

Réponse aux questionnaire sur le rapport d'évaluation de la loi portant réforme des soins psychiatriques, par **Advocacy France** suite à l'audition du 4.01.2017 par MM Robiliard et Jacquat

## I. Question d'ordre général

### 1. Le regard d'Advocacy sur la mise en application de la loi du 27.09.2013:

La Loi susdite est mal appliquée dans la mesure où elle ne prévoit pas une information suffisante de leurs droits par les usagers, qui ressentent de plus en plus le sentiment d'être traités et non soignés, d'être dépourvus du droit d'être entendus et objet de décisions plutôt que sujets intégrés à un processus. Ceci semble lié au fait que cette loi, au lieu de favoriser des pratiques innovantes, favorise des pratiques psychiatriques désuètes et coercitives. Ceci ne peut être autrement dans la mesure où cette loi ne fait que modifier à la marge la loi du 5 juillet 2011, sans en changer l'intention. Cette dernière était elle même un aggiornamento de la Loi du 27 juin 1990, qui ne modifiait en rien l'esprit de la loi de 1838. Celle-ci, qui a créé l'institution asilaire a, rappelons-le, considéré les personnes en souffrance psychiques comme **des personnes à part**. La Convention de l'ONU des Droits des Personnes Handicapées votée il y a 10 ans et ratifiée par le Parlement français en 2007 promeut un changement de paradigme et reconnaît ces personnes comme **des personnes à part entière**. Tant que ce changement de paradigme ne sera pas pris en compte par le législateur, tant que les personnes en souffrance psychique seront traitées comme des personnes à part, tant qu'on voudra légiférer une loi d'exception à leur encontre, le malentendu persistera. Si le Parlement n'avait pas reconnu le droit de vote aux femmes, il y a 70 ans, la question de savoir si celles-ci avaient droit de posséder un chéquier se poserait encore. Si le problème est différent, force est de constater qu'il est de même nature. Seul, la prise en compte du changement de paradigme ouvrira la porte à une évolution des pratiques.

## II. Admission en soins psychiatriques.

2. Nous confirmons que le recours à la contrainte est de plus en plus fréquente, de même qu'est de moins en moins fréquente la recherche d'échange et de dialogue.

3. Notre action de soutien aux droits et aux recours et le réseau de pairadvocacy reçoivent de nombreuses plaintes de personnes qui ne comprennent absolument pas ce qui leur arrive au moment de l'admission en psychiatrie, non du fait qu'elles seraient totalement insensées mais du fait de la procédure utilisée à leur admission

## III. Sur les programmes de soins:

4. Les programmes de soin sont globalement vécus comme des mesures coercitives permettant aux équipes psychiatriques une ingérence au domicile des intéressés. L'inégalité territoriale est le résultat d'une différence de point de vue des psychiatres, notamment des médecins chefs de service, sur la question ( voir à ce sujet l'intéressante étude de Mme Caroline Guibet-Lafaye "Au cœur du débat sur les soins sans consentement en ambulatoire" in L'Information Psychiatrique 2014/80( volume90)

#### IV Rôle du juge des libertés et de la détention

5. Le recul notable des mains levées sont dues au fait que les juges ne jugent pas la situation qui a nécessité l'hospitalisation, mais l'état la personne. Quel meilleur référence de l'état de la personne que le certificat médical? Aussi, maintenant que la saisine est affaire courante, ce document est-il nécessaire au juge pour se faire une opinion. Mais de quelle marge disposerait-il quand la personne est hospitalisé, médiquée sous neuroleptiques , parfois isolée depuis 12 jours?

6. L'augmentation des demandes de contrôle obligatoire périodique est liée au fait que la situation de contrainte prolonge la durée des hospitalisations. Nous ne pensons pas que le fait que le juge intervienne au bout de 12 au lieu de 15 jours soit une différence caractéristique.

