

**Association Des Etablissements participant au service public de Santé Mentale (ADESM),
Association Française des Directeurs de Soins (AFDS),
Association Française de Psychiatrie (AFP)
Comité d'Action Syndicale pour la Psychiatrie (CASP)
Collège de Recherche et d'Information Multidisciplinaire en Criminologie de l'Université de Poitiers
(CRIMCUP)
Comité d'Etudes des Formations Infirmières et des pratiques en Psychiatrie (CEFI-PSY)
Conférence des Présidents des Commissions Médicales d'Etablissement des Centres Hospitaliers
Spécialisés,
Fédération Française de Psychiatrie (FFP)
Fédération Hospitalière de France (FHF),
Fédération Nationale des Associations d'(Ex) Patients en Psychiatrie (FNAP-Psy)
Intersyndicale de Défense de la Psychiatrie Publique (IDEPP)
Syndicat des Psychiatres Français (SPF)
Syndicat des Universitaires de Psychiatrie (SUP)
Union Nationale des Amis et FAMilles de Malades psychiques (UNAFAM)**

Paris, le 6 février 2006

Dossier de la Conférence de Presse

**« Monsieur le Ministre de l'Intérieur, Mesdames et Messieurs les élus,
les usagers et les professionnels ne peuvent accepter la confusion
entre maladie mentale et délinquance ! »**

Le mardi 6 février 2007 à 12h00

**au Méditel, salle du 1^{er} étage,
28 bd Pasteur - 75015 Paris.**

Métro : Pasteur, ligne 6 et ligne 12

Contact pour l'organisation de la conférence de presse commune :

Nicolas Péju, Directeur de la communication de la FHF, Tél. : 01 44 06 85 22, Email : n.peju@fhf.fr

Les contacts presse des différentes organisations participantes à la conférence de presse figurent à la fin du document.

Plan :

- I. Le contexte et les raisons de cette conférence de presse, pour demander le retrait des articles 18 à 24 du projet de loi prévention de la délinquance concernant les soins sans consentement en psychiatrie,
- II. Les principales propositions communes présentées par les organisations d'usagers et de professionnels de la psychiatrie, pour une nouvelle loi de santé publique, pilotée par le Ministère de la Santé,
- III. Les principales actions envisagées par les organisations, faute d'être entendues,
- IV. Liste des contacts presse des organisations participantes à la conférence de presse

I. Le contexte et les raisons de cette conférence de presse, pour demander le retrait des articles 18 à 24 du projet de loi prévention de la délinquance concernant les soins sans consentement en psychiatrie :

Depuis l'été 2006, les organisations d'usagers et professionnelles de la psychiatrie, avec le soutien de nombreuses instances de la société civile (conseil national de l'ordre des médecins, associations d'élus locaux), expliquent que les articles 18 à 24 du projet de loi de prévention de la délinquance sont gravement inadaptés aux questions posées par les soins sans consentement en psychiatrie. Les organisations d'usagers et professionnelles n'ont cessé de proposer une révision constructive et cohérente de l'ensemble des dispositions de la Loi du 27 juin 1990 sur les soins sans consentement en psychiatrie, sans séparer artificiellement donc dangereusement les hospitalisations en psychiatrie demandées par les autorités publiques (ce sur quoi porte exclusivement le projet de loi de prévention de la délinquance), et les hospitalisations consenties par les patients ou demandées par un proche. Par ailleurs, elles ont souligné à plusieurs reprises le caractère inadapté des dispositions inscrites dans le projet de loi sur les hospitalisations d'office aux objectifs poursuivis, tant du point de vue de la santé publique que des préoccupations de sécurité (substitution des maires aux préfets pour demander les hospitalisations d'office, constitution d'un fichier national de patients en psychiatrie pour prévenir les demandes de port d'armes issues de personnes ayant des antécédents, etc....).

