



ADVOCACY-FRANCE

5, Place des Fêtes

75019 PARIS

Tél: 01 45 32 22 35/02 97 53 84 58/06 33 13 73 38

siege@advocacyfrance.fr

www.advocacy.fr

Paris, le 19 mars 2017

CONVENTION DE L'ONU RELATIVE AUX

DROITS DES PERSONNES HANDICAPÉES

Article 14 - Liberté et sécurité de la personne

« 1. Les États Parties veillent à ce que les personnes handicapées, sur la base de l'égalité avec les autres :

a) Jouissent du droit à la liberté et à la sûreté de leur personne ;

b) Ne soient pas privées de leur liberté de façon illégale ou arbitraire ; ils veillent en outre à ce que toute privation de liberté soit conforme à la loi et à ce qu'en aucun cas l'existence d'un handicap ne justifie une privation de liberté.

2. Les États Parties veillent à ce que les personnes handicapées, si elles sont privées de leur liberté à l'issue d'une quelconque procédure, aient droit, sur la base de l'égalité avec les autres, aux garanties prévues par le droit international des droits de l'homme et soient traitées conformément aux buts et principes de la présente Convention, y compris en bénéficiant d'aménagements raisonnables. »

Cette note est destinée à faire réfléchir aux meilleurs moyens d'atteindre l'application de la Convention de l'ONU en France aux personnes en situation de handicap psychique, et notamment son article 14. Le chemin pour arriver à cette application sera longue et parfois ardue, mais il serait temps de nous ouvrir en France à une conception de cette « liberté et sécurité » plus évoluée et respectueuse des droits de l'homme. Plusieurs aspects inhérents à l'article 14 et la révision du droit français pour l'intégrer méritent une réflexion profonde.

Le Comité des droits des personnes handicapées de l'ONU a déjà consacré beaucoup de temps et d'efforts à conseiller les Etats sur la mise en œuvre de l'article 12¹, et plus récemment cet article 14².

¹ L'Observation Générale n° 1 du Comité de l'ONU sur l'article 12 - Reconnaissance de la personnalité juridique dans des conditions d'égalité, voir la version française ici : <https://documents-dds-ny.un.org/doc/UNDOC/GEN/G14/031/21/PDF/G1403121.pdf?OpenElement>

² Comité des Droits des Personnes Handicapées de l'ONU, Lignes Directrices de l'article Art 14 de la Convention relative aux Droits des Personnes Handicapées : le droit des personnes handicapées à la liberté et à la sécurité, septembre 2015, (version anglaise seulement disponible ici et traduction effectuée pour les besoins de cette Note) : <http://www.ohchr.org/Documents/HRBodies/CRPD/GC/GuidelinesArticle14.doc>

Ces lignes directrices et observations ne peuvent passer sous silence et nous intéressent au plus haut point. Comme nous le savons, ces deux articles sont étroitement liés.

C'est pour cela qu'il nous semble utile de rappeler certaines bases et principes de ces instruments du Comité de l'ONU et quelques pistes de réflexion. Les questions sur l'article 14 soulevées dans le rapport de l'IDA (International Disability Alliance) : « *Document d'orientation et de l'usage effectif des mécanismes Internationaux de contrôle et de suivi des droits de l'homme pour la protection des droits des personnes handicapées* » nous semblent également bien pertinentes.

Bases de cette liberté et sécurité

En application des articles 14, 17 et 25 de la Convention, les personnes handicapées doivent jouir de leur liberté, de leur intégrité physique et mentale et ont le droit de consentir aux soins sur une base égale aux autres.

En ce qui concerne l'article 14, les Lignes Directrices sur sa mise en œuvre adoptées par le Comité des droits des personnes handicapées de l'ONU sont claires et précisent bien que :

« L'hospitalisation sans consentement de personnes handicapées pour des raisons de santé est en contradiction avec l'interdiction totale de priver de liberté des personnes sur la base d'un handicap (article 14(1)(b)) et le principe du consentement libre et éclairé de la personne à des soins de santé (article 25) ».³

L'Observation Générale n° 1 du Comité de l'ONU sur l'article 12 précisait déjà que :

