

Interventions successives lors du débat public « Le sécuritaire contre les droits sociaux et citoyens » qui s'est déroulé à Lille le 1^{er} février 2011 à l'appel des collectifs "Refusons la politique de la peur" et "Mais c'est un Homme"

La multiplication des mesures d'exception et LOPPSI2 - par Ida CHAFAÏ, Juge d'Instruction - Syndicat de la Magistrature.

Ida CHAFAÏ
intervention du 1er février 2011
Syndicat de la Magistrature
« Mais c'est un homme »

« Loi d'orientation et de programmation pour la performance de la sécurité intérieure »

- nommée en référence à la LOPSI 1 du 29 août 2002
- définit les objectifs prioritaires du gouvernement de 2009 à 2013 en matière de lutte contre « l'insécurité »
- traduit un recul général des libertés publiques, extension du contrôle social
- « performance » ? (débat sur la mesure de l'efficacité de la lutte contre la délinquance, chiffres de la délinquance...) emprunté au langage du management et du marketing
- long parcours : texte déposé en mai 2009, pluie d'amendements, examinée au Sénat mi-janvier, désaccords avec l'Assemblée d'où passage en CMP et accord intervenu il y a quelques jours ; entrée en vigueur possible au printemps

Dénoncée par collectifs et associations militants, syndicats et partis mais aussi par la CNIL et la CNCDDH :

- 11^{ème} loi exclusivement répressive depuis 2002 : baignée d'une idéologie sécuritaire
- textes répressifs se succèdent à un rythme effréné, à tel point qu'on en perd le fil (instabilité juridique)
- agrège des mesures annoncées dans la foulée de faits divers (des personnes âgées se font tuer à l'occasion d'un cambriolage, une émeute suite à une opération publicitaire de distribution d'argent sur la voie publique, nuits d'émeutes à Grenoble et tirs contre des policiers...)
- résultat : « fourre-tout », fatras législatif, dispositions sans aucune cohérence
- fléaux contre lesquels lutter sont multiples : cybercriminalité, « délinquance », insécurité routière, pédopornographie...
- pose la question du sens de la loi : elle est devenue un outil de communication politique
- assemblage illisible, disparate, très technique, qui a pour effet (objet ?) d'évincer le débat public
- multiplie les régimes dérogatoires (les circonstances aggravantes) au détriment de la norme

Pour se concentrer sur les aspects significatifs (je n'entre pas dans le détail, c'est très technique et je ne maîtrise pas tout), j'ai dégagé 4 axes :

répression de populations ciblées (roms, jeunes, internautes, populations pauvres et précarisées...) :

- expulsion en 48h et sans contrôle du juge de tous occupants d'habitats hors norme (non conformes au code de l'urbanisme), sur terrain public ou privé, et destruction de leur habitat

- vente à la sauvette pénalisée (sanctions alourdis)
- couvre-feu pour les mineurs de 13 ans décidé par le préfet
- extension du « contrat de responsabilité parentale » (renforcement d'une prise en charge administrative)
- création d'une procédure de comparution immédiate devant le TPE (alignement du régime sur celui des majeurs)
- le port du bracelet électronique peut être imposé sur décision administrative aux étrangers en voie d'expulsion

généralisation du fichage et de la vidéosurveillance :

- le mot de vidéosurveillance est remplacé par celui de « vidéo-protection »
- objectif fixé : triplement du nombre de caméras filmant la voie publique (60000) (alors qu'on sait, notamment au Royaume-Uni, que la vidéosurveillance est loin d'avoir démontré son efficacité en termes de prévention et de répression de la délinquance)
- fichiers de police et de gendarmerie, truffés d'erreurs, incontrôlables et incontrôlés, sont étendus et interconnectés ; les personnes innocentées peuvent rester fichées
- toutes les entreprises privées pourront installer des caméras aux abords de leurs établissements et les préfets le long des manifestations - les images de vidéosurveillance publique pourront être exploitées par des entreprises privées agréées
- dans certains cas, des logiciels de reconnaissance faciale automatique seront utilisés

durcissement des peines :

- confiscation automatique du véhicule pour certaines infractions routières
- peines-planchers de 6 mois à 2 ans dès la 1ère infraction de violences (aggravées)
- extension du suivi socio-judiciaire, de la surveillance judiciaire (après exécution de la peine) et du bracelet électronique pour les récidivistes condamnés à une peine égale ou supérieure à 5 ans d'emprisonnement
- nouvelle rédaction du délit d'occupation des halls d'immeuble (en raison du trop faible nombre de poursuites judiciaires)
- élargissement de la période de sûreté de 30 ans à de nouveaux crimes, contre les représentants de l'autorité publique

accroissement des pouvoirs policiers et privatisation croissante de la sécurité :

- filtrage et censure de sites Internet (obligation pour les FAI au nom de la lutte contre la pédopornographie de bloquer l'accès aux sites figurant sur une liste noire), sans contrôle ni intervention du juge
- renforcement des pouvoirs de la police municipale : habilitation à procéder à des contrôles d'identité
- création d'un Conseil national des activités privées de sécurité
- possibilité pour les agents des transports en commun d'expulser des voyageurs par la force

Conclusion : Pour les magistrats, ce sont des outils de contournement du juge et de limitation de son pouvoir d'appréciation (nouveaux pouvoirs attentatoires aux libertés individuelles confiées à l'autorité administrative, peines-planchers...)

Cette loi est censée protéger les citoyens, mais elle est contreproductive sur le sentiment d'insécurité...

