



Paris, le 3 juin 2015

COMMISSION
DES
AFFAIRES SOCIALES

PROJET DE LOI DE MODERNISATION DE NOTRE SYSTÈME DE SANTÉ

**Questionnaire de M. Alain Milon,
Mmes Catherine Deroche et Élisabeth Doineau,
rapporteurs**

AUDITION DU MARDI 9 JUIN DE 15H15 A 16H45

TABLE RONDE DES ASSOCIATIONS D'USAGERS EN PSYCHIATRIE

1. Quel bilan faites-vous des dernières réformes intervenues en matière d'organisation des soins psychiatriques (lois du 27 septembre 2013 et du 5 juillet 2011, notamment, ainsi que la loi HPST) ?

Concernant la Loi HPST, nous écrivions dans le Mégaphone 36 (Avril 2009): "Pour Advocacy, le rattachement de la mission des DASS concernant les GEM (Groupes d'Entraide Mutuelle) à une instance dont le nom est Agence Régionale de Santé (sans référence au social) nous fait craindre une évolution des GEM qui seraient « aspirés » dans une logique de dispositif sanitaire annexe. Les GEM sont des outils, pour les usagers, désireux de créer et tisser des liens sociaux. Certaines dispositions de la loi nous font craindre un affaiblissement de la logique de service public et du service public lui-même, et par là une diminution de la qualité des soins". Force est de constater 7 ans après, que nos craintes étaient fondées et les exemples ne manquent pas d'une vision et de mesures de type sanitaires appliquées à une structure à vocation sociale. Nous souhaitons que la gestion des GEM relève des DGCS et non plus des ARS. Précisons qu'en 2008, nous étions surtout mobilisés sur la question des tutelles et de l'application de la Convention de l'ONU des Droits des Personnes Handicapées.

Concernant la loi du 5 juillet 2011: Cette loi comporte 2 aspects et c'est à tort qu'on y voit une cohérence car ils correspondent à 2 moments distincts de l'élaboration de la loi. Nous estimons qu'il aurait fallu faire 2 lois distinctes.: 1. L'obligation de soin . C'est un déni du soin en santé mentale. La finalité du soin est santé mentale, c'est la réappropriation des capacités. Peut-on penser que la réappropriation des capacités d'une personne se fasse par la contrainte? On ne peut nier que la contrainte puisse être nécessaire, dans des situations de crise, dans des cas extrêmes où la sécurité des personnes est en jeu (encore faudrait-il s'assurer que l'on a utilisé, au préalable, tous les moyens de négociation , que ce n'est pas une facilité expéditive). Peut-on considérer que la situation de prise en charge ambulatoire soit compatible avec une situation de crise? L'anosognosie, brandie comme un argument est un symptôme neurologique, liée à une atteinte d'un hémisphère du cerveau (en général le droit) et ne saurait être utilisé comme argument psychiatrique. si l'on veut contraindre à prendre un



médicament, que l'on ait , au moins la décence de parler de traitement contraint et non d'obligation de soin. 2. La saisine du juge , dans les cas d'hospitalisation sous contrainte, rendue obligatoire par cette loi ne s'est faite par une initiative du pouvoir exécutif, ni par une mobilisation des législateurs, mais par une injonction du Conseil Constitutionnel, et le gouvernement a cru bon de l'inclure dans le projet de loi. Rappelons simplement que la France était alors le SEUL pays européen à ne pas appliquer la judiciarisation dans les affaires psychiatriques, au détriment de l'article 7 de la Déclaration des Droits de l'Homme qui affirme que toute privation de liberté relève d'une décision de justice.

Concernant la loi du 27 septembre 2013, nous avons été auditionnés 2 fois à l'Assemblée Nationale par Mr Robilliard et une fois au Sénat par Mr Le Guen, et jamais indemnisés de nos déplacements. (rappelons, ici, la précarité financière absolue des associations d'usagers qui ne sont pas subventionnées et regroupent des personnes qui vivent avec des minima sociaux). Nous avons été extrêmement déçus du peu de changement avec la loi du 5.07.11, dont nous espérions l'abrogation. Certes, aujourd'hui, le juge est saisi au bout de 12 et non plus de 15 jours, c'est un progrès. Cependant, nous demandons que les personnes en souffrance psychique soient considérés comme des citoyens à part entière et non des personnes à part. Pourquoi ne pas retenir le critère de la Convention Européenne qui limite à 48h une privation de liberté administrative (couramment appelée garde à vue) avant la présentation au juge.

2. Quelle appréciation faites-vous de l'**article 13** du projet de loi, qui définit l'organisation territoriale de la santé mentale et de la psychiatrie ?