« Les États parties doivent abolir les politiques et abroger les dispositions législatives qui autorisent ou prévoient un traitement de force, car il s'agit d'une violation autorisée par les lois sur la santé mentale dans le monde entier alors que des preuves empiriques indiquent qu'un tel traitement est inefficace et que les usagers des systèmes de santé mentale auxquels il a été administré déclarent que celui-ci leur a causé des souffrances et traumatismes profonds. Le Comité recommande aux États parties de faire en sorte que les décisions touchant l'intégrité physique ou mentale de la personne ne puissent être prises qu'avec le consentement libre et éclairé de la personne concernée. »⁴

Tout récemment, le Haut-Commissariat des Nations Unies aux droits de l'homme a émis son Rapport préliminaire sur la Santé Mentale et les Droits de l'homme⁵, expliquant que :

« Le placement forcé en institution viole le droit à la liberté et à la sécurité de la personne, par lesquelles on entend, respectivement, le non-enfermement physique et la protection contre les atteintes corporelles et psychologiques, ou l'intégrité corporelle et mentale. Il constitue une violation du droit de ne pas être soumis à la torture ou à d'autres formes de mauvais traitements, ni à l'exploitation, à la violence et à la

³ Op. cit, Lignes Directrice Art 14 CDPH, par 10

⁴ Op. cit, L'Observation Générale n° 1 du Comité de l'ONU sur l'article 12, par 42

⁵ Santé mentale et droits de l'homme, Rapport du Haut-Commissaire des Nations Unies aux droits de l'homme A/HRC/34/32, 31 January 2017, Par. 31, http://ap.ohchr.org/documents/dpage_e.aspx?si=A/HRC/34/32

*maltraitance, et du droit à la protection de l'intégrité de la personne. **Les États parties devraient abroger toute législation et retirer toute politique autorisant ou perpétuant le placement non consenti, notamment par la menace, et prévoir des recours utiles et des mesures de réparation pour les victimes** ».*

Ce rapport pointe aussi le « **traitement forcé : médication forcés, surmédication et pratiques préjudiciables au cours de la privation de liberté** » :

*« De nombreuses pratiques observées dans les établissements de santé mentale constituent également une violation des articles 15, 16 et 17 de la Convention relative aux droits des personnes handicapées. Le traitement forcé et d'autres pratiques préjudiciables, telles que la mise à l'isolement, la stérilisation forcée, l'utilisation de moyens de contention, la médication forcée et la surmédication (y compris toute médication administrée sous des prétextes fallacieux et sans informer des risques) constituent non seulement une violation du droit au consentement libre et éclairé, mais aussi une forme de mauvais traitements, voire de torture. Par conséquent, **le Comité des personnes handicapées affirme la nécessité de mettre fin à tous les traitements non consentis et d'adopter des mesures visant à ce que les services de santé, y compris les services de santé mentale, appliquent le principe du consentement libre et éclairé de la personne concernée. Il affirme également la nécessité de mettre fin à la mise à l'isolement et à l'utilisation de moyens de contention, aussi bien physiques que pharmacologiques.** »⁶*

Quant à ces pratiques en dehors des murs de l'hôpital, le Haut-Commissariat des Nations Unies aux droits de l'homme explique clairement le mois dernier que :

*« En dehors des institutions, **le recours à des ordonnances de traitement en milieu communautaire ou au traitement ambulatoire obligatoire, même lorsque celui-ci est dispensé dans la communauté, constitue une violation du droit à la liberté et à la sécurité de la personne, puisque ces mesures imposent un traitement sous la menace de la détention en cas de refus.** »*

Lien avec la capacité juridique

La sécurité et la liberté sont des droits étroitement liés à l'article 12 sur la capacité juridique :

*« Le Comité a déclaré à plusieurs reprises que les États doivent abroger des dispositions permettant l'hospitalisation sous contrainte des personnes handicapées dans des institutions psychiatriques en raison d'un handicap réel ou perçu. De surcroît, **l'hospitalisation sans consentement entraîne le déni de la capacité juridique de la personne de décider de ses propres soins, son traitement et de son admission ou non à l'hôpital ou à une autre institution, et est ainsi en violation à la fois de l'article 12 et de l'article 14** ».⁷*

L'Observation Générale n° 1 du Comité de l'ONU sur l'article 12 soulevait à quel point tous les articles de la Convention sont liés à la capacité juridique, qualifiant les lois permettant l'hospitalisation et les soins sans consentement de régimes discriminatoires de prise de décision substitutifs, désignant notamment les psychiatres :