Au mois de novembre dernier, le gouvernement et la majorité parlementaire en la personne de Jean-Michel Dubernard notamment, ont fait un pas vers les usagers et les professionnels en indiquant que ces questions de soins sans consentement en psychiatrie seraient détachées du projet de loi de la délinquance et inscrites dans une ordonnance à laquelle le gouvernement serait habilité par le parlement. Cette modalité dont il avait été annoncé qu'elle apportait un vecteur législatif approprié, car ouvrant enfin sur une possibilité d'approche globale et cohérente des soins sans consentement en psychiatrie, a été inscrite dans la loi d'habilitation à légiférer par ordonnance sur les professions de santé. Durant le mois de décembre et à un rythme soutenu, les organisations d'usagers et de professionnels ont répondu à l'invitation gouvernementale d'un travail approfondi et cohérent pour l'élaboration du contenu de l'ordonnance annoncée. Elles sont parvenues à des propositions unanimes dont le gouvernement a été destinataire avant la fin de l'année, témoignant de leur mobilisation constructive. Mais le 25 janvier, le Conseil Constitutionnel a censuré la loi d'habilitation et a donc privé le gouvernement de la solution qu'il avait énoncée pour trouver une issue. Depuis, plusieurs parlementaires de la majorité se sont exprimés pour le maintien en l'état des dispositions du projet de loi aux articles 18 à 24, témoignant ainsi d'une profonde indifférence pour le million et demi de français et de françaises qui recourent chaque année à des soins en psychiatrie, sans pour autant pouvoir être assimilés à des délinquants potentiels. Depuis le 25 janvier, le gouvernement est resté silencieux devant la demande des organisations d'usagers et de professionnels de la psychiatrie de tirer les conséquences de la décision du Conseil Constitutionnel, à savoir le retrait des articles 18 à 24 d'une part, et l'inscription à la prochaine session parlementaire d'un projet de loi de rénovation des dispositions de la Loi de 1990 d'autre part. Ce sujet appelle un travail législatif serein et de qualité, quelle que soit la nouvelle majorité parlementaire qui sera issue des prochaines élections.

Faute de pouvoir être entendues à la suite de la conférence de presse du 6 février, les organisations d'usagers et professionnelles de la psychiatrie envisagent de nombreuses actions de mobilisation pour expliquer à tous les français combien leurs libertés publiques et la santé publique sont menacées, sans pour autant faire véritablement progresser leur sécurité.

II. Les principales propositions communes présentées par les organisations d'usagers et de professionnels de la psychiatrie, pour une nouvelle loi de santé publique, pilotée par le Ministère de la Santé,

Il y a lieu préalablement d'exposer que la loi du 27 juin 1990 qui porte sur l'ensemble des soins en psychiatrie, en hospitalisation libre, à la demande d'un tiers, ou à la demande des autorités (d'office), avait judicieusement prévu qu'il serait nécessaire de la réviser dans un délai de 10 ans. Depuis, de nombreux rapports ont été remis au Ministère pour apporter des propositions de réponse à des questions importantes, comme par exemple la gestion des hospitalisations à la demande d'un tiers, qui sont nécessaires lorsque le patient n'est pas en mesure de demander des soins par et pour lui-même, sans pour autant que cela ne relève de la compétence du Préfet. En effet, l'hospitalisation d'office suppose un trouble grave à l'ordre public. La difficulté se présente donc lorsque ni le trouble grave à l'ordre public, ni le consentement du sujet, ni un tiers ne sont précisément identifiables. La difficulté de fond du projet de loi de prévention de la délinquance est qu'il estime pouvoir établir un clivage entre l'hospitalisation d'office pour troubles graves à l'ordre public (il ne traite que de cet aspect), et les autres formes d'hospitalisation, alors que l'expérience vécue par de nombreux usagers comme les professionnels est qu'il s'agit d'un continuum : si le premier accès aux soins intervient parfois dans le cadre d'un recours aux autorités, ensuite les proches peuvent intervenir voire, le patient peut rapidement consentir aux soins de lui-même. Ce sont les raisons pour lesquelles les positions réunies ci-après :

- Dépassent, en l'englobant, le seul périmètre des articles 18 à 24 du projet de loi de prévention de la délinquance (points figurant au A),
- Enoncent des positions parfois radicalement différentes du projet de loi (points figurant notamment au B), dont il convient de rappeler qu'il n'a fait l'objet d'aucune concertation préalable ni d'aucun accord de quelque organisation concernée que ce soit (patients, professionnels, élus). Au point E, sont rappelés des propositions essentielles sur des sujets éludés par le projet de loi de prévention de la délinquance, alors qu'ils sont déterminants pour la sécurité de tous : ils concernent en effet les responsabilités des forces de l'ordre et de la pénitentiaire en complément de l'intervention des soignants dans les situations difficiles.
- Ces positions ont été portées à la connaissance du Ministère de la Santé et de la Justice, dans le cadre des travaux qu'ils ont ouverts et des questions qu'ils ont posées, pour préparer le projet d'ordonnance qui aujourd'hui n'est plus à l'ordre du jour, compte-tenu de la décision de censure du Conseil Constitutionnel (réunions du 23 novembre et du 13 décembre).

