

**15<sup>e</sup> Journées nationales d'étude sur la santé mentale  
3<sup>e</sup> rencontre nationale des CLSM  
Jeudi 18 septembre 2014 – 18h15**

Prise de note à partir du discours de Denys ROBILIARD  
Député du Loir-et-Cher  
Rapporteur de la mission d'information parlementaire sur la santé mentale et  
l'avenir de la psychiatrie

Je suis ici en tant que député, donc en tant que citoyen avant tout. Un député est un citoyen chargé par d'autres citoyens d'exercer à plein temps le métier de représentant des citoyens. Vis-à-vis de la santé mentale on se retrouve comme un citoyen qui cherche à comprendre où se trouve l'intérêt général. Le réflexe de crainte existe mais peut facilement être levé à partir du moment où l'on amorce le dialogue. Il est important de convaincre les élus, qui sont vecteurs importants de déstigmatisation. En ce sens, les Conseils locaux de santé mentale (CLSM) ont un rôle fondamental à jouer dans l'avenir.

**Démocratie et santé mentale, du point de vue des individus.**

Le titre de mon rapport parlementaire est : « Santé mentale, quand la démocratie soigne ». Ce n'est pas se payer de mot que de choisir ce titre.

En effet, les patients en psychiatrie restent des citoyens. Cela semble tout simple à dire mais ce n'est pas toujours évident. La question est donc « Quelle est la protection qui est due aux citoyens qui ont une maladie mentale ? ». Cette question se pose particulièrement en cas de soins sous contrainte.

La loi de juillet 2011 est un changement de paradigme important : passage d'hospitalisation sous contrainte à soins sous contrainte, avec les problèmes posés au législateur par les programmes de soins. La décision du Conseil constitutionnel du 20/11/10 est d'appliquer l'article 66 : « pas d'hospitalisation sans consentement sans contrôle juridictionnel ».

La loi de juillet 2011 a 3 logiques : sanitaire / sécuritaire / protection des libertés individuelles.

1. Nous avons entériné la lecture du Conseil constitutionnel de la loi de juillet 2011 ; seule l'hospitalisation complète peut faire l'objet d'exécution forcée, pas les soins sous contrainte.

2. Les UMD sont des unités dans lesquelles on concentre des moyens pour des soins intensifs (3 à 4 fois plus de personnel que dans un service classique). Au bout d'un an les patients peuvent retourner si besoin dans leur service d'origine. Nous avons restauré l'objectif thérapeutique des UMD.

3. Rétablissement des sorties d'essai

Y compris lorsque l'on est hospitalisé sous contrainte on a des droits, on reste un citoyen. En hospitalisation il y a des normes et des règlements qui s'appliquent. Le CGLP a beaucoup travaillé sur les hôpitaux psychiatriques et a constaté que dans un même hôpital, d'un service à l'autre les pratiques étaient différentes, alors que les maladies soignées étaient les mêmes. Comment se fait-il qu'il y ait autant de différences ? C'est parce que c'est le responsable du service qui fixe les règles, peut-être sans faire attention au fait que les restrictions de liberté doivent se faire de manière proportionnée

Selon mon estimation, le recours à la contention et à l'isolement augmente dans les services de psychiatrie. Quelques services le font très rarement et le regrettent ; dans d'autres que j'ai pu visiter on annonce sans états d'âme que « tout le monde y passe »...

Jean-Marie Delarue a constaté que dans certains services on n'utilise pas le recours à la contention ou à la chambre d'isolement, et dans d'autres beaucoup. Donc cela devra être le dernier recours, cela devrait être protocolisé et tracé dans le dossier médical du patient. Or, ni le CGLPL ni le Défenseur des droits n'ont accès lors de leur visite aux dossiers médicaux. Selon moi, il doit y avoir un regard extérieur sur ces pratiques.

Le patient reste un citoyen, en psychiatrie il ne doit pas avoir moins de droits qu'en MCO. Pourtant il y a deux domaines où ce n'est pas le cas : l'accès au dossier (alors que la loi ne fait pas de distinction) et la personne de confiance (la loi ne fait pas de distinction non plus).