*« Le droit de jouir du meilleur état de santé possible (art. 25) implique le droit à des soins de santé sur la base du consentement libre et éclairé. **Les États parties ont l'obligation d'exiger de tous les médecins et professionnels de la santé (y compris les psychiatres) qu'ils obtiennent le consentement libre et éclairé des personnes handicapées avant de les traiter. En relation avec le droit à la capacité juridique sur la base de l'égalité avec les autres, les États parties ont l'obligation de ne pas autoriser les régimes de prise de décisions substitutive pour l'expression de ce consentement.***

⁶ Op. cit, Rapport Santé Mentale et Droits de l'Homme du Haut-Commissaire des Nations Unies aux droits de l'homme, par. 33

⁷ Op. cit, Lignes Directrice Art 14 CDPH, par 15

L'ensemble des personnels sanitaires et médicaux devraient veiller à ce que les personnes handicapées soient consultées directement et de manière appropriée. Ils devraient aussi veiller, dans la mesure de leurs moyens, à ce que les personnes fournissant aux personnes handicapées une aide ou un accompagnement ne se substituent pas aux personnes handicapées dans la prise des décisions les concernant ni n'exercent une influence abusive sur ces décisions. »⁸

Alors ? Droit de décider, droit de consentir ou non, même et surtout en état de « crise »

Pour le Comité de l'ONU, les droits des personnes handicapées psychiques sont clairs.

« Comme le Comité l'a indiqué dans plusieurs observations finales, être traité contre son gré par des psychiatres et autres médecins et professionnels de la santé constitue une violation du droit à la reconnaissance de la personnalité juridique dans des conditions d'égalité et une atteinte au droit à l'intégrité de la personne (art. 17), au droit de ne pas être soumis à la torture (art. 15) et au droit de ne pas être soumis à l'exploitation, à la violence et à la maltraitance (art. 16). Une telle pratique constitue un déni de la capacité juridique d'une personne de choisir un traitement médical et constitue donc une violation de l'article 12 de la Convention. Les États parties doivent au contraire respecter la capacité juridique des personnes handicapées de prendre des décisions en tous temps, y compris dans les situations de crise ; ils doivent veiller à ce que des informations exactes et accessibles soient disponibles quant aux diverses options et à ce que des approches non médicales soient mises à disposition et ils doivent donner accès à un accompagnement indépendant. »⁹

Vers un état de droit idéal

Cet état de droit idéal pour les personnes en situation de handicap « psychosocial » auquel de plus en plus d'Etats tendent à aspirer ne peut se produire du jour au lendemain.

Mais on voit à quel point la loi française est loin de la marque, permettant l'hospitalisation et le traitement sous contrainte des personnes « handicapées psychiques » qui perdent leur capacité juridique à la demande d'un tiers, qui peuvent subir aussi bien la contention que l'isolement, et ce malgré les recommandations et les lignes directrices du Comité de l'ONU demandant aux Etats d'abroger les lois qui permettent ces pratiques et malgré les rapports d'instances internationales de contrôle.¹⁰

⁸ Op. cit, L'Observation Générale n° 1 du Comité de l'ONU sur l'article 12, par 41

⁹ Op. cit, L'Observation Générale n° 1 du Comité de l'ONU sur l'article 12, par 42

¹⁰ Observations finales du Comité contre la torture de l'ONU concernant le septième rapport périodique de la France, 10 juin 2016 ; Rapport « Isolement et contention dans les établissements de santé mentale » du 14 avril 2016 et Rapport d'activité 2015, Contrôleur général des lieux de privation de liberté parmi les plus récents

En France, les critères utilisés par la loi pour restreindre la liberté et l'intégrité d'une personne sont :

- une demande formulée par un tiers membre de la famille du malade ou une personne ayant un intérêt à agir (tuteur ou curateur) en cas de « *troubles mentaux rendent impossible le consentement du malade* » ou « *si son état impose des soins immédiats assortis d'une surveillance constante* ». Le « *risque grave d'atteinte à l'intégrité du patient* » devient un critère supplémentaire pour agir en urgence.
- une demande formulée par un tiers médecin extérieur à l'établissement où la personne est censée être hospitalisée « *en présence d'un péril imminent, c'est-à-dire en cas de danger immédiat pour la santé ou la vie du malade* », et « *s'il est impossible de recueillir une demande d'admission d'un tiers (tiers inconnu ou en cas de refus d'un membre de la famille de demander l'hospitalisation)* ».
- par le préfet, « *lorsque le malade compromet la sûreté des personnes ou porte gravement atteinte à l'ordre public, le préfet peut prononcer son hospitalisation, par arrêté, au vu du certificat médical d'un psychiatre* ».

