

C.R.P.A. : Cercle de Réflexion et de Proposition d'Actions sur la psychiatrie ¹.

Association régie par la loi du 1^{er} juillet 1901 | Ref. n° : W751208044

Président : André Bitton.

14, rue des Tapisseries, 75017, Paris | Tel : 01 47 63 05 62.

Courriel : crpa@crpa.asso.fr / Site : <http://crpa.asso.fr>

OBJET : Positions du CRPA exposées lors de l'audition informelle du jeudi 21 novembre 2013, à propos du rapport définitif de la mission parlementaire d'information sur la santé mentale et l'avenir de la psychiatrie.

André Bitton.

Paris, le 23 novembre 2013.

Pour le député M. Denys Robiliard. Rapporteur de la Mission d'information sur la santé mentale et l'avenir de la psychiatrie. Pour Mmes Hélène Gacon et Corinne Garcia, attachées parlementaires.

Copies pour le Bureau du CRPA et pour l'Union nationale des GEM de France.

Monsieur le député, chère madame,

A cette réunion informelle du 21 novembre passé, entre 11h15 et 12h20, sur votre rapport définitif de mission, après votre départ, et devant votre collaboratrice Me Hélène Gacon, le CRPA est intervenu sur les points suivants :

1°) Sur la représentation des usagers.

Ayant remis des écrits, il aurait été inutilement redondant que j'intervienne longuement sur ce point. Les écrits remis sont ce que nous avons à dire et que nous avons, à de multiples reprises, discuté entre nous, au sein du Bureau du CRPA comme avec certains de nos adhérents ainsi qu'avec notre conseil principal (Me Raphaël Mayet).

J'ai donc rajouté que visiblement, si on écoute plusieurs interventions récentes de Mme Claude Finkelstein (présidente de la FNAPSY), sur différentes thématiques psychiatriques, son expertise est fréquemment lacunaire et tout à fait insuffisante. Le CRPA est donc en effet d'accord avec l'Union nationale des GEM de France pour soutenir qu'une représentation effective et efficace des usagers en psychiatrie, doit mettre en jeu la diversité de nos organisations, et des porte-parole (au pluriel) qui ont, en effet, une expertise spécifique sur la question sur laquelle ils interviennent ; que cette pluralité des porte-parole doit, ou plus exactement devrait, être promue en tant que bonne pratique, aux niveaux national, régional et départemental. Il s'agit là d'une question de volonté politique, puisque ne peuvent intervenir dans les rangs des associations d'usagers que les représentants des associations détenant un agrément officiel délivré par arrêté du ministère de la santé pour la représentation des usagers dans le système de santé.

¹ Le CRPA est membre du Réseau Européen des Usagers et Survivants de la Psychiatrie (E.N.U.S.P.), voir sur l'Internet : <http://www.enusp.org/index.php/fr/>

J'ai précisé à Me Hélène Gacon que le CRPA va, sans doute au printemps ou à l'été 2014, après avoir déposé un dossier de demande d'agrément pour être agréé dans la représentation des usagers en île-de-France, et après réception du rejet (pour des raisons politiques plutôt qu'autre chose) de ce dossier, saisir le Tribunal administratif de Paris, en annulation de ce rejet, ou bien même, après demande préalable au titre d'un recours gracieux, d'une réparation financière couvrant nos préjudices, se pourvoir devant ce même Tribunal administratif de Paris, en plein contentieux indemnitaire contre le Ministère des affaires sociales et de la santé à propos de notre rejet par ce ministère de notre présence comme représentant des usagers au plan régional. Cf. Sur ce point en pièce jointe au format PDF une demande de rendez-vous que j'ai faite parvenir cette semaine, à la cheffe du Bureau de la psychiatrie et de la santé mentale de la DGS. Demande de rendez-vous à propos de laquelle nous pensons qu'il n'y aura, comme d'habitude, aucune réponse. Cette lettre participera aux pièces de notre future procédure contre ce ministère devant le Tribunal administratif de Paris.