« Pour qui sonne le glas ? La politique de la Peur dans le monde du travail »,
par Nathalie BATARDIERE, ex médecin du travail et psychiatre

Pierre Paresys et le comité d'organisation de ce débat m'ont demandé de vous parler des différentes **réformes méconnues du grand public** concernant la Sécurité Sociale et de la Médecine du Travail. Ces réformes tendent en effet de façon subtile à modifier le contenu des missions des médecins vers une logique mortifère qui me semble implacable.

Sécurité Sociale et Médecine du Travail sont souvent confondues par le grand public. Institutions nées après guerre de façon quasi simultanée, elles font partie des acquis sociaux fondamentaux de la Ve République, l'une pour permettre l'égalité d'accès aux soins pour tous, l'autre pour préserver la santé au sein de l'environnement professionnel.

La confusion est présente chez nos politiques. Elle a d'ailleurs été à l'origine du « retoilage » de la dernière réforme de la médecine du travail prévue cet automne dans le contexte de la Réforme des retraites.

La complexité de ces réformes empêche toute prise de conscience du grand public de la logique mortifère qui développe insidieusement ses racines dans le terrain de la culpabilité et de la peur.

Ancien médecin du travail, je pensais bon que s'exprime ici une de mes ex-consœurs en cours d'exercice. Mais à cause du contexte de peur ou du moins de menace implicite, j'ai préféré ne pas exposer cette dernière et témoigner moi-même de ce que j'ai été amenée à fuir.

Je laisse de côté la réforme de la sécurité sociale, sujet trop vaste pour ces quelques minutes. En revanche je reprendrai les réformes successives et multiples de la médecine du travail pendant **mon parcours professionnel, réformes qui m'ont** conduite finalement à partir, à me reconverter ... vers la Psychiatrie.

Je ne peux résister au plaisir d'évoquer mes débuts dans ma fonction. (Début des années 1990). Je rencontrais les salariés en entretien individuel et dans la réalité de leur lieu de leur travail. Ces rencontres se faisaient la plupart du temps dans une atmosphère de convivialité. En entretien, je ressentais leur plaisir et leur fierté à m'expliquer leur fonction, leur poste de travail. Dans les entreprises, le petit café était rituel, les rires fusaient dans les couloirs, la parole circulait au travers des études de postes des réunions de CHSCT. La confrontation de ces personnes à leur milieu du travail m'inclinait à émettre l'hypothèse que le travail semblait constituer une source d'identification narcissique « suffisamment bonne » (utilité, reconnaissance, autonomie...).

Puis à bas bruit la rigueur est apparue, les visages se sont figés, la parole s'est tue. La méfiance s'est installée puis la peur. Surtout peur de perdre son emploi, peur d'être dénoncé et objet de brimade (mise au placard). Il me fallait rassurer, parler de l'Indépendance du médecin du travail que j'étais. Alors mon bureau s'emplit des plaintes lors des entretiens individuels. Je ne savais que faire pour cette femme d'entretien épuisée par les horaires « en vrac » imposés, pour l'employé bancaire obsédé par ses objectifs, pour le peintre en BTP industriel de 50 ans incapable de faire face à la charge imposée, pour le cadre s'effondrant à la suite du suicide d'un collaborateur... Dénoncer risquait d'exposer le salarié, me taire, c'était cautionner la maltraitance. Quelques-uns d'entre nous se sont réunis en groupes de travail pour tenter d'analyser ce phénomène de stress, de violence ou de souffrance au travail et de harcèlement moral ... Nous avons pour référence Christophe Dejours : ses travaux, écrits et colloques. Il était précurseur.

Le sujet restait cependant tabou au sein de notre profession, au sein des entreprises. Les syndicats de salariés semblaient gênés par ce phénomène qui semblait remettre en cause le travail lui-même...

En 2000, nous avons sollicité l'institut de médecine du travail pour aborder le sujet lors du congrès national de la Médecine du Travail à Lille. C'était dans le contexte d'une réforme de la médecine du travail inscrite dans le projet de loi de Refondation Sociale, Il nous a été accordé de présenter des Posters sur « la souffrance psychique au travail » au 7^{ème} niveau du Palais des Congrès. Seuls les plus courageux ou les plus motivés de nos confrères ont pu nous atteindre.

En 2002, la responsabilité de l'évaluation des risques physiques professionnels fut affectée aux médecins du travail qui devaient ainsi se transformer en ingénieurs qu'ils n'étaient pas. Il devenait de plus en plus évident que notre fonction de médecins était remise en question. L'Economique menaçait l'Humain. On nous reprochait d'exister. Nous faisons partie d'une spécificité européenne bien coûteuse pour les entreprises. De plus nous étions accusés de connivence avec les salariés lorsque nous les mettions en inaptitude avant l'âge de la retraite...

Nous étions de plus en plus soumis à des injonctions paradoxales. Ainsi, quand enfin le risque psychosocial fut reconnu au niveau européen, le Décret du 28 juillet 2004 a espacé le temps de latence entre deux visites systématiques. Il était de notre responsabilité de désigner les salariés à risque médical spécial. Les autres ne devaient bénéficier que d'une visite tous les deux ans, voire tous les cinq ans...je n'arrivais pas à distinguer avec certitude les salariés a priori sans risque des salariés avec risques. Il me fallait donc assumer des effectifs ingérables. Comment prévenir dans ces conditions ? Quel sens pouvaient avoir ces rencontres ? Quel investissement dans la relation pouvait faire l'une ou l'autre partie ?

La médecine du travail me semblait bradée grâce à une stratégie managériale fondée sur la peur et la culpabilité, qui discréditait la fonction de Médecins du Travail elle-même. Il me semble que ces derniers n'ont pas pris conscience de la gravité de la perte de la partie humaine de leur fonction. Bercés par l'illusion que seule la partie technique a la prise en charge de l'environnement physique pouvait suffire...

