

COMMUNIQUÉ

Les usagers patients, familles et professionnels de la psychiatrie représentés par les organisations soussignées, ont pris connaissance avec la plus grande attention du projet de loi « *relatif aux droits et à la protection des personnes faisant l'objet de soins psychiatriques et à leurs modalités de prise en charge* ».

En effet, chacun en mesure l'importance non seulement pour les usagers en santé mentale, mais pour notre société dans son ensemble.

De nombreux rapports ont été consacrés à cette réforme de la loi du 27 juin 90 attendue depuis plus de 10 ans car trop centrée sur l'hospitalisation alors que la grande majorité des patients sont aujourd'hui suivis en ambulatoire (*consultations, hospitalisations de jour ou à temps partiel*).

C'est pourquoi, elles constatent avec satisfaction qu'ont été reprises des propositions qu'elles avaient formulées collectivement en 2007, en particulier :

- ***la possibilité de mettre en œuvre des soins ambulatoires sans consentement***, tous les rapports sur le sujet s'étant également prononcés en faveur de telles modalités, (*notamment au regard de l'utilisation parfois inappropriée par leur durée, de la modalité « des sorties d'essai »*)
- ***l'entrée dans le dispositif de soins sans consentement sous la forme d'une hospitalisation complète initiale de 72 heures au plus***, au terme de laquelle est définie la modalité de soins sans consentement (*hospitalisation complète, partielle ou soins ambulatoires*) ou la levée de la mesure permise par l'atténuation des troubles et l'adhésion aux soins du patient.
- ***une admission fondée sur un seul certificat médical initial circonstancié*** et n'excluant plus le psychiatre hospitalier comme certificateur potentiel, pour tenir compte des réalités de terrain et du manque de médecins qualifiés qui ne peut faire obstacle à l'accès à des soins parfois urgents,
- ***la possibilité dérogatoire de soins en cas de péril imminent, même en l'absence de tiers***, sous réserve de renforcer les garanties pour les patients concernés : *possibilité de recours, recherche active de tiers inscrite dans le dossier et intervention obligatoire d'un médecin certificateur n'exerçant pas dans l'établissement*,
- ***le renforcement des CDHP*** par la mise en place d'un secrétariat permanent pour les rendre plus opérantes, réactives et inscrire leur travail dans la continuité. Il faut ici souligner que les garanties offertes aux malades par cette instance seraient d'ailleurs grandement confortées en confiant sa présidence à un magistrat.

Sans aller jusqu'à la judiciarisation, **le renforcement des compétences du juge des libertés et de la détention pourrait représenter une avancée très importante**, notamment au regard de la possibilité de soins sans consentement ambulatoires.

Pour cela, les modalités de ses interventions doivent être beaucoup plus explicitées et son rôle clairement affirmé notamment pour trancher toutes les situations potentielles de non concordance de vues entre l'autorité administrative et les évaluations médicales (que ce soit à propos de la levée de la mesure de soins sans consentement ou pour l'aménagement de ces soins selon une modalité différente).

Il est en effet indispensable que ce texte se mette en conformité avec la jurisprudence européenne de la Cour Européenne des Droits de l'Homme (CEDH) :

- ✓ **en permettant un recours effectif à une seconde autorité présentant toutes les garanties d'une procédure judiciaire,**
- ✓ en vérifiant conformément à l'arrêt Winterwerp c Pays Bas que **« l'internement ne peut se prolonger valablement sans la persistance d'un trouble mental médicalement constaté »** et l'arrêt Wassik c Pays Bas qui stipule que si **« la privation de liberté n'est pas justifiée par l'aliénation, elle est alors arbitraire »**.