Il est très difficile de distinguer la forme et le fond, quand la forme est ce qui fait le fond. Dans le fond, comme on dit, nous devrions nous réjouir de l'affirmation d'une volonté d'inscrire une politique de santé mentale dans le territoire. Mais quel territoire? (voir infra) . Nous sommes profondément attachés aux pratiques de santé communautaire, (nous avons initié des réseaux de santé) , d'action concertée entre les différents acteurs (nous avons toujours œuvré dans ce sens) , d'inclusion sociale, enfin, qui est l'un de nos principaux combat. Cette loi cependant nous met mal à l'aise car elle privilégie, une fois de plus et dans la continuité de la loi HPST, l'idée de dispositif, par rapport à celle de dynamique de mise en réseau autour de l'action, action qui doit s'articuler autour de l'utilisateur/acteur, bénéficiaire, certes mais d'une action pensée conjointement et à partir de lui . On dit que l'utilisateur doit être au centre du dispositif. C'est à notre sens comme cela qu'il faut entendre cette recommandation, au risque, sinon, d'une aliénation supplémentaire, comparable à l'enfermement de jadis. Nous assistons, depuis quelques années, d'une manière accélérée, à une augmentation sensible des dispositifs (et des personnels) administratifs et une élaboration des politiques "par en haut", plutôt qu'un recueil des expérience de terrain. Ceci se fait au détriment de l'innovation. Des expériences comme Espérance Paris et Enfants Présents, proches des besoins, sont acculées à la faillite, par manque de conformité au modèle préformé.

On crée de nouveaux appareils administratifs et on diminue les effectifs des personnels de terrain. S'il y a là une rationalité économique, elle n'est qu'apparente. Certes, le projet territorial entend mettre l'ensemble des acteurs ensemble, sur la base d'un diagnostic, mais pourquoi nous dit-on qu'il est

élaboré et mis en œuvre à l'initiative des professionnels et des établissements" dans un premier temps (2ème alinéa du 3°b) pour nous dire qu'il "associe notamment les représentants des usagers, les professionnels, ... les organismes locaux d'assurance maladie...les clsm et toute autre commission...", (bref, encore une grand messe) (5ème alinéa du 3°b). Le point III précise que "le projet territorial de santé organise la coordination territoriale de second niveau" sans définir qui compose ce second niveau sans que le premier niveau n'ai été défini, ni même cité dans le texte, sans que soit précisé qui est ou comment est composé l'agent organisateur. Certes, cela peut relever des décrets, mais cela donne l'impression d'encore un appareil, avec des grand-messes qui coûtent cher, mais peuvent-être plus un semblant qu'une réalité démocratique, comme nous avons pu voir dans d'autres situations. Nous, usagers, avons besoin d'une administration qui, face aux lobbys de tous poils garantisse l'intérêt de tous, mais qui soit une administration de proximité, qui tiennent compte de nos propositions et de nos besoins à la base. Nous, usagers, nous avons besoin que l'on nous donnent les moyens d'exercer réellement notre rôle de participants, d'acteurs, nos propositions, en tant que représentants des principaux intéressés. Nous travaillons dans des conditions extraordinaires vu l'absence de moyens alors que notre fonction est reconnue, parce que nous revendiquons le mot d'ordre "Rien à notre sujet sans nous". Nous usagers, nous attendons des pouvoirs publics la définition d'une politique de santé mentale, c'est à dire l'expression de choix et d'orientations qui puissent changer le regard de la société globale sur les questions de la santé mentale, plus que la mise en place d'un n ième dispositif administratif.

3. Quel regard portez-vous sur la définition, telle que prévue par l'**article 13 bis**, du champ du contrôle du juge des libertés et de la détention en matière d'hospitalisation sans consentement ?

Article incompréhensible tel que rédigé dans le texte de loi.(à relever aussi que le point :I/1°A fait référence à un article qui n'est défini que dans la suite du texte et non à l'article du même nom préexistant dans le CSP.). Cependant, il paraît indispensable que le juge puisse réexaminer la situation de la personne pour laquelle il a prononcé une privation de liberté chaque semaine lors du premier mois, chaque mois, la 1ère année, tous les 6 mois par la suite. Le médecin ne saurait se substituer au juge.

4. Le régime prévu par l'**article 13 ter** pour le transfert d'une personne en soins psychiatriques dans un autre établissement de santé vous paraît-il satisfaisant ?

Nous souscrivons à la nécessité d'éclaircissements: trop de personnes restent en UMD. Nous trouverions l'expression "l'établissement de référence reste" préférable à "l'établissement d'accueil est"

5. Quelles sont vos observations sur l'**article 13 quater**, qui porte sur le régime du placement en chambre d'isolement et de la contention ?



Oui, c'est bien de repréciser

6. Quelles autres évolutions estimeriez-vous nécessaires en matière d'organisation des soins psychiatriques ?

Nous soutenons l'article 13 quinquies .Nous avons déjà clairement pris position pour l'éclaircissement du statut de l'IPPP et salué le travail de JM Delarue dans ce domaine.

Nos autres recommandations:

1. Donner aux associations d'usagers les moyens de jouer leur rôle de proposition.
2. Abolition du soin sans consentement institué par la loi du 5.07.2011 et confirmé par la loi du 27.09.2013
- 3.Développement des équipes mobiles et des centres de crises pour prévenir l'usage de la contrainte
4. Permettre et respecter le choix du médecin (et du service) psychiatre par le patient
5. Donner aux équipes les moyens d'une réelle écoute du patient
- 6.Banalisation des équipes et équipements psychiatriques dans la cité (par exemple, inscription dans des maisons de la solidarité plutôt que dans des lieux spécifiques)
7. Reconnaissance effective du "testament psychiatrique"
8. Reconnaissance effective des personnes de confiance.