Avec cette déréglementation progressive, la santé au travail est devenue une marchandise, soumise à la loi du marché. C'est un objet de consommation pour les entreprises. Les cabinets de consultants fleurissent. Il n'est alors nullement question d'indépendance professionnelle mais d'une relation client -consommateur...

J'avais été témoin de la souffrance psychique au travail « véritable épidémie des temps modernes ». En faisant le choix de partir, j'ai eu cependant l'impression d'abandonner à leur sort les salariés qui m'avaient fait l'honneur de leur confiance en prenant le risque de me parler de leur vécu professionnel.

C'est pourquoi je remercie Pierre Paresys de m'avoir permis de vous parler de l'impact méconnu et insidieux sur le salarié des réformes de la Médecine du Travail.

J'ose espérer qu'à cause de la disparition discrète mais effective de la fonction de Médecins du Travail, le glas ne sonne pas pour la Partie humaine de la Personne au travail.

J'ose espérer que, du fait de la révision de la Loi de 1990, le glas ne sonne pas pour la liberté de l'Homme et qu'Alien n'est pas de retour.

Enfin, exerçant en pédopsychiatrie, j'ose espérer que le rapport Bockel ne sonnera pas le glas pour ces enfants hors des normes, en les enfermant dans une Pseudo-Prévention Prédictive qui les assimilera à des psychopathes.

"Pourquoi les associations d'usagers s'engagent : dénoncer le déni des droits des personnes psychiatisées". Présenté par les associations d'usagers (Advocacy, CRPA, GIA) représentées par Philippe GUERARD et André BITTON

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

Association régie par la loi du 1^{er} juillet 1901. 14, rue des Tapisseries, 75017, Paris. Tel : 01 47 63 05 62. Courriel : andre.bitton2@orange.fr / Blog : <http://internement-arbitraire.blogspot.com>

André Bitton, Président du C.R.P.A. Ancien président du Groupe Information Asiles (GIA).

TITRE : Pourquoi les associations d'usagers s'engagent ? Dénoncer le déni des droits des personnes psychiatisées.

1°) Pourquoi des associations « d'usagers » s'engagent ? :

Au printemps 2010, en même temps que le Gouvernement faisait connaître son projet désastreux et sécuritaire de réforme de l'hospitalisation et des soins psychiatriques contraints, quelques associations d'usagers malheureusement peu nombreuses, se sont mobilisées dans le cadre du collectif inter-organisations « Mais c'est un homme ». Un des principes de nos associations était d'aller contre l'affirmation médiatique du ministère de la santé selon laquelle dans le cadre de ce projet de réforme, «les associations d'usagers ont été consultées », ou mieux même « ont donné leur accord ». Nous entendons démentir cette « unanimité » gouvernementale. En effet, dans l'affirmation gouvernementale, il faut entendre par « associations d'usagers », essentiellement la Fnapsy (Fédération Nationale d'Associations d'usagers en psychiatrie) qui a, à de nombreuses reprises, marqué son accord dans les grandes lignes avec le projet de réforme gouvernemental, ainsi qu'avec le principe pivot de ce projet : la légalisation de la contrainte aux soins en ambulatoire. Nos associations, au contraire de ce positionnement consensuel, sont en total désaccord avec le projet de réforme gouvernemental de la contrainte psychiatrique. Ce projet de réforme ne consiste pas en un texte portant sur les soins, mais sur une série de mesures de sécurité. Il ne s'agit pas non plus d'un texte en faveur des droits fondamentaux des patients, mais d'un texte qui va à l'encontre des droits des personnes psychiatisées.

2°) Du déni des droits fondamentaux des personnes subissant ou ayant subi la contrainte psychiatrique :

Je reprends cette déclaration que j'ai en substance entendu de nombreux intervenants sur le champ psychiatrique, il y a certes longtemps, au début des années 90, alors même que la notion de « droit des patients » peinait à être entendue des professionnels en psychiatrie. Déclaration qui, hélas, résume un certain état d'esprit malheureusement majoritaire dans l'institution psychiatrique: « **Les droits fondamentaux sont antithétiques avec les soins psychiatriques** ». Ce contenu très classique, est couramment émis par des professionnels de santé mentale, des parents de patients, des politiques, des autorités diverses, des journalistes, l'opinion publique donc également ... Il faut comprendre dans ce contenu, que ce sont les droits des patients en tant que droit à la liberté, et aux droits les plus fondamentaux des personnes, qui, en psychiatrie, ne sont pas de mise, sont incompatibles avec la thérapie elle-même, et vont contre la logique et la nécessité des soins. Mais aussi également que ces mêmes droits des patients, en tant que réalités pratiques, sont incongrus, et que leur réclamation par les patients est même pathologique.

- **Rappel historique:** 1837-1838, rapports des 4 experts-aliénistes mandatés par le Gouvernement de Louis Philippe, roi de France, en vue de l'instauration d'une loi spécifique sur les aliénés (ce sera la loi du 30 juin 1838). Pour l'un des ces experts dont la thèse l'emportera : Esquirol ; les aliénés doivent être totalement remis dans les mains des hommes

de l'art, les aliénistes (actuels psychiatres), sans regard ni contrôle extérieur, et en particulier sans qu'il soit question d'un contrôle judiciaire de l'internement de ces mêmes aliénés. Seul l'expert Guillaume Ferrus (qui sera minoritaire et dont la thèse sera rejetée), proposera que l'internement soit décidé par voie judiciaire. Il subsistera de cette polémique, le droit de saisine inscrit dans la loi du 30 juin 1838, du Président du Tribunal de grande instance couvrant le lieu de l'internement à fin d'élargissement éventuel, et des contrôles périodiques de magistrats et d'administratifs, des asiles d'aliénés. Ces visites de contrôle ne seront rapidement du reste que protocolaires.

