nos réflexions sur la promotion des bonnes pratiques, des résultats positifs, comme les taux de sortie dans les entreprises d'insertion. C'est un levier qui permet de faire avancer les choses.

**M. Sébastien Saint-Pasteur, rapporteur.** Nous sommes preneurs des éléments d'analyse comparée, par exemple avec le Danemark.

**Mme Josiane Corneloup (DR).** Je vous remercie pour votre témoignage, qui donne beaucoup d'espoir. Je vous rejoins sur trois points. On constate, comme vous le dites, une grande disparité dans les prises en charge en fonction du lieu d'habitation de la personne et de

la structure dans laquelle elle est hospitalisée. Comment peut-on avoir une connaissance plus précise de ce que font les établissements, s'agissant par exemple de l'usage de la contention, afin de promouvoir les bonnes pratiques ?

Le retour à domicile est possible à la condition que l'environnement soit très favorable et que la famille soit formée. Les personnes concernées étant fragiles, elles peuvent décompenser face à un comportement inadapté et refaire une crise. Pouvez-vous nous apporter des précisions sur le dispositif que vous avez évoqué ? S'agit-il d'équipes mobiles, composées de personnels qualifiés, qui rendent visite régulièrement aux familles afin de les former et de les accompagner ?

Le taux de chômage des personnes handicapées est près de deux fois plus élevé que celui de la population générale. Aussi est-il incroyable que, lorsqu'une personne handicapée retrouve un emploi, elle subisse une baisse de son AAH. Non seulement cela dissuade de reprendre un travail mais c'est aussi contraire à la dignité de la personne. Nous militerons à vos côtés pour essayer de faire avancer les choses en ce domaine.

**Mme Emmanuelle Rémond.** Il y a de très bons modèles d'organisation à suivre. À Lyon, le professeur Nicolas Franck, qui est chef du pôle centre rive gauche au centre hospitalier Le Vinatier, a tout réorganisé à euros constants. On est reçu dans cette structure, en moins de huit jours, par un psychiatre. La prise en charge est pensée de manière intersectorielle, à l'échelle du pôle. On y est soit réorienté vers la médecine de ville, soit hospitalisé, si c'est plus grave. Si l'état de la personne le justifie – la famille ayant été entendue –, une équipe mobile se rend à son domicile, ce qui permet de réduire le nombre d'hospitalisations. Dans l'intérêt du patient, mieux vaut éviter, on le sait, à moins qu'on y soit contraint, une hospitalisation à temps complet.

Au Vinatier, les infirmiers passent leur temps à se déplacer. Grâce à l'organisation mise en place, 100 % des soignants sont présents, ce qui contraste avec l'absentéisme régnant à l'hôpital public. Quel soignant, en effet, a envie d'attacher une personne en état de souffrance aiguë ? Les soignants ne veulent plus aller dans les services où l'on contentionne ; la pratique de la contention se traduit par des arrêts maladie. Notre manifeste pour l'abolition de la contention est parfaitement raisonné. Rappelons que 10 % des services en France ne la pratiquent pas, alors qu'ils sont confrontés à des pathologies aussi graves qu'ailleurs, ce qui montre que c'est possible. À l'heure actuelle, en psychiatrie, des postes sont ouverts mais non pourvus. Le manque d'attractivité ne tient pas seulement à l'insuffisance de la rémunération mais aussi – et surtout – à la qualité du travail et des soins. Réorganiser les soins renforcera l'attrait de ces postes et limitera l'impact de la maladie sur la personne, et donc son handicap.

**Mme la présidente Nicole Dubré-Chirat.** Au Vinatier, comme à Lille, des équipes effectuent un travail assez extraordinaire. Les établissements concernés ne manquent pas de soignants car on y mène des projets, ce qui montre que ce n'est pas forcément une question d'argent.

Quant à la contention, il est possible de s'en passer à condition que les équipes soient formées et en nombre suffisant. Nous avons constaté que des services ne la pratiquaient pas tandis que d'autres, qui sont en sous-effectifs, en faisaient le soin premier – pendant une durée plus ou moins longue – avant de pouvoir pratiquer autre chose. Les équipes opérationnelles sont pérennisées et fidélisées car elles trouvent un sens à leur travail. Les jeunes psychiatres sont également favorables à l'arrêt de toute contention.

**Mme Emmanuelle Rémond.** J'interviendrai lors du congrès de l'association des jeunes psychiatres et des jeunes addictologues, dont la première table ronde, qui aura pour thème la contention zéro, sera l'occasion de débattre de notre manifeste pour son abolition. Nous demanderons à coconstruire cette évolution avec les médecins. Nous souhaiterions favoriser ce que j'appelle la « pair-aidance médicale » : il s'agit de faire en sorte qu'un médecin qui n'a jamais pratiqué la contention parle avec l'un de ses confrères, qui aimeraient arrêter d'y recourir mais qui ne sait pas comment faire. Dans les Bouches-du-Rhône, sur les six services de soins sans consentement, deux ne pratiquent pas la contention, ce qui est une proportion élevée. À l'instigation de notre représentant des usagers, qui joue le rôle d'un aiguillon, une commission a été constituée pour mettre fin à cette pratique. Ceux qui veulent vraiment cesser de l'employer le feront, mais il faut que les médecins s'entendent et reçoivent les bons outils. Nous avons l'intention de décrire la situation sous forme cartographique et de publier une jauge.