7. Dans la situation de désaccord entre préfet et psychiatre, le juge prend généralement la décision la plus prudente pour lui. Il ne veut pas qu'on lui reproche quoi que ce soit s'il prend le parti de la liberté. Rappelons qu'aujourd'hui le parquet poursuit des psychiatres en justice pour complicité lorsqu'ils ont permis une sortie d'hospitalisation. Comment éviter les meurtres? Combien de meurtres ont été commis par des personnes sans lien avec l'institution psychiatrique?

8. Nous ne disposons pas de données chiffrées

#### IV Les droits des patients

9. Avant même que la judiciarisation soit effective en France (et rappelons que la France a été le dernier pays européen à mettre en œuvre la judiciarisation), l'utilisation des vices de procédure était le seul moyen effectif de contester des soins sans consentement.(cf les recours de Philippe Bernardet auprès de la CEJ). Le fait que cela demeure montre bien l'erreur qui est fait de priver une personne de liberté du fait de l'évaluation de son état de santé et non en se basant sur l'évaluation de la situation qui a nécessité cette privation de liberté. Juger de la folie est tâche impossible. Rappelons la phrase de B. Pascal " Les hommes sont si nécessairement

fous, que ce serait être fou, par un autre tour de **folie**, de n'être pas fou." D'où le fait que personne ne veut statuer sur un tel fond. Pourquoi, pourtant, ne pas s'arrêter sur le fond de la situation, sur les conditions préalables à l'imputation de folie par l'entourage, à la mauvaise interprétation, trop souvent, de gestes ou de comportements, la panique, la mauvaise fois qui peuvent y trouver leur place. On sait bien que dans les situations de conflit familiaux, notamment de divorce, ou dans les problèmes de voisinage, chacun va traiter l'autre de fou.

10. Notre expérience est que la non information des droits des patients est le cas le plus général. Le fait que le questionnaire d'ailleurs n'emploie pas le mot information mais le mot notification nous paraît à ce sujet assez révélateur d'un état d'esprit de non prise en compte de l'utilisateur, tant il est vrai que notifier n'engage pas à s'assurer d'être compris!

11 Notre expérience nous fait dire que le respect de la confidentialité n'est pas le cas général

12. Beaucoup de personnes disent qu'elles ne l'ont pas eu ou qu'elles ne s'en souviennent pas. Il y a aussi des cas où la personne qui se plaint de troubles somatiques est renvoyée chez elle, ceux-ci étant qualifiés de symptômes hypocondriaques. Nous avons publié une affaire où la personne était morte 2 jours après. Les enfants ont porté l'affaire en justice. Certes, ce n'était pas dans le cadre d'une HSC, mais cela relève d'un certain état d'esprit de méconnaissance de la plainte.

13. Nous sommes plutôt favorables aux salles d'audience aménagées dans les établissements, ceci étant moins impressionnant pour l'utilisateur que le tribunal lui-même qui lui donne le sentiment d'être jugé pénalement (mais de quoi?). Nous avons été étonnés de lire, dans le questionnaire qu' Advocacy France aurait plaidé pour le huis clos systématique. Il semblerait, à ce sujet que nous ayons été mal compris. Par contre, nous avons toujours dit que nous pensions qu'il fallait respecter les désirs de l'utilisateur à ce propos. Bien sûr nous sommes pour le respect de l'intimité, mais l'utilisateur peut très bien souhaiter la présence de parents, de personnes de confiance, de témoins de son choix. Au contraire, même, ceux-ci, connaissant bien la situation peuvent judicieusement éclairer le tribunal. Ils sont à exclure si l'utilisateur les refuse. Précisons que nous ne sommes pas dans le cadre d'un procès contradictoire mais de l'audition de l'intéressé.

14. Si le contexte est pavé de difficulté (personnel, véhicules), si le tribunal est trop impressionnant (il a été architecturalement conçu dans cette intention) cela peut poser problème. C'est surtout les rapports avec l'avocat qui doivent être facilités.

15. Nous n'avons pas été associés à l'élaboration de cette instruction.