Dés la naissance de la psychiatrie comme discipline séparée, le droit étant mis hors champ, l'affirmation de quelconques droits des patients est également rejetée et niée. La psychiatrie française ratera donc dans cette perspective, en restant dans sa tradition administrative (la contrainte psychiatrique décidée entièrement par voie administrative), les tournants progressifs par lesquels au long du 20^{ème} siècle les droits des personnes, sont de plus en plus nettement affirmés, en tant que droits fondamentaux, selon un cadre judiciaire, avec les recours adéquats rendus possibles.

C'est donc en tant que système clos, totalitaire, que l'institution psychiatrique a, très rapidement, dès le 19^{ème} siècle, organisé sa mise hors champ judiciaire, et donc sa négation consubstantielle des droits fondamentaux des personnes soumises à sa contrainte. On voit donc aisément que le déni des droits fondamentaux dans le champ psychiatrique est une partie intégrante et essentielle de ce champ et de ses pratiques.

- **Dans notre actualité** : Il subsiste de nos jours de larges pans de cette idéologie « anti juridique », à travers d'une part le refus obstiné de toute judiciarisation des hospitalisations sans consentement (sauf un faux semblant tout récent, faisant suite à une décision du conseil constitutionnel contournée par le gouvernement), comme de toute prise en compte **pratique** des droits des patients en tant que droits fondamentaux pouvant être pris en charge par les « usagers » eux-mêmes, avec leurs avocats, organisations et conseils. Ainsi, au titre des subsistances de cet état d'esprit, ces services psychiatriques qui rejettent comme pathologiques, les demandes des patients sous contrainte de pouvoir accéder à un avocat.

Dans le cadre de ce déni des droits fondamentaux des patients, la psychiatrie a, historiquement, très rapidement organisé et pensé la « pathologisation » de quelconques réclamations pour le droit venant de patients, ou d'ex patients, comme d'ailleurs celles venant de proches, de parents, ou d'amis et de soutiens d'internés.

Pour la psychiatrie institutionnelle et, **hélas** pour la majorité des soignants en exercice - malheureusement pour ces professions, comme pour les populations aux prises d'ailleurs - le recours au Droit est un symptôme déclaré ou latent, de pathologie paranoïaque au sens de la paranoïa processive procédurière.

D'après les témoignages des « usagers » qui se confient aux associations structurées de nos jours sur ce champ, seule une minorité de soignants du cadre hospitalier respectent les droits de recours des patients, ainsi que l'expression par les patients de leur volonté de recourir. Une majorité de soignants du cadre hospitalier rejettent les demandes de recours des patients, voire les qualifient de pathologiques, certains n'hésitant pas à pratiquer face à ces demandes de recours, par exemple des contre mesures chimiothérapiques (hausse des dosages de traitements psychiatriques).

Il est donc particulièrement heureux que les animateurs et parties prenantes du collectif Mais c'est un homme, en particulier issus des soignants en psychiatrie, aient pu se regrouper clairement pour un rejet de ce même déni des droits fondamentaux des patients psychiatriques, et pour une « judiciarisation » de l'hospitalisation sans consentement vue également en tant qu'ouverture de voies de recours judiciaires effectives pour ces mêmes patients.

Nous considérons qu'il est grand temps de rompre avec cette logique de refus et de déni des droits fondamentaux des patients en psychiatrie.

Modification de la Loi de 1990 : Nicolas ALLOUCHERY, psychiatre, USP

Tel que vous me voyez, je suis un homme de pouvoir. Malgré moi, à mon corps défendant pourrais je dire. En effet je suis psychiatre. Et la loi, depuis plus d'un siècle, me confie des pouvoirs importants, encombrants. La loi me donne le pouvoir actuellement d'hospitaliser quelqu'un, de le priver de sa liberté sur mon simple sens clinique. Je n'ai besoin d'aucune preuve. Je n'ai besoin d'aucun fait. Il me suffit simplement de juger qu'un patient nécessite une hospitalisation.

Évidemment, les principes déontologiques guident ma conduite vis-à-vis de ce genre de situation. Toutefois, la loi augmente mon pouvoir au fil du temps et je le déplore.

La loi du 27 juin 1990 demande que deux médecins, qui ne se connaissent pas, qui ne connaissent pas la personne à hospitaliser se prononcent sur la nécessité d'une hospitalisation, à cela s'ajoute une personne tierce souvent un proche, demandeuse de cette hospitalisation. Nous sommes, ici, dans le cadre de l'hospitalisation à la demande d'un tiers.

Un autre moyen est l'émission d'un arrêté préfectoral avec examen médical qui confirme la nécessité d'une hospitalisation, là, d'office.

Cette loi nous semble donner au patient des garanties de ne pas être hospitalisé de manière abusive. Toutefois, un article simplifiant la procédure a été rajouté : il s'agit du « péril imminent » où un seul certificat suffit dans le cadre de l'HDT avec la demande de tiers demeurant obligatoire. Et dans le cadre d'une hospitalisation d'office, un arrêté municipal avec confirmation par un médecin, sans qu'il n'ait pour cela besoin d'examiner le patient.

Ceci, rend extrêmement facile d'hospitaliser sous contrainte. Certains services d'urgences ne s'en privent pas ; certains psychiatres non plus. Par conséquent disparaît l'occasion d'une discussion ou, en tout cas, d'un essai de convaincre la personne de la nécessité pour sa santé de soins hospitaliers.