En effet, le ministère de la santé, continûment depuis 1997, fin de la mission d'évaluation de la loi du 27 juin 1990, sous la direction de Mme Hélène Ströhl, de l'IGAS, a mis en oeuvre une politique quant à la représentation des usagers en psychiatrie, ayant comme résultat, de nous exclure de toute concertation officielle. Par le système FNAPSY-intronisation institutionnelle à la prise de parole, toute parole autre que celle de Mme Claude Finkelstein, a été exclue, rejetée, mise en marge, très nettement à partir de 2000. En particulier celle des psychiatrisés en désaccord que j'ai représentée de fin 2000 à fin 2010 alors que j'assumais la présidence ou la codirection du GIA, ou même de nos jours avec le CRPA, dont j'assume la direction, nous contraignant ainsi à une inlassable guérilla judiciaire ...

Mais il est vrai que, tant pour les institutionnels du terrain qui, visiblement, ont intérêt à avoir en face d'eux, une représentation lacunaire, exsangue voire fantoche, des personnes psychiatrisées, que pour Mme Claude Finkelstein et son clan, ce n'est surtout pas le propos que des voix divergentes puissent se faire entendre. Dans la représentation des usagers par la FNAPSY, il ne s'est jamais agi, pensons-nous, d'être efficace, dans le sens d'une répercussion de ce qu'ont à dire les usagers en psychiatrie, mais de proroger indéfiniment le fait que ce système biaisé de représentation arrange les institutionnels en place, et qu'ainsi Mme Claude Finkelstein et son clan, puissent continuer de régner en squeezant toute contestation, toute voix divergente ... Soit ce qui convient aussi bien au Ministère de la santé qu'aux détenteurs des pouvoirs en place dans le système psychiatrique.

2°) Sur la formation des professionnels de psychiatrie et de santé mentale.

Comme je l'ai exposé à Me Hélène Gacon, qui est une avocate spécialiste du contentieux des migrants irréguliers, pour ma part, je suis d'origine un immigré nord-africain, certes protégé d'être juif (encore que), arrivé en France à l'âge de 4 ans, et naturalisé à l'âge de 12 ans, en ayant eu dès mon adolescence de considérables problèmes d'intégration. J'ai donc été soufflé et choqué, de constater avoir en face de moi, ces années 1986 à 1999, alors que j'étais pris en charge en psychiatrie, soit d'office, soit massivement à titre libre sur les dispositifs de secteur de l'époque, et que je tentais de parler de mes problèmes d'intégration en métropole, beaucoup trop fréquemment des personnels d'une totale ignorance de tous ces problèmes, dont au surplus, ils n'avaient rien à faire. Ces personnels n'ayant qu'une réponse à m'opposer : "**Vos médicaments ... Avez-vous pris vos médicaments? !**". Point. Il y a donc là, une authentique

problématique quant à la formation des personnels intervenant ou travaillant en psychiatrie, qui n'ont pas à être maintenus dans une ignorance et une bêtise aussi crasses, s'agissant de problématiques qui concernent des millions de français originaires de foyers migrants, mais également des millions d'immigrants vivant en France, qui peuvent se retrouver dans les nasses du système psychiatrique, face à ces espèces d'imbéciles, dotés d'une blouse blanche et d'une délégation de pouvoir qui font d'eux des plénipotentiaires oeuvrant dans les institutions néo-asilaires du pays ou en périphérie.

On ne dira jamais assez que l'ignorance et la bêtise ensemble, forment un cocktail éminemment dangereux. Cette dangerosité de certains personnels, par leur ignorance, et pour certains par le sadisme qu'ils exercent dans leur fonction, doit pouvoir être levée ou atténuée par un effort de formation, tant initiale que continue, de ces personnels. Dans la formation des personnels intervenant en psychiatrie et santé mentale, devrait être rendu obligatoire, un cursus sur les différentes formes de psychothérapie, évidemment sur la psychanalyse, et sur la psychothérapie institutionnelle (qui a eu en France une importance historique fondamentale dans les années 60 et 70), mais également sur les approches telle que le systémisme (l'école de Palo Alto). Ce courant qui en son temps, a facilité l'émergence de certains courants anti psychiatriques. En effet, ce courant, comme les approches anthropologiques (cf. le philosophe René Girard avec ses déclinaisons des concepts de la rivalité mimétique et de celle fratricide, ou Claude Lévy Strauss ou plus anciennement Marcel Mauss), mais aussi les approches ayant trait à la sociogenèse des pathologies mentales, permettent de mieux comprendre ce qu'il en est de la désignation dans une famille, dans un groupe, d'un élément comme malade mental. Cette désignation valant structuration ; et pour la personne désignée malade mentale, impossibilité d'en sortir.