Pour le Comité, ces pratiques de tiers décideurs sont discriminatoires et incompatibles avec l'article 14 constituant une privation de liberté arbitraire.¹¹

Depuis l'instauration de la loi de 2011, on assiste à une augmentation du recours à la contrainte psychiatrique¹². Les difficultés de gestion des structures hospitalières (restrictions des dépenses, notamment des personnels, pour développer des soins alternatifs dans la cité) peuvent être palliées par le recours à la contrainte, au détriment des droits, et du travail nécessaire pour soigner la personne selon sa volonté et ses préférences, et obtenir son consentement aux soins. L'appréciation de l'état du patient reste largement subjective, dans l'absence de lieux où les situations de crise puissent être évaluées, dénouées, c'est-à-dire en amont de l'hospitalisation (voir la disparition des centres de crise qui permettait d'éviter des hospitalisations longues et coûteuses et apportant une aide au droit de décider de son traitement). Comme le démontre le nombre de levées d'hospitalisation sous contrainte, parmi celles soumises au contrôle des Juge des libertés, ce dernier étant toujours très respectueux des avis médicaux, et qui s'élèvent pour **l'année 2014, à 5 699 mainlevées accordées**¹³. On observe que le nombre de recours à fin de mainlevée venant des patients ou de leur entourage sur des programmes de soins en cours est extrêmement faible, ce qui tend à prouver un déficit d'information des personnes subissant ces programmes de soins sur leurs voies de recours, et les difficultés à rendre opérationnelles ces voies de recours, sous traitements. Les programmes de soins ne connaissent pas de contrôles judiciaires obligatoires.

Sur « la capacité »

Le Comité rappelle qu'« *en vertu de l'article 12 de la Convention, une incapacité mentale réelle ou supposée ne saurait justifier le déni de la capacité juridique* »¹⁴ et donc le droit de décider de ses soins ou de son hospitalisation.

¹¹ Op. cit, Lignes Directrice Art 14 CDPH, par 8

¹² Les soins sans consentement en psychiatrie : bilan après quatre années de mise en oeuvre de la loi du 5 juillet 2011, Questions d'Economie de la Santé, numéro n°222, février 2017, IRDES (Institut de recherche et de documentation en économie de la santé)

¹³ 2015-07-28 (cm) Statistiques judiciaires sur les hospitalisations psychiatriques sans consentement en 2014

¹⁴ Op. cit, L'Observation Générale n° 1 du Comité de l'ONU sur l'article 12, par 13

Le Comité entre dans le détail soulevant « un amalgame » dans la plupart des rapports d'États parties que le Comité a examinés à ce jour « *entre les notions de capacité mentale et de capacité juridique, de sorte que, lorsque la capacité de décider d'une personne est jugée déficiente, souvent en raison d'un handicap cognitif ou psychosocial, sa capacité juridique de prendre une décision particulière lui est retirée. Cette décision est prise sur la seule base d'un diagnostic de déficience (approche fondée sur le statut), ou lorsqu'une personne prend une décision dont on considère les conséquences comme dommageables (approche fondée sur le résultat), ou encore lorsque la capacité de décider d'une personne est jugée insuffisante (approche fonctionnelle). L'approche fonctionnelle tente d'évaluer la capacité mentale et dénie la capacité juridique en conséquence. Elle consiste souvent à décider si une personne peut comprendre la nature et les conséquences d'une décision et/ou si elle peut utiliser ou apprécier les informations pertinentes. Cette approche doit être écartée pour deux raisons principales : a) elle est appliquée de manière discriminatoire aux personnes handicapées et b) elle présume que l'on peut évaluer avec exactitude le fonctionnement de l'esprit humain et, lorsque la personne concernée « ne passe pas le test », on lui dénie un droit de l'Homme fondamental – le droit à la reconnaissance de sa personnalité juridique dans des conditions d'égalité. Dans tous ces cas de figure, le handicap d'une personne et/ou son aptitude à décider sont considérés comme un motif légitime pour la priver de sa capacité juridique et limiter sa personnalité juridique. **L'article 12 n'autorise pas ce déni discriminatoire de la capacité juridique ; il exige qu'un accompagnement dans l'exercice de la capacité juridique soit fourni** ».¹⁵*