Même si l'exposé des motifs de la loi du 27 Juin 1990 prévoyait de garantir une plus grande protection des patients, le législateur a donné la possibilité de laisser libre cours à l'arbitraire ; et ce qui pouvait arriver arriva, au cours de ces 20 dernières années on a assisté à une augmentation des mesures de contraintes et bien évidemment en « péril imminent ».

Ce péril imminent est annoncé dans la loi comme étant une exception : c'est hélas bien souvent devenu la règle.

Une des barrières fondamentales de protection, tant du patient que du psychiatre, est l'indépendance de ce dernier vis-à-vis des comités locaux. Le psychiatre public n'était pas nommé par le Directeur, le Conseil d'Administration ou une quelconque institution locale.

Le psychiatre était, jusqu'à l'édition de la loi « Hôpital-Patient-Santé-Territoire » nommé par le Ministre ou par le Comité National de Gestion qui était une émanation du Ministère. Ce, afin de garder tout distance vis-à-vis des directeurs d'établissements ou d'éventuels conflits d'intérêts locaux, et de permettre de statuer sur une éventuelle hospitalisation de manière la plus libre possible, en se référant à la seule déontologie.

Le statut des psychiatres, au sein de la loi HPST, est battu en brèche de plusieurs façons. Cette nomination est maintenant confiée aux directeurs et aux Conseils de surveillance. Des élus peuvent siéger aux conseils et pensent, bien évidemment, à protéger le bien de tous leurs concitoyens parfois au risque d'un activisme arbitraire et de pression exercées sur le Corps médical; de plus les médecins sont également soumis à la contractualisation imposée par l'administration autour d'objectifs à remplir et leur rémunération assujettie aux résultats obtenus quant à ces objectifs. On peut facilement entrevoir les dérives que tout ceci pourrait amener.

Le projet de réforme de la loi de 1990 s'inscrit dans cette même lignée avec l'abandon complet, dans ses intentions même, de la protection du patient vis-à-vis de l'arbitraire. Déjà, la loi en projet autorise les soins sous contrainte et non plus seulement l'hospitalisation sous

contrainte: les soins sous contrainte à l'hôpital mais également à domicile, dans le cadre d'un contrat établi avec les autorités. Si ce contrat n'est pas respecté, retour illico, par l'intermédiaire des forces de l'ordre, à l'hôpital. Ensuite, comme le péril imminent est utilisé de manière coutumière et abusive, le Législateur propose la légalisation de l'abus, et l'abus disparaît aux yeux de la loi : Il n'y aura qu'un seul certificat nécessaire et la demande de tiers ne sera plus obligatoire pour hospitaliser la personne. De plus, le tiers ne pourra plus demander la levée de la mesure de contrainte, s'il le souhaite.

Les dernières modifications rétablissent les deux certificats mais il y a maintien des procédures de péril imminent... Qu'en attendre !

Ensuite, la loi ajoute une réévaluation à 72 heures, en plus de l'évaluation à 24 heures après l'hospitalisation, qui reste obligatoire.

On voit ici la tentation du Législateur d'autoriser les psychiatres à prendre le temps d'enfermer, pour assurer à la société toutes les garanties : une hospitalisation de 72 heures avec un seul certificat, sans demande de tiers, basée sur le simple sens clinique du médecin évaluant qui, lui, peut ne pas être libre complètement des décisions qu'il prend étant donné qu'il peut être soumis à des contrats ou que son emploi dépend du directeur d'établissement. Il sera donc très facile d'être hospitalisé sous contrainte et la loi alourdit aussi les procédures pour y mettre fin.

Les modalités de levée de la contrainte seront beaucoup plus compliquées. Comme je l'ai dit, le tiers ne pourra plus demander une levée et le médecin ne pourra pas le faire sur son bon sens clinique. Un comité devra se réunir : le psychiatre traitant, un psychiatre d'un autre établissement et un cadre de santé afin de statuer sur l'état de santé et de prédire la non dangerosité et assurer la société du risque Zéro par une contrainte de soin vouée à l'échec de par sa nature.

Cette loi n'est donc rien d'autre qu'une manière d'entériner les abus ayant cours avec l'ancienne loi, celle du 27 juin 1990 et renforcer l'arbitraire inhérent que nous y déplorons. Elle légalise les mesures sécuritaires anti-déontologiques, anti-éthiques qui pouvaient être la règle sur certains secteurs géographiques.

Pour résumer : les modifications de la loi du 27 juin 1990 portent sur trois choses.

D'abord ce sont des soins sous contrainte dont il s'agit et plus seulement d'hospitalisations.

Ensuite cette loi permet la contrainte de soins : à l'hôpital, à l'extérieur, avec assignation à résidence ou un bracelet électronique, en géo-localisant ; on peut imaginer ce que l'on veut par la suite.....

Et dernier point, reste « l'épée de Damoclès » de la ré-hospitalisation si le patient n'accepte pas de se soumettre aux soins auxquels on l'oblige.

Cette réforme n'est rien d'autre qu'un moyen, pour le Législateur, d'utiliser la psychiatrie à des fins de contrôle social, psychique, sanitaire, etc. Cette loi annule la dimension interpersonnelle du soin tel que nous le concevons.

Cette loi nuira au travail de secteur tel qu'il a été engagé depuis de nombreuses années, nuira également à l'image de dé-stigmatisation et d'accès aux soins que la psychiatrie a essayé de construire.

Cette loi autorise l'arbitraire.

Cette loi viole les Droits de l'Homme.

Nous souhaitons qu'un débat public large, universel, démocratique puisse être engagé afin de réduire la portée désastreuse de la réforme de la loi du 27 juin 1990.