A. SOINS SANS POSSIBILITE DE CONSENTEMENT SUR DEMANDE D'UN TIERS

1)° Rôle du tiers

La proposition des organisations participant à la conférence de presse est de :

- compléter la définition du tiers qui serait : « *Toute personne ayant avec le malade des relations personnelles antérieures à la demande de soins sans possibilité de consentement* » pour se conformer à la jurisprudence. Cet ajout rend inutile la mention de la « *personne de confiance* » au sens de la loi du 4 mars 2002 ;
- clarifier la demande faite par le tiers afin de ne pas le mettre en difficulté par rapport à la personne pour laquelle le soin est demandé. Dans ces conditions, il ne s'agirait plus d'une demande « *d'hospitalisation sans consentement* » mais d'une demande « *de soins au bénéfice d'une personne qui n'est pas en*

capacité de consentir aux soins ». Le tiers serait informé de la nécessité d'une mise en observation hospitalière pour confirmer la nécessité des soins, le cas échéant, leur caractère contraint et leurs modalités. Le demandeur ne serait donc plus comme actuellement le demandeur d'une hospitalisation sans consentement mais d'un soin.

En tout état de cause, il reviendrait ensuite aux seuls professionnels de santé de se prononcer sur la pertinence du soin et de son caractère contraint.

Le tiers conserve son rôle : il veille au respect des droits du patient et peut demander la levée de l'obligation de soins.

2°) Procédure en l'absence de tiers

Le défaut de tiers correspond à deux situations : l'isolement de la personne concernée, l'absence d'accord d'une personne répondant à la qualité de tiers pour signer la demande de soins.

Les organisations ont souligné que la mise en application de cette procédure devait rester exceptionnelle; le consentement de la personne aux soins devant être systématiquement recherché. A défaut, la nécessité de rechercher un tiers incombe à l'établissement de santé. Celui-ci doit pouvoir faire la preuve, par tous moyens, de la recherche du tiers, les démarches entreprises précisant les personnes contactées. Ces informations seraient mentionnées dans le dossier médical.

Quelle procédure quand les conditions susmentionnées ne sont pas réunies ? : La proposition du ministère de la justice – en l'absence de tiers, admission d'une personne en soins contraints sur la base d'une décision du directeur de l'établissement de santé au vu d'un certificat médical.- a recueilli l'accord des organisations.

En contrepartie, il convient d'organiser une vigilance spécifique sur les cas de recours à cette procédure dérogatoire, ce rôle étant rempli par la commission départementale des hospitalisations psychiatriques (CDHP). Le procureur de la République serait également informé. Les droits de la personne malade en matière de recours lui seraient notifiés. La nécessité d'un second certificat médical ne paraît pas représenter une garantie complémentaire.

A tout moment, il faut laisser la possibilité qu'un tiers se déclare et requalifier alors la procédure en procédure de droit commun.

3°) Décision d'admission en soins sans possibilité de consentement et sur demande d'un tiers (nombre de certificats et auteurs)

Les organisations participantes à la conférence de presse proposent, du fait de leur pragmatisme et des réalités de terrain de la démographie médicale, une admission fondée sur un seul certificat médical initial. Le praticien auteur de ce certificat serait un spécialiste, pouvant éventuellement appartenir à l'établissement d'accueil, ou, le cas échéant, un médecin généraliste.

4°) Les premières soixante-douze heures de soins sans possibilité de consentement et sur demande d'un tiers

Un accord des organisations s'est dégagé en faveur :

- de l'entrée dans le dispositif de soins sous la forme d'une hospitalisation complète initiale de 72 heures au plus et à laquelle il peut être mis fin à tout moment ;
- de la nécessité dans ces soixante douze heures, si la pertinence du soin contraint est attestée, de déterminer la modalité de soins la plus appropriée.