**M. Sébastien Saint-Pasteur, rapporteur.** Nous n'avons pas évoqué l'accompagnement des personnes qui n'ont ni amis ni famille proche. Avez-vous des propositions à formuler les concernant ?

**Mme Emmanuelle Rémond.** Nous aimerions que les psychiatres nous adressent de manière beaucoup plus systématique les familles ou que l'on place des affiches un peu partout pour les informer. En effet, les ruptures familiales sont souvent dues à un manque de formation des familles. Sans le savoir, elles n'ont pas eu la bonne attitude, mais ce sont des choses compliquées, qu'il faut apprendre. Il faut absolument que les familles viennent nous voir le plus rapidement possible. La maladie entraîne aussi la fuite, l'errance. Des personnes se retrouvent sans domicile, et c'est alors à d'autres structures de prendre le relais. Il existe des équipes précarité, en psychiatrie. On a même, parmi nous, des familles dont le proche est dans la rue, ce qui arrive surtout en cas d'addiction. Le cas de figure le plus tragique est la coexistence d'une maladie psychique et d'une addiction à l'alcool ou aux drogues. Nous connaissons des familles qui essaient de repérer leur proche dans la rue. Il faut mettre en place les services sociaux adéquats. Les psychiatres qui comprennent l'importance des familles nous disent : on a de la chance quand il y a une famille.

**Mme la présidente Nicole Dubré-Chirat.** Il y a de plus en plus de personnes isolées, qui n'ont ni famille ni amis, qu'il est difficile d'accompagner.

**Mme Emmanuelle Rémond.** Les groupes d'entente mutuelle constituent un vrai recours. Des personnes, souvent d'un âge avancé, qui ont connu beaucoup de ruptures familiales s'y reconstruisent, y bénéficient de la présence d'un animateur, y trouvent des amis. Je me suis rendue dans plusieurs d'entre eux : ce sont des lieux formidables, qui apportent aux gens une structuration et leur permettent de se sentir beaucoup mieux même s'ils n'y vont qu'une ou deux fois par semaine – la maladie psychique au long cours introduisant parfois une autre temporalité.

**M. David Magnier (RN).** Ma circonscription abrite le site Clermont Fitz-James du centre hospitalier isarien (CHI), mais aussi un centre pénitentiaire, qui accueille des détenus dangereux, dont certains sont hospitalisés au CHI. Si l'on ne recourt pas à la contention, quels moyens peut-on employer, à l'égard de ces personnes, lorsqu'elles agressent le personnel ?

Auriez-vous trois préconisations à faire en matière de formation des personnels et d'information du public dans le but de développer la prévention et de repérer précocelement des pathologies ?

**Mme Emmanuelle Rémond.** Il faudrait développer le premier secours en santé mentale, un programme né en Australie que nous avons contribué à créer en France. Ce dispositif remarquable permet de devenir secouriste en deux jours de formation.

Il conviendrait également de mieux faire connaître certaines lignes d'écoute, qu'il s'agisse de numéros nationaux – le 3114, par exemple, concerne les risques et les conduites suicidaires – ou régionaux, tel Psy Île-de-France (01 48 00 48 00), qui est ouvert aux familles comme aux personnes concernées.

Nous préconisons aussi de développer les consultations famille sans patient.

Parallèlement, il faudrait, dès l'école, enseigner les aptitudes et les habiletés sociales à la bientraitance, à l'écoute réciproque. De même, il conviendrait de former les infirmières scolaires et, plus généralement, les personnels en lien avec l'éducation nationale, à repérer les signes précoce.

Nous avons connu, en mai, une tuerie dans un lycée de Nantes. La mère du jeune qui a été hospitalisé s'était rendue à six reprises à la maison des adolescents, sans que jamais personne n'ait été en mesure de détecter chez ce garçon un signe précoce d'une psychose qui était pourtant évidente. Cette détection aurait permis de l'adresser au centre de psychoses émergentes. Certains maillons nous manquent. Il faut former les médecins généralistes, qui, trop souvent, ont une patientèle de personnes affectées de maladies psychiques mal soignées. En effet, ce n'est pas leur métier. L'exemple donné par Nicolas Demorand dans son livre est très révélateur : à la suite d'une tentative de suicide très grave, il n'a été soigné que par un médecin généraliste. Le jour où il est allé voir les psychiatres, cela s'est bien mieux passé. Il y a du travail à faire pour former à la santé mentale.

S'agissant des personnes violentes que vous évoquez, nous ne sommes pas du tout opposés aux unités pour malades difficiles, au contraire. Cela étant, à l'intérieur de ces unités, on peut agir de manière respectueuse.

**Mme la présidente Nicole Dubré-Chirat.** Nous vous remercions pour ces échanges empreints d'une tonalité positive. N'hésitez pas à nous faire parvenir toute information complémentaire que vous jugeriez utile.

*La séance s'achève à dix-huit heures dix.*

**Membres présents ou excusés**

*Présents.* — Mme Josiane Corneloup, Mme Nicole Dubré-Chirat, Mme Chantal Jourdan, M. David Magnier, M. Éric Martineau, Mme Joséphine Missoffe, M. Sébastien Saint-Pasteur

*Excusée.* — Mme Anne-Cécile Violland