Nous souhaitons que les malades mentaux soient tenus éloignés de toute loi d'exception et soient traités avec le respect dû à tous les citoyens loin des amalgames ayant cours depuis quelques années.

Refusons la psychiatrie industrielle : Nelly DERABOUR et Jean VIGNES, SUD santé Sociaux

Pièce en deux scènes.

Scène 1 : le débat

Deux personnages :

Adeline Blanchette (AB): Infirmière de Secteur Psychiatrique (espèce soignante menacée d'extinction)

Georges Hubert de la Tabatière (GHT): conseiller ministériel en consulting managérial (parasite en voie de développement)

GHT: Bonjour,

Je remercie tout d'abord les organisateurs de ce colloque de me permettre de vanter l'approche rationnelle et bienveillante de nos gouvernants en matière d'industrialisation.

L'industrialisation a pour objet la production de biens par l'individualisation des tâches et la production en série d'une même pièce à grande échelle. L'industrialisation vise à la mécanisation d'une activité de production pour à en diminuer le coût. C'est un processus répétitif, standardisé.

AB : Bonsoir,

A l'opposé de l'industrialisation l'artisanat se définit par une production au cours de laquelle l'artisan effectue toutes les tâches, de la matière première à l'« objet fini ». Chaque étape doit être pensée en fonction de multiples facteurs. C'est la pensée dans son interaction avec la matière et le savoir faire de l'artisan qui sont mis au travail tout au long du processus. L'artisanat crée une œuvre à chaque fois originale.

GHT : Le soin infirmier en psychiatrie industrielle vise à la précision d'enchaînements de séquences, soumises à évaluation dans le respect de protocoles délimités au sein de bonnes pratiques. Chaque séquence étant découpée en unité de travail et en tâches pour pouvoir la quantifier et l'évaluer. Une prise en charge consistant à la mise en œuvre de séquences prédéterminées. En psychiatrie, le processus d'industrialisation peut se décliner en fiche de postes, protocoles, algorithmes de diagnostics.

Il tend à évacuer le hasard, réduire la singularité par la recherche de similitude, du plus grand commun diviseur instrumentalisable.

AB : Le soin infirmier en psychiatrie artisanale consiste à accompagner un cheminement de pensée. Il n'a pas pour intention première de réduire des symptômes mais de les accueillir, d'entendre ce qui est parfois indicible et socialement inaudible, voire irrecevable. Ces symptômes, qui traduisent une souffrance, retentissent sur les plans biologiques, sociologiques et psychologiques de façon intimement intriquée. Ces intrications sont de nature complexe induisant des états singuliers. L'intelligence du soignant réside dans sa faculté à accompagner ce cheminement, en évitant projection et substitution, en ouvrant des espaces d'expression à l'autre et en étant réceptif à ce qui s'en exprime. Le soin en psychiatrie artisanale s'adapte aux circonstances, s'appuie sur des individualités travaillant en équipe à la recherche permanente d'un plus petit commun multiple.

GHT : En psychiatrie industrielle protocoles, évaluations, bonnes pratiques sont basés sur le déterminisme, la maîtrise, à chaque situation doit correspondre une réponse standard. Protocoles, évaluations, bonnes pratiques sont des outils normés. L'avantage de la psychiatrie industrielle est qu'elle produit des données quantifiables. Une tâche consomme tant

d'équivalent temps plein de professionnels, use telle quantité de matériaux, à tel prix, etc. Un ensemble de tâches est classé dans un protocole, ces protocoles enchaînés produisent des séquences, une bonne pratique consiste à l'exécution de séquences déterminées en fonction de pathologies regroupées en groupes homogènes. Il s'agit d'éradiquer toute forme de hasard. Le soin industriel doit être maîtrisé dans une approche productiviste intégrée dans la logique de marché.

AB : L'artisanat n'est pas réductible à une tâche effectuée à un moment donné dans un enchaînement précis. Le produit de l'artisanat n'est pas quantifiable, c'est une œuvre collective inachevable et inachevée. En psychiatrie artisanale le soignant est son propre outil de travail, il est en évolution constante. Il est en dynamique dans le cadre d'un espace de soin élaboré par un ensemble d'intervenants multiples. Pour les artisans, chaque histoire de soin est unique. Feuilleton ou roman elle appartient au sujet des soins qui donne les éléments du scénario à chaque chapitre et à qui appartient toute forme de conclusion ou non. C'est une œuvre de tisserand aux motifs uniques pour laquelle cent fois sur le métier l'ouvrage est remis.

GHT : Dans la psychiatrie industrielle les tâches sont effectuées par des employés aux fiches de postes préétablies. Chacun a une tâche, ou un ensemble de tâche à effectuer, chacun à son niveau à la responsabilité de l'exécution de ces tâches ou de celles de ses subalternes. Le problème de la psychiatrie industrielle pourrait venir du fait qu'elle ne s'adresse pas à de la matière inerte qui réagirait de façon standardisée aux protocoles. Alors la psychiatrie industrielle s'appuie sur les statistiques et les moyennes, les plus fines possibles pour faire rentrer la singularité dans des normes. C'est la recherche permanente de la réduction en objet du sujet. Les troubles mentaux et la psychiatrie ont un coût direct et indirect en Europe équivalent à 4% du produit intérieur brut, il est de notre devoir d'assainir cette situation en se fixant des objectifs précisément quantifiés, réduction de 10% du nombre de psychotiques en situation de précarité, de 20% le nombre de suicides, de 20% le nombre de troubles bipolaires non reconnus, augmenter de 20% le nombre de personnes traitées selon les recommandation des bonnes pratiques.