Il faut faire savoir aux personnels de psychiatrie et santé mentale, à titre obligatoire dans leur formation initiale et continue, que dans les cures psychiatriques, il n'y a pas, loin s'en faut, que la seule réponse médicamenteuse. Cette seule réponse que massivement, les personnels travaillant actuellement en psychiatrie, connaissent. Seule réponse qu'ils sont formés à valoriser.

Nous affirmons, en effet, que la seule réponse par les médicaments est celle de la paresse, du refus de soin, de l'abandon des malades.

Un effort de formation est donc à consentir auprès des personnels intervenant en psychiatrie, pour que ceux-ci aient quelque chance d'être moins inhumains qu'on peut avoir à les connaître.

3°) Sur le secteur et la sectorisation.

La psychiatrie institutionnelle fonctionne sur le mode de la citadelle, en autarcie. Elle tend à rejeter ainsi la médecine somatique, et à rendre impossible des soins somatiques associés, ou même tout bêtement, le fait que, dans certains cas, le soin doit être prioritairement somatique, pour que les patients puissent aller mieux au plan psychiatrique. Voir le cas des atteintes de la glande thyroïde, où le dépistage précoce d'une hypo-thyroïdie avec une compensation par un traitement au Lévothyrox, peuvent pallier une bonne partie des effets psychiatriques de cette atteinte.

Le secteur, vu cet effet de citadelle, est trop souvent une féodalité. Ainsi des patients qui ne peuvent pas s'entendre avec leur psychiatre de secteur, et qui n'ont pas le ressort ou pas les

moyens financiers pour passer sur le circuit privé, et qui restent rabattus, et coincés sur le secteur psychiatrique, avec un chef de pôle et un suivi, qui les considèrent comme un "bien meuble" de leur territoire, sur lesquels ils ont ce droit de "main morte" coutumier issu tout droit de la logique ancestrale de la loi du 30 juin 1838, pour reprendre un concept du langage juridique, à propos des successions.

Il convient donc de réfléchir, à des modalités d'exécution, qui rendraient opérationnelles, les dispositions de l'article L 3211-1 du code de la santé publique, issu de la loi du 5 juillet 2011, mais aussi de celle du 27 juin 1990 qui avait introduit cette disposition, sur le libre choix par le malade et sa famille, du secteur et de l'équipe de santé mentale, comme également du praticien. Actuellement ce libre choix est celui du patient par le psychiatre de secteur, qui, s'agissant d'une personne hors secteur géographique, décide, s'il la suit ou s'il la rejette ... Le secteur est, ici, une féodalité. Un assouplissement est nécessaire.

Enfin en conclusion, nous prônons que les prestations de secteur s'ouvrent, de manière facilitée, vers les autres prestations et réseaux de proximité : Pôle Emploi, formation permanente, relogement social ... etc.

4°) **Sur la loi du 4 mars 2002 sur les droits des malades et la personne de confiance.**

A notre sens, il n'y a pas lieu d'assouplir ou d'adapter cette loi, ou certaines de ses dispositions, pour le contexte psychiatrique, mais de considérer que les corporations psychiatriques, **qui fonctionnent habituellement, et de façon séculaire (héritage de la loi du 30 juin 1838), selon un droit coutumier**, doivent s'adapter à cette loi et à ses exigences. C'est aux corporations psychiatriques de s'adapter à l'introduction par cette loi de la personne de confiance librement désignée, et non au Législateur, ou au pouvoir réglementaire, d'adapter ce texte et ses dispositions.

En réalité ce que les corporations et les pouvoirs en place, dans les institutions psychiatriques, rejettent dans la loi du 4 mars 2002 et dans la personne de confiance, c'est une déperdition de leur plein pouvoir sur les files actives de malades. Une limitation de leur droit féodal sur des personnes réduites à l'état de sous-hommes. Mais aussi le fait qu'il est affirmé dans cette loi, que les droits fondamentaux s'exercent pour toute personne malade, ce qui inclut naturellement les malades mentaux. Cette considération étant peu tolérable pour les détenteurs du pouvoir de représentation des corporations psychiatriques.