La réforme de la loi du 5 mars 2007 portant réforme de la protection juridique des majeurs, entrée en vigueur le 1er janvier 2008 procède à une discrimination par catégorisation des populations. Ainsi les mesures d'accompagnement sont réservées aux personnes en grande difficulté sociale, les personnes catégorisées par « des facultés personnelles altérées - cette altération peut toucher leurs facultés mentales et/ou leurs facultés corporelles et empêche l'expression de leur volonté » sont mise sous tutelle/curatelle cette dernière étant le plus souvent exercées comme une tutelle (faute de moyens et de formation des organismes gestionnaires). Ainsi ce n'est pas la situation dans laquelle se trouve la personne, ses besoins et ce que la personne elle-même souhaiterait comme solution qui sont pris en compte. A signaler le nombre réduit de personnes qui sortent de ce système, faute d'accompagnement d'une part, et de l'inexistence d'informations claires et disponibles quant à la manière de sortir du dispositif d'autre part.

Sur le « danger »

Le Comité a aussi systématiquement établi lors de ses observations finales qu'il est « *contraire à l'article 14 de permettre la privation de liberté de personnes handicapées en raison du danger perçu pour elles-mêmes ou pour des tiers. **Les mesures de détention sans consentement de personnes handicapées au motif du risque ou danger, besoin de soins ou de traitements ou d'autres raisons liées à des déficiences ou un diagnostic sont contraires au droit à la liberté et constituent une privation arbitraire de liberté** »*.¹⁶

¹⁵ Op. cit, L'Observation Générale n° 1 du Comité de l'ONU sur l'article 12, par 15

¹⁶ Op cit, Lignes Directrice Art 14 CDPH, par 13

Le Comité ajoute que :

« *Les personnes ayant un handicap intellectuel ou psychosocial sont souvent considérées un danger pour elles-mêmes ou les autres lorsqu'ils ne consentent pas et/ou résistent aux traitements médicamenteux ou thérapeutiques. **Toutes les personnes, y compris celles en situation de handicap, ont 'un devoir de ne pas nuire'**. Les régimes juridiques basés sur un état de droit disposent notamment de législation pénale pour répondre au manquement à cette obligation. On prive souvent les personnes handicapées d'une protection égale à celle des autres en appliquant un système distinct par le biais de lois sur la santé mentale et la psychiatrie. Ces lois et procédures n'offrent souvent pas la même protection en matière des droits de l'homme et notamment le droit à une procédure juste et un procès équitable, et sont incompatibles avec l'article 13 combinée à l'article 14 de la Convention* ».¹⁷

Enfin, le Comité nous rappelle que :

« *La liberté de faire ses propres choix telle qu'établie en tant que principe consacré à l'article 3(a) de la Convention comprend le droit de prendre des risques et de se tromper sur une base égale aux autres. Dans son Observation Générale n° 1, le Comité a précisé que **les décisions concernant les traitements médicaux et psychiatriques doivent se faire avec le consentement libre et éclairé de la personne concernée et respecter son autonomie, sa volonté et ses préférences**. La privation de liberté en raison d'une déficience ou un état de santé dans une institution psychiatrique qui prive les personnes handicapées de leur capacité juridique constitue aussi une violation de l'article 12 de la Convention* ».¹⁸

Le Comité critique la notion de dangerosité comme désignation a priori d'une caractéristique substantielle de la personne qui n'est pas, qui est même à l'opposé de la notion de situation qui prévaut dans la définition du handicap qui figure dans le préambule de la Convention.

Au niveau des mesures de rétention, le Comité a recommandé l'élimination du « ... système de mesures de sûreté pour les personnes handicapées qui sont déclarées irresponsables de leurs actes »¹⁹, « y compris les mesures de sécurité qui entraînent obligatoirement l'internement et le traitement médico-psychiatrique »²⁰ et s'inquiète de voir des mesures privant de liberté des personnes pour une période indéfinie et en l'absence de garanties normales du système de justice pénale²¹.

Ces derniers aspects doivent être amenés plus loin pour faire évoluer le droit avec tous les acteurs concernés.