AB : Dans la psychiatrie artisanale une équipe de professionnels croise ses champs de compétences personnels et professionnels à chaque situation particulière, pour élaborer un soin « cousu main ». Elle s'appuie sur la créativité des différences. Pour la psychiatrie artisanale la souffrance n'est pas une maladie, elle est l'expression d'une altération. L'équipe accompagne un être vers une évolution qui lui permet de passer outre certains déterminants de souffrance vers une plus grande liberté, c'est-à-dire restaurer la capacité de vivre avec autrui et de rester en lien avec soi même.

GHT : La psychiatrie industrielle, vous la connaissez à travers l'évolution des mesures orientant le dispositif actuel. Que ce soit le dernier produit du ministère prosaïquement appelé : étude d'impact, que ce soit par l'effort financier de sécurisation, ou que ce soit par la mise en place des évaluations, contrôles, codification, systèmes de protection... (*AB interrompt GHT*)

AB : Je dirais plutôt que vous la connaissez par la souffrance au travail et la souffrance éthique exprimée pas les soignants. Ils souffrent d'être des acteurs de la maltraitance institutionnelle malgré eux, « fauteurs » de mise en isolement et de camisoles chimiques. Ils revendiquent des effectifs formés à l'écoute et de la disponibilité pour l'accompagnement. Vous la connaissez aussi par la morbidité et la souffrance des populations que le dispositif est censé soigner, laissées à l'abandon dans la souffrance psychosociale ou croupissant en prison.

GHT : La psychiatrie industrielle a pourtant pour but d'assurer la sécurité de chacun, elle investit dans la vidéo et les clôtures, les vigiles et la mise en place de référentiels Elle construit

des Unités pour Malades Difficiles, Unité Hospitalières Spécialement Aménagées, chambre d'isolements et secteurs fermables... (*AB interrompt GHT*)

AB : Pour ça oui ! Nous la constatons au quotidien la montée de cette psychiatrie industrielle. Elle signe un choix politique. Une politique optant pour une organisation économique de la société prônant le mérite individuel et la concurrence, et visant à une réduction des coûts sociaux par toujours plus d'enfermement. Une politique qui stigmatise, criminalise, fiche et exclut, reposant sur l'idée que la maladie mentale implique un trouble potentiel à l'ordre public. Un projet politique qui enferme les soignants dans des soins en chaîne et qui enchaîne à l'extérieur par des obligations de soins avec pour seules sanctions la prise de traitements médicamenteux.

Scène 2 : l'appel à résistance

AB et l'Ariègeois. (militants)

La psychiatrie industrielle croît dans un monde où les inégalités et les souffrances psychosociales s'aggravent. La psychiatrie industrielle se met en place dans un monde où l'autre est désigné comme un concurrent, un agresseur, ou la politique s'appuie sur la peur de l'autre. Où la protection est devenue un paradigme dans la recherche de la sécurité absolue et du risque zéro comme tenant lieu de désir. Sud santé sociaux, avec de nombreux autres acteurs ici présents à travers plusieurs associations et collectifs, tente de mettre en œuvre une résistance au délitement du dispositif de soin en psychiatrie.

En ce qui concerne la psychiatrie artisanale, nous avons accompagné son développement dans le cadre de la politique de secteur sur la dynamique de la psychothérapie institutionnelle et de la psychanalyse. Elle lie médecine et philosophie, sociologie et psychologie.

Elle nécessite un cadre politique orienté vers le développement de systèmes socialisés respectant la personne et ouverts à la création.

C'est un choix politique totalement différent, fondamentalement opposé à la politique d'industrialisation.

La psychiatrie artisanale se déploie dans un monde de rencontres, où le hasard y est une aventure et le collectif une ressource. Un monde complexe dont la richesse vient de la communauté de singularités et la différence de l'autre un apport pour sa propre identité.

Nous en appelons à la création de lieux, de groupes de résistance, transverses, mêlant professionnels et usagers, comme « Mais c'est un homme », nous appuyant sur les travaux d'autres groupes comme les collectifs « Contre les politiques de la peur », le Comité Liberté Égalité Justice, nous inspirant des initiatives et des luttes comme celle menées à Toulouse en fin d'année dernière exprimant le refus de la maltraitance institutionnelle.

On peut passivement laisser l'autoritarisme venir corseter nos pratiques et réduire notre pensée dans une psychiatrie industrielle ou se revendiquer d'une psychiatrie artisanale militante.

Ne rien faire c'est faire le choix de la mise en place d'une politique et de pratiques déshumanisées, ce n'est pas le notre.

Le Fichage en psychiatrie par Amaury MARECAUX, psychologue

Bonjour, je suis psychologue dans un service psychiatrique adulte et je viens vous parler de la question du fichage dans le domaine du soin psychique aujourd'hui. En effet, depuis un certain nombre d'années j'assiste en tant que professionnel à un développement sous différentes formes de ce que l'on peut assimiler à un fichage, d'une part des personnes venant consultées (constitution de bases de données informatisées) et d'autre part à un fichage des pratiques professionnelles (par la production de protocoles ou procédures toujours plus pesant, voulant imposer certaines pratiques jugées les plus rentables).

Pour ce soir, je limiterai mon propos au 1er aspect (le fichage des personnes).

D'abord, concrètement en quoi consiste ce que j'appelle le « fichage des personnes » ?