Il est important de rappeler que pour être recevable en matière de soins sans consentement, la notion de troubles graves à l'ordre public doit toujours être subordonnée à deux conditions : **une situation clinique de trouble mental médicalement établi et la nécessité de soins légitimée par le caractère ou l'ampleur du trouble. Car les missions relevant de la responsabilité d'un établissement de santé concernent exclusivement la prise en charge de personnes dont l'état de santé nécessite des soins.**

- C'est pourquoi l'article L3211.12 (pages 2 et 3) devrait être complété ainsi : **« en cas de non concordance de vue entre l'autorité administrative et les évaluations médicales requises pour la levée de la mesure ou l'aménagement des soins sans consentement, le directeur de l'établissement de santé saisit systématiquement et sans délai le juge des libertés et de la détention qui statue après débat contradictoire »**.
- Dans la même perspective, à l'article L3211.9 (page 5 avant les deux dernières lignes) la phrase : **« En cas de levée de la mesure, ils doivent préciser que les troubles mentaux de l'intéressé ne compromettent plus la sûreté des personnes et ne sont pas susceptibles de porter atteinte, de façon grave, à l'ordre public »** devrait être complétée en insérant après **« troubles mentaux de l'intéressé »**, les mots **« ne nécessitent plus de soins sans consentement, en mentionnant qu'ils... »**.
- Dans le même esprit, la phrase de l'article L3213.5 (7^{ème} b page 15) **« que les troubles mentaux de l'intéressé ne compromettent plus la sûreté des personnes et ne sont pas susceptibles de porter atteinte de façon grave à l'ordre public... »** devrait être complétée par l'insertion après **« troubles mentaux de l'intéressé »**, des mots **« ne nécessitent plus de soins sans consentement, en mentionnant qu'ils... »**.

La constitution d'un collège pourra éclairer utilement les décisions concernant les situations difficiles (hospitalisations ordonnées en application des articles L.3213-10 du code de la santé publique ou 706-135 du code de procédure pénale ou lorsque le patient a déjà été hospitalisé dans une unité pour malades difficiles).

Cependant pour être efficient, ce collège doit être composé exclusivement de médecins psychiatres pouvant être certificateurs, afin de respecter une cohérence des compétences requises entre l'entrée et la sortie du dispositif de soins sans consentement. (L'avis du psychiatre qui suit le patient s'appuyant naturellement sur la réflexion de l'équipe soignante et des cadres de santé concernés).

Conformément à la loi, ***l'avis doit être un avis expertal médical*** (comme c'est d'ailleurs le cas pour la commission de suivi des Unités pour Malades Difficiles (UMD) composée de quatre médecins nommés pour trois ans : un médecin inspecteur de la santé et trois psychiatres praticiens hospitaliers).

Là encore, la conformité à la jurisprudence européenne de la CEDH implique que « le trouble mental doit être médicalement constaté » et « doit être établi sur la base d'une expertise médicale objective » pour l'initiation ou la levée des soins sans consentement (trois jurisprudences : arrêt Luberti, arrêt Johnson, arrêt Winterwerp).

En outre, ***le cadre infirmier beaucoup plus proche du patient au quotidien pourrait être mis en danger*** par une focalisation potentielle de l'agressivité du patient sur ce soignant qui prendrait le statut de « persécuteur désigné ».

Enfin, trois questions devraient être prises en compte dans ce texte pour le rendre plus opérationnel :

- 1) ***les enjeux de continuité des soins, de responsabilité et de sécurité*** impliquent l'inscription du dispositif de soins sans consentement dans une logique de ***responsabilité territoriale sectorielle claire excluant toute tergiversation dans leur mise en œuvre*** (avec des modalités précises d'affectation pour les patients « hors secteur » ou « SDF »). L'habilitation des établissements de santé à assumer cette mission de service public devra donc prendre en compte cette garantie de nature territoriale ainsi que la possibilité d'offrir aux patients des modalités de soins sans consentement hospitaliers et ambulatoires. L'absence de liberté de choix de se soigner, pour les patients les plus en souffrance et dans l'incapacité de demander des soins, a pour conséquence « en miroir » l'impossibilité pour les établissements et professionnels de santé de choisir les situations dont ils estiment devoir ou pouvoir s'occuper, souvent dans l'urgence. D'où la nécessité d'une répartition précise des rôles sur une base géographique clairement déterminée à l'avance.

- 2) Il est important *d'identifier dans notre dispositif de soins et de prévention une modalité de réponse spécifique et repérable à l'intention des proches en lien avec les autres dispositifs de soins et de prévention* concernés par un patient en difficulté. Il faut en effet souligner qu'*en psychiatrie, la situation des proches du malade présente des particularités au regard des autres domaines de la médecine.*

En effet, au-delà de leur rôle de soutien et d'accompagnement, ils peuvent être confrontés au refus du patient de reconnaître sa pathologie, de se soigner, à sa violence, à des modalités de soins sans son consentement les impliquant dans des décisions légales complexes, tous éléments les laissant souvent démunis dans un vécu à la mesure du caractère énigmatique de la folie.

