

Psychiatrie - **Fédérations, usagers et professionnels font connaître leurs amendements au projet de loi de Santé**

Publié le 31/10/14 - 17h33 – HOSPIMEDIA | Par Caroline Cordier

La FHF, la Fehap, la Conférence des présidents de CME de CHS et des associations d'usagers font connaître leurs propositions d'amendement au volet santé mentale et à la psychiatrie du projet de loi de Santé. Il s'agit notamment de mettre fin à "l'ambiguïté" de la DGOS sur l'organisation sectorielle et au clivage entre sanitaire et médico-social.

La FHF, la Fehap, la Conférence des présidents de commission médicale d'établissement (CME) de CH spécialisés (CHS), l'Union nationale des familles et amis des personnes malades et/ou handicapés psychiques (Unafam) et la Fédération nationale des associations d'usagers en psychiatrie (Fnapsy) font connaître ce 31 octobre leurs amendements (lire ci-contre) à l'article 13 du [projet de loi de Santé](#). Par ailleurs, le Cercle de réflexion et de proposition d'actions sur la psychiatrie (CRPA), association de défense des droits des usagers et patients en psychiatrie, qui doit être auditionné le 18 novembre par Michel Laforcade, dans le cadre de sa mission ministérielle (lire ci-contre), a également dévoilé ses propositions pour amender ce même article.

Réaffirmer clairement la sectorisation

Les fédérations, la Conférence, l'Unafam et la Fnapsy expliquent que des amendements s'avèrent en effet nécessaires, en premier lieu *"pour mettre fin à l'ambiguïté des pouvoirs publics, et notamment de services de la DGOS, au regard du rôle structurant de l'organisation sectorielle (...) que n'ont cessé de réaffirmer les recommandations concordantes des nombreuses missions réalisées"*. Il s'agit également de *"mettre fin aux clivages artificiels entretenus entre les composantes sanitaires, médico-sociales et sociales des réponses aux besoins de soins et d'accompagnement (...), en portant une attention particulière à la continuité des soins avec et sans consentement"*. Enfin, les 5 organisations entendent mettre fin à *"une dérive sémantique dommageable consistant en la substitution progressive au mot "psychiatrie", de ceux de "santé mentale", diluant ainsi la dimension médicale de la discipline dans un concept aux contours incertains"*. *"Cette confusion de plus en plus présente déplace progressivement le centre de gravité de la psychiatrie et de l'orientation de ses ressources, de sa légitimité médicale vers un registre social au flou sans limites"*, appuient-elles. Le texte amendé prévoit ainsi que *"l'organisation territoriale de la psychiatrie est établie dans le cadre de dispositifs de secteur qui ont pour objectif de garantir à l'ensemble de la population, pour une zone géographique déterminée"*. Elle organise notamment *"la continuité des soins psychiatriques, y compris par recours à l'hospitalisation, avec ou sans consentement, si nécessaire en lien avec d'autres acteurs afin de garantir l'accès à des prises en charge sectorielles, intersectorielles ou spécifiques non disponibles au sein du dispositif de psychiatrie de secteur"*.

Réintroduction du "médecin chef de secteur"

Les 5 organisations enrichissent considérablement les dispositions de l'article 13 sur les établissements assurant cette psychiatrie de secteur. Il est prévu que le directeur général (DG) de l'ARS désigne, parmi les établissements autorisés en psychiatrie et assurant le service public hospitalier (SPH) défini par le projet de loi, ceux assurant la psychiatrie de secteur. *"Afin que l'ensemble de la région soit couverte, il affecte à chaque établissement ainsi désigné une zone géographique d'intervention, déclinée en secteurs de psychiatrie générale et de psychiatrie infanto-juvénile"*, est-il précisé. L'établissement désigné est responsable de l'accessibilité des soins psychiatriques et de leur

continuité. Il est également responsable de leur déclinaison dans les différents secteurs psychiatriques et "*met à la disposition de la population dans ces secteurs, et sous la responsabilité d'un médecin chef de secteur, des services et équipements de prévention de diagnostic, de soins, de réadaptation et de réinsertion sociale*". Le DG de l'ARS organise également avec ces établissements assurant la psychiatrie de secteur, les modalités de réponse aux besoins des personnes en situation de précarité. Enfin, les modalités d'application de la sectorisation sont définies dans le cadre d'un décret en Conseil d'État. Et c'est *in fine* à l'établissement désigné pour assurer la psychiatrie de secteur de déterminer les modalités d'organisation et de fonctionnement du ou des secteur(s) dans la zone géographique qui lui a été affectée.

La problématique des soins sans consentement hors secteur

Il est également clarifié la situation de sorties de soins sans consentement assurés par un hôpital n'étant pas dans le secteur dont relève le patient. Il est proposé que les modalités de coordination des soins "*font l'objet d'une convention quadripartite entre l'établissement de santé désigné [pour assurer les soins sans consentement], l'établissement de santé [du secteur dont relève le patient], le représentant de l'État*" et le DG de l'ARS. Les engagements issus de la convention sont transcrits dans le contrat pluriannuel d'objectif et de moyens (Cpom) des hôpitaux concernés. Enfin, plusieurs amendements visent à obtenir du Gouvernement des rapports au Parlement dans les mois suivant la promulgation de la loi de Santé. Ils porteront notamment sur l'évolution de l'organisation de l'Infirmierie psychiatrique de la préfecture de police de Paris (IPPP), le statut des unités pour malades difficiles (UMD) et les transferts inter-UMD, ainsi que sur les commissions départementales de soins psychiatriques (CDSP). Par ailleurs, le CRPA compte proposer deux amendements à l'article 13. Le premier vise à ce que le libre choix de l'équipe de santé mentale publique ou privée, ainsi que du praticien s'exerce également quand la personne est en soins sous contrainte. Le 2^e amendement prévoit que ce principe du libre choix du secteur psychiatrique et de l'équipe de soins comme du praticien, soit inséré parmi les droits des patients [listés](#) dans le Code de la santé publique. Cela dans le but de rendre opposable ce libre choix, explique le CRPA, "*de sorte que la non information du patient sur ce libre choix, ou l'obstacle mis à l'exercice de ce droit puisse être une nullité pouvant entraîner une mainlevée de mesure de soins sous contrainte (...) ou une indemnisation en cas de contentieux a posteriori*".