Jusqu'à il y a peu, chaque personne franchissant la porte d'un Centre de consultation Médico Psychologique (CMP) était sensé donner son nom, prénom, date de naissance, adresse et/ou un numéro de téléphone où il peut être joint, jusque là rien de plus commun. Ces informations sont alors notées dans un dossier papier, dûment rangé sous clé et alarme. Une possibilité d'anonymat est aussi laissée et surtout ces données n'étaient transmises nulle part. Signalons aussi que les personnes qui poussent la porte d'un CMP c'est nous tous, puisque statistiquement 1 personne / 2 au cours de sa vie franchira au moins une fois la porte d'un CMP.

Depuis quelques années (*obligatoire depuis le 1er janvier 2007 : arrêté du 29 juin 2006 sur le RIMpsy*), les choses ont tendance à changer : d'une part des informations administratives supplémentaires sont demandées (ex : nationalité, mutuelle, carte de sécu etc.), mais aussi d'autre part, des informations médicales doivent être enregistrer de façon impérative (sous peine théoriquement d'amende !), notamment une cotation diagnostic sur des critères d'adaptation comportementale (classification CIM 10, échelle de dépendance AVQ). Soulignons que ces évaluations ont l'inconvénient de ramener l'individu à ses capacités d'adaptation à son environnement et aux normes sociales.

Et encore, il faut aussi signaler que cette inflation dans le renseignement des fiches informatisées n'est pas terminée, puisqu'on nous annonce pour très bientôt la mise en place du dossier médical personnalisé (DMP) informatisé, qui ajoutera encore un étage supplémentaire au renseignement informatique.

But(s) de ce fichage :

Pourquoi toute cette énergie et cet argent investis dans cette entreprise de fichage par ces temps d'économie ?

Et bien, le problème de ce type de fichage ce n'est pas seulement l'obligation d'empiler des données personnelles dans un logiciel, mais surtout le fait qu'elles doivent être envoyées électroniquement à des instances gestionnaires, afin que celles-ci puissent mettre en place une rémunération à l'acte en psychiatrie (la « T2A ») = projet de mode de financement pour la psychiatrie publique, qui encouragera les soignants à réaliser les actes les mieux rémunérés et à laisser de coté les autres, bref à devenir des traders de soins, un nouveau type de spéculation !

Motifs d'opposition :

Par ailleurs, au-delà des finalités de la constitution de ces bases de données, il y a aussi des motifs d'opposition à ce fichage informatique, j'en citerai 2 :

→ *Confidentialité des données transmises et leur devenir*

→ *Conséquences du fichage sur la relation soignant-soigné*

→ D'abord, la confidentialité :

(avis n°104 du 29 mai 2008 du CCNE : Comité Consultatif National d'Éthique)

« L'informatisation des données personnelles de santé présente un « risque d'atteinte aux libertés individuelles, notamment au profit d'organismes financiers, administratifs ou assurantiels ». Ce risque d'interconnexion et de subtilisation a été depuis confirmé par plusieurs affaires de piratage à grande échelle : en Allemagne et aux États-Unis ou encore par l'autorisation d'accès à certaines données de la Caisse Nationale d'Assurance Maladie accordée aux mutuelles.

De toutes les façons, « en dépit des précautions prises, des possibilités de piratage existeront toujours ». Ces possibilités « de fuite » étant sans commune mesure d'avec celle du support papier, qui demanderait de recruter une véritable armée de cambrioleurs-espions lancée à l'assaut des différents locaux d'archives hospitalières, alors qu'avec le support informatique une récolte énorme d'informations peut se faire par une personne à distance et en quelques clics !

=> Tout cela devrait impliquer que l'informatisation des données médicales relève d'une démarche volontaire et ne soit pas imposée. Surtout que la loi « Informatique et libertés » de 1978 exige que chaque personne soit informée de ce recueil, des finalités de ce recueil, ainsi que de leur droit d'opposition à celui-ci. Tout ceci n'est pas pris en compte par l'administration !

→ Conséquences sur la relation soignant-soigné :

L'obligation faite à chaque praticien d'attribuer un code diagnostique pose des problèmes éthiques :

D'abord, cet étiquetage ouvre la voie à toutes les simplifications et stigmatisations, y compris au sein des structures de soins avec l'aménagement d'unité spécialisée notamment pour les patients étiquetés les plus difficiles...

Ensuite, cet écart par rapport au secret professionnel est de nature à compromettre la confidentialité et la confiance, bases de la relation thérapeutique.

Enfin, de façon plus générale, que penser d'une rencontre où le soignant, parasité par l'obligation de cocher les cases qui rapportent le plus, se retrouverait coller à son écran d'ordinateur plutôt que tourner vers son patient, seule réalité qui « compte ».

En résumé, l'irruption du support informatique implique des dangers nouveaux et donc des vigilances nouvelles. Au-delà des risques pour la confidentialité des informations, ces bases de données peuvent constituer en cas de mise en place effective de la tarification à l'activité (T2A), des instruments de discrimination et de stigmatisation dans l'accès aux soins.

Plus largement, ces bases de données informatiques sont présentées comme des outils positifs pour la gestion hospitalière (T2A) et aussi pour le soin (DMP), alors qu'elles ne sont en vérité que des instruments venant s'interposer entre le soignant et la personne accueillie. En « fichant », on « fige », c'est à dire on enferme l'autre dans sa fiche, sous son étiquette !

Il est important donc de réagir face à cette évolution de notre système de santé qui s'annonce et dont j'ai tenté ici, à grands traits, de dégager quelques axes.

D'ailleurs, pour finir je tiens à vous signaler qu'un certain nombre de personnes se mobilisent, afin d'informer le grand public de ces enjeux et aussi de promouvoir le droit d'opposition au recueil informatique concernant ses données personnelles, dont dispose chaque citoyen selon la loi de 1978.

Pour ceux que cela intéresse => <http://delis.smra.free.fr>

Je vous remercie.