Le rythme des certificats médicaux (un certificat d'admission, un certificat à 24 heures, un certificat à 72 heures) réunit le consensus des organisations.

5°) Les soins en ambulatoire

Les organisations se sont déclarées favorables au principe d'une déconnexion des modalités du soin de l'obligation de soins et de la possibilité d'ordonner des soins en ambulatoire.

Afin de simplifier les procédures, la majorité des organisations a proposé que les modalités de prise en charge (hospitalisation complète, partielle ou soins ambulatoires) soient indiquées dans un document distinct des certificats légaux, ces modalités pouvant cependant être révisées à tout moment.

Les organisations participantes à la conférence de presse se sont accordées sur le fait que les modalités de soins devraient être révisables tous les 3 mois avec une évaluation approfondie au terme d'un an. Elle s'effectuerait dans le cadre d'une consultation spécifique approfondie, le cas échéant dans le cadre d'une hospitalisation de 72 heures maximum.

En cas de non-observance des soins sans consentement ambulatoires ou à temps partiel, la procédure appliquée aux sorties non autorisées en cours d'hospitalisation sans consentement doit s'appliquer, c'est-à-dire signalement de la situation aux autorités de police.

6°) Les sorties d'essai

Les organisations considèrent que soins ambulatoires et sortie d'essai ne sont pas redondants. Les sorties d'essai seraient transformées en essais de sortie limités à une période de 3 mois renouvelable 1 fois.

B – SOINS SANS CONSENTEMENT D'OFFICE

Les organisations participantes à la conférence de presse ont demandé que les termes de « soins sans consentement d'office » utilisés dans le document de travail du ministère de la santé et du ministère de la justice soient remplacés par l'appellation : « soins sans possibilité de consentement et sur demande de l'autorité publique », moins stigmatisante et plus explicite.

Au-delà, les organisations ont souligné le fait que leur opposition au projet de loi délinquance n'était pas seulement formelle et ne se limitait pas à un problème de véhicule législatif, mais qu'elle traduisait également une contestation sur le fond sur les articles 18 à 24.

1°) Rôles respectifs du maire et du préfet dans la décision initiale de soins sans possibilité de consentement et décidée d'office

La proposition du projet de loi de prévention de la délinquance visant à confier aux maires une compétence de droit commun en matière de soins sans consentement sur demande de l'autorité publique est rejetée à l'unanimité par les organisations participantes à la conférence de presse. Elles proposent le maintien du dispositif actuel à savoir :

- La possibilité pour le maire, en cas d'urgence, de prendre des mesures provisoires ;
- Le prononcé de la décision de soins sur demande de l'autorité publique prise par le préfet.

Les organisations participantes à la conférence de presse soulignent que l'Association des Maires de France a fait part également de ses réserves sur le projet de loi de prévention de la délinquance.

Il est patent que :

- Le maire est placé en difficulté dans des petites communes, nombreuses, où chacun connaît chacun,
- La responsabilité d'une compétence en urgence (actuelle) ou d'une compétence de droit commun (le projet de loi de prévention de la délinquance), n'est pas comparable. Le maire se trouve ainsi exposé et enserré, alors qu'il n'est pas en charge de l'ordre public, à des contentieux de ses concitoyens à la fois du fait « d'internements abusifs » (responsabilité d'avoir pris une décision d'hospitalisation autoritaire), mais aussi « d'externements abusifs » (responsabilité de ne pas avoir pris de décision d'hospitalisation autoritaire).

2°) Les soixante-douze premières heures

Les organisations participantes à la conférence de presse se sont accordées sur :

- L'entrée dans le dispositif sous la forme d'une hospitalisation complète initiale de 72 heures au plus à laquelle il peut être mis fin à tout moment ;
- Le rythme des certificats médicaux, établis dans les vingt-quatre puis dans les soixante-douze heures suivant l'hospitalisation.

Les organisations participantes à la conférence de presse ont par ailleurs demandé la suppression du 2^{ème} alinéa de l'article L. 3213-2 (disposition du projet de loi particulièrement attentatoire à la liberté) relatif à la rétention du malade dans une « structure médicalement adaptée » en attente de l'hospitalisation d'office, introduit par le projet de loi relatif à la prévention de la délinquance.