¹⁷ Op cit, Lignes Directrice Art 14 CDPH, par 14

¹⁸ Op cit, Lignes Directrice Art 14 CDPH, par 15

¹⁹ CRPD/C/BEL/CO/1, par 28,
http://tbinternet.ohchr.org/_layouts/treatybodyexternal/Download.aspx?symbolno=CRPD%2FC%2FBEL%2FCO%2F1

²⁰ CRPD/C/EU/CO/1, par 29 c),
http://tbinternet.ohchr.org/_layouts/treatybodyexternal/Download.aspx?symbolno=CRPD/C/EU/CO/1&Lang=Fr

²¹ CRPD/C/DEU/CO/1, par 31,
http://tbinternet.ohchr.org/_layouts/treatybodyexternal/Download.aspx?symbolno=CRPD/C/DEU/CO/1&Lang=Fr

En France ?

Malgré ces observations et lignes directrices applicables à une Convention ratifiée par la France, c'est avec consternation et tristesse que nous constatons l'accroissement du nombre de personnes hospitalisées sans consentement en France en raison d'un handicap psychique, le nombre de personnes frappées d'incapacité juridique, notamment par rapport aux pays voisins, et le manque de solutions pour tendre à ce système idéal et humain de l'ONU.

Un manque de compréhension de la société dans son ensemble et de beaucoup de professionnels de la situation des personnes vivant avec « un handicap psychique », ou ayant un problème de santé mentale et les idées fausses sur leur « prise en charge » nous ont amenés aujourd'hui à une époque sécuritaire, intolérante et d'enfermement.

Dans ce contexte, il est très important de souligner que les "soins" psychiatriques actuellement prodigués dans les hôpitaux français sont fondés sur une approche quasi-exclusivement biomédicale de la psychiatrie largement contestée et sous l'influence des laboratoires pharmaceutiques. Malgré les vœux pieux que les mesures de contention et d'isolation soient des solutions de "dernier ressort", ces mesures coercitives et le « camisole chimique » sont largement pratiquées.

Cette approche réduit les personnes ayant un handicap psychosocial à un « trouble ».²² Par ricochet, cette approche réductrice ne permet pas aux personnes handicapées de jouir de leur « personnalité juridique » et de leur autonomie, et est étroitement liée à l'hospitalisation « longue durée », les traitements sans consentement, l'institutionnalisation, et jusqu'à « l'exportation » en Belgique de ces personnes.

Le déni de capacité juridique en ce qui concerne le choix de son traitement est inhérent au système.

La Convention et le Comité de l'ONU nous appellent à un changement de paradigme, depuis longtemps réclamé par les personnes elles-mêmes ayant subi l'hospitalisation et le traitement sans consentement, les mesures de tutelle, et l'institutionnalisation.

Comment avancer ?

Les « (ex)usagers et survivants de la psychiatrie » sont experts de leurs propres expériences, comme toute personne, et doivent jouer un rôle vital, comme toute personne, dans leurs propres soins. La loi française privant de liberté les personnes handicapées par voie d'hospitalisation sans consentement ou des mesures de tutelle/curatelle nie cette réalité et a contribué à un déséquilibre de pouvoir entre usagers et soignants.

Les usagers de la psychiatrie souhaiteraient que les services et la législation soient fondés sur des pratiques totalement consensuelles, libres de la contrainte et de la substitution de pouvoir décider de sa vie en conformité avec la Convention. Des services et des solutions correspondants « à la volonté et aux préférences » des personnes elles-mêmes doivent être financés et mis en place.

²² Voir les prises de position de Santé Mentale Europe sur le manque de preuves scientifiques de la classification des « troubles de santé mentale » dans les manuels diagnostiques DSM et CIM : http://www.mhe-sme.org/fileadmin/Position_papers/DSM_V_Position_Statement.pdf et http://www.mhe-sme.org/fileadmin/Position_papers/MHE_Position_Paper_on_ICD-10_Revision.pdf.

Cette évolution pose évidemment un défi au système de soins en psychiatrie et en santé mentale, mais aussi au système de droit pénal. Un investissement humain et financier dans ces domaines est absolument nécessaire pour assurer que les traitements et les services soient basés sur le consentement. Sans la béquille et la facilité de la contrainte, plus de temps sera nécessaire pour expliquer le choix des traitements et des thérapies disponibles aux patients et de s'assurer de leur consentement. Les solutions trouvées doivent « respecter les droits, la volonté et les préférences des personnes handicapées ».