- 3) Enfin, compte-tenu des difficultés parfois rencontrées *concernant le transport des malades concernés et les interventions à domicile parfois nécessaires lorsqu'un patient ne respecte plus le protocole de soins établi*, ce texte de loi devrait être complété par un arrêté ministériel définissant *une convention-type départementale*, convention mise en œuvre dans chaque département sous l'autorité du préfet et définissant en complément de l'intervention du personnel soignant, les conditions d'intervention de la police, des ambulanciers privés, des pompiers, des services pénitentiaires.

* * * *

Au vu de ces éléments, *si nous devons souligner certaines avancées positives indéniables de ce texte, il reste indispensable de le faire évoluer pour le rendre véritablement opérationnel en confortant et en explicitant sa dimension sanitaire, les soins sans consentement devant toujours être justifiés par une pathologie chez des sujets dans l'incapacité de consentir à des soins.*

Qualité des soins, respect des libertés individuelles et légitime souci de sécurité de nos concitoyens pourront ainsi être pris en compte dans une loi équilibrée dont les modalités traduisent toujours pour un pays, son degré de civilisation.

Paris, le 15 avril 2010

Liste des organisations signataires

Pr Thierry BOUGEROL
Président du Syndicat Universitaire de Psychiatrie (SUP)
Tél 04 76 76 54 11

M. Jean CANNEVA
Président de l'Union Nationale des Amis et Familles de Malades psychiques (UNAFAM)
Tél 01 53 06 30 43

Dr Jean-Pierre CAPITAIN
Président du Syndicat des Psychiatres Français
Tél 01 42 71 41 11

Pr Anne DANION
Présidente du Collège National Universitaire de Psychiatrie (CNUP)
Tél 03 88 11 59 04

M. Yves-Jean DUPUIS
Directeur Général de la Fédération des Etablissements Hospitaliers et d'Aide à la Personne Privés Non Lucratifs (FEHAP)
Tél 01 53 98 95 06

Mme Claude FINKELSTEIN
Présidente de la Fédération Nationale des Associations d'(Ex) Patients en Psychiatrie(FNAP-Psy)
Tél 01 43 64 85 42

M. Jean-Marc GRENIER
Président de l'Association Française des Directeurs de Soins (AFDS)
Tél 04 76 76 50 09

Dr Yvan HALIMI
Président de la Conférence des Présidents des Commissions Médicales d'Etablissement
des Centres Hospitaliers Spécialisés (CME-CHS)
Tél 02 51 09 72 92

M. Roland LUBEIGT
Président de l'Association Des Etablissements participant au service public de Santé Mentale (ADESM)
Tél 01 69 92 52 52

Dr Alain MERCUEL
Président de l'Intersyndicale de Défense de la Psychiatrie Publique (IDEPP) – Intersyndicale des Psychiatres Publics (IPP)
Tél 01 45 65 87 95

Dr Jean-Claude PENOCHET
Président du Syndicat des Psychiatres des Hôpitaux (SPH) - Intersyndicale des Psychiatres Publics (IPP)
Tél 04 67 33 90 00

Mme Annick PERRIN-NIQUET
Présidente du Comité d'Etudes des Formations Infirmières et des pratiques en Psychiatrie (CEFI-PSY)
Tél 04 72 42 11 87

Dr Roger SALBREUX
Président de l'Association Scientifique de Psychiatrie Institutionnelle (ASPI)
et Président du Syndicat des Psychiatres Salariés (SPS)
Tél 01 55 30 13 39

Pr Gérard SCHMIT
Président de la Fédération Française de Psychiatrie (FFP)
Tél 01 48 04 73 41

Pr Jean-Louis SENON
Président du Collège de Psychiatrie Médico-légale (Fédération Française de Psychiatrie)
et Président du Collège de Recherche et d'Information Multidisciplinaire en Criminologie de l'Université de Poitiers (CRIMCUP)
Tél 05 49 44 57 35

M. Gérard VINCENT
Délégué Général de la Fédération Hospitalière de France (FHF)
Tél 01 44 06 84 41