3°) Les soins en ambulatoire les organisations participantes à la conférence de presse se déclarent en faveur des options suivantes :

Le principe d'une déconnexion des modalités de soin de l'obligation de soins et sur la possibilité d'ordonner des soins en ambulatoire, en hospitalisation partielle ou en hospitalisation complète ;

- Le rôle du préfet, chargé de prendre la décision d'autoriser la prise en charge en soins ambulatoires d'un patient en soins sans consentement sur demande de l'autorité publique, au vu d'un certificat médical précisant notamment les modalités de prise en charge souhaitables. Le préfet n'est évidemment pas tenu par l'avis médical.
- La réquisition de la force publique par le préfet pour placer en hospitalisation complète les patients en soins sans consentement ambulatoires en cas de non-observation des prescriptions médicales.

4°) Les sorties d'essai et les soins ambulatoires

Les organisations participantes à la conférence de presse se sont accordées en faveur de la coexistence des deux dispositifs dans les conditions suivantes :

- Les sorties d'essai sont en fait des « essais de sortie d'hospitalisation » et doivent être désignées comme telles, leur but étant de s'assurer que l'état du patient lui permet de vivre en dehors de l'établissement et/ou qu'il est apte à bénéficier de soins en ambulatoire.
- La sortie d'essai ne constitue pas un passage obligé vers des soins en ambulatoire ;
- Compte tenu de la nécessité, suite à une hospitalisation, de suivre régulièrement le patient notamment dans les 20 semaines qui suivent, la durée de la sortie d'essai devrait être limitée à 3 mois, renouvelable une fois
- Comme à l'heure actuelle, et comme pour les soins ambulatoires, l'autorisation de sortie d'essai serait accordée par le préfet. Les autres autorités (maires, procureurs..) seraient informées.

5°) Le traitement national des données relatives aux hospitalisations d'office

Les organisations participantes à la conférence de presse ont toutes estimé qu'elles n'étaient pas prêtes à accepter le principe d'un traitement national, dans un objectif sécuritaire affirmé posant de sérieuses questions de libertés publiques et de garanties de celles-ci.

Elles ont souligné la confusion entre dangerosité et maladie mentale qui sous-tend la création du traitement alors même que l'hospitalisation d'office est révélatrice d'un besoin de soins et non d'une dangerosité. La

sélection des patients ayant relevé d'une procédure d'hospitalisation d'office ne répondra pas à la préoccupation du ministère de l'intérieur y compris pour la gestion des demandes d'autorisation d'armes à feu. **A ce sujet, les organisations participantes à la conférence de presse ont proposé aux ministères sans être entendues jusqu'à présent d'introduire une logique de prévention beaucoup plus globale et efficace, sans stigmatisation malvenue des troubles psychiques : Toute demande de détention d'arme, ou toute demande de renouvellement quel que soit la qualité du demandeur, pourrait être subordonnée à une expertise médicale et amener la constitution d'un fichier des armes en circulation dans le pays et de leurs détenteurs. La notion d'arme pourrait d'ailleurs être entendue au sens large, comme les chiens particulièrement dangereux, qui ont amené des accidents mortels avérés.**

6°) Etanchéité des procédures à la demande d'un tiers (ex-HDT) et à la demande de l'autorité publique (ex-HO)

Les organisations participantes à la conférence de presse ont demandé à l'unanimité que le clivage entre l'hospitalisation d'office et l'hospitalisation à la demande d'un tiers, prévu par l'article 20 du projet de loi de prévention de la délinquance soit supprimé, considérant qu'il s'agit bien souvent des mêmes patients qui, en fonction de l'évolution de leur pathologie et du contexte, sont pris en charge en hospitalisation libre ou en hospitalisation sans consentement, tantôt d'office, tantôt à la demande du tiers. **Du coup, le clivage introduit par le projet de loi est profondément contre-productif, puisqu'il intervient en obstacle à l'acceptation des soins, souvent progressive.**

Pour les organisations participantes à la conférence de presse, il s'agit d'écrire un nouveau projet de loi de santé publique unique, dont l'existence de passerelles entre ces deux procédures permettra d'organiser la cohérence. L'absence de passerelles entre les deux procédures dans le projet de loi de prévention de la délinquance paraît très préjudiciable à la qualité de prise en charge des patients. Alors même que l'évolution parfois très rapide des situations cliniques au cours d'un même épisode peut amener le praticien à faire survenir une évolution, par exemple, la procédure d'office en demande d'un tiers.