Un citoyen est quelqu'un d'actif, de ce point de vue, relève de la qualité de citoyen, tout ce qui a rapport à l'entraide et à la pair-aidance. De même, le secteur de psychiatrie réaffirme c'est garantir que le malade peut rester chez lui, autant que faire se peut. Parce qu'il y a un parcours de santé, articulé entre les acteurs, et nécessité de maintenir le malade dans son environnement social, et lutter contre la dé-affiliation.

### **Démocratie et santé mentale ; du point de vue institutionnel**

C'est par ces liens humains que sont les élus que l'on peut arriver à déstigmatiser la santé mentale, plus facilement qu'en travaillant avec la presse. Il y aura toujours des expressions de la peur. Il faut être capable de dire « le même crime a été commis par une personne qui n'avait pas de problèmes de santé mentale ». C'est le rôle des élus de rassurer la population.

Il faut travailler avec les élus car ce sont eux qui maîtrisent les ressources du droit commun (logement sociaux, loisirs, culture, sport, emploi...). C'est le rôle des CLSM de mobiliser les ressources du droit commun pour les personnes vivant avec des troubles.

Associer les usagers à la gouvernance, beaucoup plus dans les établissements de santé, les commissions de soins psychiatriques (CDSP), dont un tiers seulement fonctionne correctement.

### **Concernant le projet de loi de Santé de Mme Marisol Touraine**

Première observation : la loi HPST entendait « tuer le secteur ». Quand vous enlevez dans un texte de santé publique les 2/3 des occurrences du mot « secteur » ce n'est pas un hasard... Mais il ne s'est rien passé derrière dans les faits : résistance ou inertie, la réalité n'a pas changé.

Le projet de nouvelle loi réaffirme la notion du secteur de psychiatrie (prévention, continuité, proximité). Même si il n'y a aucune homogénéité dans les secteurs et que la plupart restent très hospitalo-centrés et même chef-de-service-centrés.

Inscription plus générale dans la loi : territoire de santé / conseil territorial de santé.

Comment s'articule le territoire de santé du secteur et la notion de territoire de santé de la loi ?

Premier étage : psychiatrie de secteur qui continue comme aujourd'hui

Second étage : gouvernance territoriale par le Conseil local de santé, avec lien avec les élus et représentations des usagers et attribution de subventions.

Comment faire pour que l'expérience très heureuse des CLSM ne soit pas abandonnée par la mise en place des conseils territoriaux de santé ?

Crainte : si on ne réaffirme pas que le CTS a une dimension de santé mentale, cela ne sera pas dans la loi. Il faut aussi préciser la composition des CTS : dans lesquels il faut obligatoirement qu'il y ait des élus et des usagers.

Il ne faut pas trop attendre de la loi. Les problèmes de la psychiatrie et de la santé mentale ne sont pas entièrement dans les mains du législateur. Il ne faut pas tuer les expériences des CLSM mais que l'on les généralise. Selon les projections de la démographie des psychiatres, on verra dans les 4 ans qui viennent 40% des psychiatres atteindre l'âge de la retraite, donc le renouvellement ne se fera pas. Le nombre de psychiatres/habitants en France est le double de l'Angleterre et de l'Allemagne. Il y a des centaines de postes non pourvus : le problème n'est pas le nombre de psychiatres mais leur inégalité de répartition sur le territoire. Il y a des déserts psychiatriques en France, mais pas dans le 5<sup>e</sup> arrondissement de Paris ni sur la Côte d'Azur.

Il faut donc apprendre à travailler autrement et reconnaître le rôle d'un certain nombre de professionnels, dans les services. Par exemple, les compétences des psychologues pourraient être davantage reconnues, chacun peut jouer un rôle et on a des possibilités d'évolution. On ne peut penser profession par profession, il faut travailler ensemble et penser l'articulation des rôles professionnels ensemble. Il est fondamental pour la psychiatrie de développer la spécialisation en psychiatrie des infirmiers.

Fin de la prise de notes.