Il n'y a donc pas lieu d'adapter la loi du 4 mars 2002 relative aux droits des malades, au contexte psychiatrique. Par contre il y a lieu de sommer les professionnels du champ de s'adapter à cette loi, et de la mettre en oeuvre. A charge pour les avocats des internés et des patients, de faire évoluer la jurisprudence sur ce point. En effet, la jurisprudence peut trancher sur cette question de l'applicabilité ou pas de la loi du 4 mars 2002. Et je ne doute pas que, pour des raisons tant de conventionnalité (jurisprudence de la Cour européenne des droits de l'homme), que de constitutionnalité, la jurisprudence tranche en faveur des droits fondamentaux des patients en psychiatrie, et donc pour une pleine application de la loi du 4 mars 2002, en psychiatrie, laquelle incluait quoiqu'il en soit, des limitations ayant trait au champ psychiatrique et à celui de l'urgence.

5°) Sur les médiateurs de santé-pairs.

Le GIA, alors que j'en avais la présidence, en 2006, s'était positionné pour un schéma organisationnel des pairs aidants professionnalisés, que nous maintenons actuellement, **contre** le schéma mis en oeuvre depuis 2011, par le Centre collaborateur de l'OMS - EPSM de Lille Armentières, avec la collaboration de la FNAPSY :

Les médiateurs de santé, selon nous, n'ont pas à être des agents hospitaliers, sous la dépendance hiérarchique de l'hôpital qui les emploie. Cela les place dans une position de double bind intenable (ou double emprise avec conflit de loyauté incessant, et des injonctions contradictoires insolubles). Les fonds de la CNSA (Caisse nationale de solidarité et d'autonomie) devraient être versés à un organisme extérieur aux hôpitaux, qui peut être une association gestionnaire. Cette association assure la formation et le recrutement de ces pairs-aidants. Elle garantit également leur indépendance. Elle est elle-même indépendante par rapport aux institutions psychiatriques. Cet organisme envoie en mission tel médiateur de santé, sur tel site, avec tel ordre de mission, pour telle durée. Cet organisme se doit de recruter des personnes suffisamment autonomes et stabilisées, pour qu'elles puissent tenir, en regard de leurs obligations et des hiérarchies en place, là elles sont missionnées. **Ces personnes, par leurs efforts personnels et leur cursus, tendent à se stabiliser, et comme tels doivent pouvoir servir de modèles aux patients en cours de prise en charge, et non servir à leur dire : "Prenez vos traitements ... " et autres modalités de « l'éducation thérapeutique », ainsi que le conçoivent trop fréquemment les teneurs et leaders de la FNAPSY, ou du CCOMS, qui n'ont entendu avoir comme protagonistes que des gens en faiblesse, envoyés en rechute sur des sites improbables ...**

6°) Sur le tabac dans les unités psychiatriques.

Qu'il soit clair que pour des personnes qui ne sont plus rien, pour autrui, pour la société, pour eux-mêmes, et qui d'ailleurs n'ont plus rien d'autre que le pavillon psychiatrique où il mènent leur vie, ou cette institution extérieure où ils peuvent se poser en journée, il leur reste quoiqu'il en soit une cigarette, et ce moyen d'échange avec autrui qu'est la cigarette. L'interdiction totale du tabac me semble donc être une mesure de type sadique, qui doit être assouplie, dans les institutions psychiatriques. Celles-ci doivent inclure, des coins fumeurs.

C'étaient donc là, les principaux points sur lesquels, notre organisation, représentée par moi-même et Mme Yaël Frydman, secrétaire du CRPA, a été entendue le jeudi 21 novembre dernier, par vous-même, et votre attachée parlementaire Me Hélène Gacon. Nous étions également là avec Mme Maité Arthur et M. Claude Ethuin, de l'Union nationale des GEM de France. Je précise que nos interventions ont été complémentaires de celles des porte-parole de l'UN-GEM-France. Nous n'avons pas les mêmes spécialités. Nous n'avons pas les mêmes expertises. Nos points de vue se complètent, et souvent d'ailleurs, se renforcent.

Vous souhaitant bonne réception de ces arguments.

Veillez agréer mes bien dévouées salutations.