C – COMMISSION DEPARTEMENTALE DES HOSPITALISATIONS PSYCHIATRIQUES (CDHP)

Pour toutes les organisations participantes à la conférence de presse, l'équilibre de la réforme de la loi de 1990 ne peut être atteint que moyennant un renforcement du rôle de la CDHP, garante du respect des libertés individuelles.

Les organisations participantes à la conférence de presse ont proposé les positions suivantes :

- En contrepartie de la possibilité d'une procédure en l'absence de tiers sur décision médicale, le rôle de la CDHP serait renforcé dans le sens d'une intervention possible de l'autorité judiciaire sur sa demande,
- Pour assurer son efficacité, il a été demandé un renforcement des moyens de la CDHP par la création d'un secrétariat permanent géré soit par les services déconcentrés du ministère de la santé soit par ceux de la justice en fonction de la présidence de la CDHP.
- Cibler le champ d'intervention des CDHP pour assurer leur efficacité (procédure en l'absence de tiers, toute demande d'intervention des personnes concernées, pour les autres dossiers : contrôle non-exhaustif mais par exemple tirage au sort).
- En ce qui concerne la composition de la commission, il est indispensable de maintenir deux psychiatres ; la réduction du nombre de psychiatres suggérée par le rapport IGAS, pour des raisons de démographie, a été rejetée au motif qu'il était important de préserver la possibilité d'un débat entre professionnels de santé sur les aspects cliniques.

D – L'HOSPITALISATION SANS CONSENTEMENT EN ETABLISSEMENT PRIVE A BUT LUCRATIF

Les organisations participantes à la conférence de presse se sont accordées sur le maintien de la situation actuelle, c'est-à-dire l'habilitation par le préfet de tout établissement accueillant des patients ayant des troubles psychiques. De ce fait, ils ressortissent quasi-uniquement du statut public ou participant au service public hospitalier, évitant tout conflit d'intérêt entre les orientations cliniques et les enjeux économiques.

E– LES TRANSPORTS

Compte tenu de la nature des difficultés mises en exergue, et de la demande de l'intervention des forces de police dans certaines circonstances, les organisations participant à la conférence de presse estiment que la circulaire initialement prévue par les pouvoirs publics apparaît comme un vecteur juridique insuffisant pour apporter les évolutions souhaitées : les organisations proposent une convention-type départementale définie par arrêté ministériel et mise en place dans chaque département sous l'autorité du préfet : il s'agit en effet de définir en complément de l'intervention du personnel soignant, les conditions d'intervention de la police, de la pénitentiaire parfois, des ambulanciers privés, des pompiers parfois. La circulaire en cours de rédaction à l'issue d'un groupe de travail, présente en effet l'inconvénient d'organiser en effet une régulation exclusivement sanitaire des transports (à partir du rôle de régulation du centre 15 notamment), sans prendre en compte les responsabilités des forces de l'ordre pour la sécurisation des interventions. Les organisations participantes à la conférence de presse estime que ce sujet-clé requiert une approche plus large de la question, intégrant les transports entre Unités pour malades difficiles (UMD)/prisons/centres hospitaliers/futures Unités d'hospitalisation spécialement aménagées (UHSA). Les organisations participantes à la conférence de presse demandent également à être concertées –à ce jour elles ne le sont pas- sur le projet de décret réformant les gardes et les escortes, qui a pour objectif principal le transfert d'escortes de la police vers la pénitentiaire, alors que cette mission appelle un examen tripartite Santé/Justice/Intérieur, pour la sécurité desdits transferts et des soignants appelés à connaître de ces situations.