La formation des soignants en matière des droits de l'homme, ainsi que des forces de police et des pompiers, et les personnes ayant un handicap psychique est un moyen indispensable pour réduire l'utilisation de la contrainte. Les services d'accueil de patients en crise doivent être formés à des méthodes alternatives et des structures alternatives de taille humaine doivent être rendus disponibles comme nous voyons émerger à l'étranger.

Aujourd'hui il existe des alternatives à l'hospitalisation sous contrainte, y compris des unités mobiles d'intervention au domicile insuffisamment répandues en France.²³

La violence est un sujet qui doit aussi être abordée et relève du droit pénal. Malgré le climat sécuritaire et les reportages sensationnalistes des media, il est important de rappeler qu'il a été démontré que des personnes ayant un handicap psychique ne sont pas plus violentes que d'autres personnes et sont au contraire, plus souvent victimes de violence.

Cependant, certaines personnes soignées en psychiatrie peuvent avoir un comportement violent ou perçu comme violent, comme toute personne non soignée, et qui est souvent en réponse à la contrainte et la force utilisées.

Avec l'évolution vers une approche en psychiatrie respectant les droits de l'homme, il ne faudrait pas pour autant que les personnes ayant besoin de soins importants se trouvent entre les mains de la justice pénale. Les soignants, la police, et les pompiers peuvent être formés à des pratiques qui aident à désamorcer la situation et à différencier entre des situations relevant du droit pénal et des situations de crise psychique. Certains pays ont mis en place des équipes d'intervention 24h/24 et 7 j/7 composées de policiers formés, professionnels de la santé et des pairs pour reconnaître la situation et répondre en cas de crise.

D'autres alternatives de plus en plus largement pratiquées avec succès à l'étranger peuvent réduire l'hospitalisation en psychiatrie avec et sans consentement, et notamment les Directives Anticipées, la pratique de « Dialogue Ouvert », ou les communautés thérapeutiques comme les centres Soteria (voir annexe 1 en cours de rédaction).²⁴ Ces solutions préservent le droit des personnes à faire leurs propres choix avec l'aide de réseaux thérapeutiques de soutien de leur choix.

²³ Voir, par exemple, les services de la Society of Social Psychiatry and Mental Health en Grèce, Lignes Directrices Communes Européennes pour la transition de l'institutionnalisation aux soins communautaires, p 91 : <http://www.deinstitutionalisationguide.eu/wp-content/uploads/2016/04/GUIDELINES-Final-English.pdf>.

En France par exemple : <https://sites.google.com/site/equipesmobilesenpsychiatrie/les-equipes-mobiles-de-l-association-comment-elles-fonctionnent/e-r-i-c-dans-les-yvelines>

²⁴ Annexe en cours de rédaction avec des exemples de bonnes pratiques de différents pays permettant d'éviter l'hospitalisation et les soins sans consentement, et apportant des solutions de soutien à la décision.

Il est important dans cette période de transition de permettre aux personnes d'avoir accès à leurs droits en soutenant toutes les initiatives tant institutionnelles, que citoyennes, notamment entre pairs, qui permettent de les diffuser et de les exercer.

Il faut chercher davantage de solutions, avec les personnes concernées, et notamment pour les cas les plus difficiles de personnes en crise psychique et aider à mettre en place des politiques qui peuvent faire évoluer la législation en France, assurer que les soins soient consensuels et respectent l'autonomie de la personne, sa capacité juridique, et lui offre un soutien à prendre ses propres décisions.

Les professionnels de la santé ont aussi un rôle et une responsabilité, notamment lorsqu'ils sont responsables d'entreprise, d'assurer qu'ils ne sont pas complices de services ou de soins qui sont en violation des droits de l'homme.²⁵

En conséquence et en conclusion, il serait important d'utiliser les moyens à notre disposition pour réduire de façon significative, et à terme, éliminer l'utilisation de la contrainte en psychiatrie, par voie de l'autorégulation et assurer que les lignes directrices sur le consentement éclairé soient mises à jour pour prendre en compte les dispositions de la Convention de l'ONU afin d'assurer la liberté et la sécurité des personnes handicapées psychiques.

²⁵ Voir les Principes directeurs relatifs aux obligations des entreprises à respecter les droits de l'homme : http://www.ohchr.org/Documents/Publications/GuidingPrinciplesBusinessHR_FR.pdf