III. Les principales actions envisagées par les organisations participantes, faute d'être entendues :

La demande des organisations participantes est désormais le retrait des articles 18 à 24 du projet de loi de prévention de la délinquance, pour que ce dossier soit repris dans sa globalité dans une loi de santé publique après les élections, quelle que soit la nouvelle majorité. Le haut niveau de consensus dont témoignent les positions établies conjointement au mois de novembre et de décembre 2006 est le témoignage du réalisme de cette option. Si le gouvernement ne donnait pas suite à cette proposition, les organisations participantes n'auraient d'autre choix que de faire connaître largement leur désaccord aux Françaises et aux Français, qui sont nombreux à recourir à des soins psychiatriques et qui feront partager cette vision à leurs proches, ainsi qu'aux professionnels de santé, nombreux à s'accorder sur le caractère irrecevable des options du projet de loi de prévention de la délinquance.

Cette sensibilisation de l'opinion publique résultera à la fois :

- Des suites immédiates de la conférence de presse,
- De rassemblements publics, à proximité de lieux fortement symboliques,
- De l'affichage et de la diffusion, dans tous lieux de consultation publics et privés d'une affiche (ci-après),
- De l'adoption par l'ensemble des psychiatres en exercice de cachets (tampons encreurs), dénonçant sur leurs documents de toute nature leur désaccord avec Monsieur le Ministre de l'Intérieur,
- D'un premier mot d'ordre de grève fixé le 13 février pour l'ensemble des psychiatres de service public
- D'autres actions encore en cours d'élaboration.

(Projet d'affichette pour affichage et distribution dans les cabinets de consultation hospitaliers et libéraux)

**Vous avez raison,
Le Ministre de l'Intérieur se trompe en pensant pouvoir agir seul !**

VOUS pensez que vous avez besoin de vous faire aider dans vos difficultés,

Vous avez confiance en votre médecin, généraliste ou psychiatre, pour vous aider à surmonter un moment douloureux ou des tensions intérieures très vives,
Vous avez pris cette décision de consulter pour ces troubles, ce qui n'était pas si facile,
Vous avez peut-être été aidé à le faire par des proches, par des parents, qui vous aiment et veulent que vous soyez réconcilié avec vous-même et avec les autres,
Vous savez que la santé physique et morale est la première des sécurités, la votre comme celle de votre entourage,
Vous savez en votre for intérieur que vous ne ressemblez en rien à un délinquant en puissance,

IL va fragiliser gravement le travail peu spectaculaire et délicat des soignants en introduisant un amalgame dangereux et stigmatisant entre troubles psychiques et criminalité, dans les articles 18 à 24 de sa loi de prévention de la délinquance.

Il n'a entendu aucun des désaccords exprimés, à commencer par celui du Conseil National de l'Ordre des Médecins, qui estime que ce texte comporte « une violation grave des droits à la vie privée et à l'intimité des patients »,

Il ne comprend pas que cette confusion entre maladie et délinquance est gravement contre-productive pour la sécurité de tous, car elle risque de détourner des soins les personnes les plus fragiles ou les plus suggestibles,

IL ne tient qu'à **VOUS** de faire savoir à vos parents
et à vos amis votre profond désaccord

IV. Liste des contacts presse des organisations participantes

Dr Olivier BOITARD
Président de l'Union Syndicale de la Psychiatrie (CASP)
Tél 03 44 77 50 17

Pr Thierry BOUGEROL
Syndicat Universitaire de Psychiatrie(CASP)
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 Pierre FARAGGI
Président Syndicat des Psychiatres des Hôpitaux (CASP)
Tél 05 56 76 52 94

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

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

M. Michel LAUDREN
Délégué Régional chargé de la psychiatrie – Association Française des Directeurs de Soins (AFDS)
Tél 02 41 80 79 41

Dr Eric MALAPERT
Président du Syndicat des Psychiatres d'Exercice Public (IDEPP)
Tél 01 69 25 42 00

Dr Jean-Charles PASCAL
Président de la Fédération Française de Psychiatrie (FFP)
Tél 01 46 74 31 12

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

M. Bernard RAYNAL
Président de l'Association Des Etablissements participant au service public de Santé Mentale
(ADESM)
Tél 02 99 33 39 33

Dr Roger SALBREUX
Président de l'Association Française de Psychiatrie
Tél 01 55 30 13 39

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

Pierre STAEL
Président du Syndicat des Psychiatres Français
01 42 71 41 11

Dr Norbert SKURNIK
Président du Syndicat des Psychiatres de Secteur (IDEPP)
Tél 01 44 64 30 50

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