

Intervention de Florence Leroy au Syndicat de La Magistrature le 23.11.2012

J'ai eu envie de vous dire mon expertise en tant que membre d'advocacy et qu'advocate

Etre en souffrance psychique au quotidien c'est une aventure mais aussi un combat. J'ai souvent envie de dire que dans mon histoire où les choses n'ont pas été toujours faciles il a fallu que je me batte chaque jour pour garder ma dignité et sur tout être une citoyenne dans notre société où la différence est si souvent perçue comme un handicap. **Mon handicap n'est pas visible** au premier abord pourtant il est bien présent au quotidien et les choses ne sont pas toujours faciles;

Tout d'abord il a fallu accepter la maladie et l'étiquette de schizophrène mais après le combat n'était pas fini. Je me suis retrouvée souvent **enfermée** dans un hôpital psychiatrique. Je ne souhaite à personne de vivre ces moments difficiles de l'enfermement où on est privé de liberté. J'appelle **l'hôpital psychiatrique la prison dorée**. L'hôpital est un lieu dont **on n'oublie pas**, même lorsqu'on n'y est pas allé depuis longtemps, **les fantômes de cet enfer**.

A la suite de cela **il a fallu que je trouve du travail** J'ai effectivement un DEUG d'histoire, mais la COTOREP ne me propose qu'un emploi dans les espaces verts ou la cuisine. Finalement je choisis les espaces verts et je me trouve **orientée vers un CAT** (centre d'aide par le travail) avec des personnes ne sachant ni lire, ni écrire l'atterrissage dans cet univers était difficile et déroutant. Toute fois, j'y reste 8 ans et j'y ai appris un métier qui m'a permis de canaliser mon trop plein d'énergie et la base des règles du travail.

La finalité fut tout de même **mon entrée en milieu ordinaire** dans une mairie. La situation et l'acceptation de ma différence par mes supérieurs et mes collègues ne fut pas simple par ignorance de ce qu'était le handicap psychique. De plus j'ai cumulé une autre difficulté **celle d'être une femme** dans un milieu exclusivement masculin. Pour exemple mon chef ne comprenant rien ne me fit faire que les tâches les plus ingrates et se permettait de **m'insulter au quotidien**. N'importe qui dans ce harcèlement moral aurait perdu son sang froid et aurait pété les plombs. Mais moi comme j'étais avec ma particularité, j'aurai du accepter et me résigner sans réagir. C'était mal me connaître mais cela ne m'a apporté que des bonnes choses. Pour preuve **je réussis mon concours pour passer au grade supérieur**, de plus première, et il est annulé sous prétexte que j'avais été en arrêt de travail pour le préparer. Quelle discrimination !

Deuxième étape l'expérience que j'ai menée **au sein d'advocacy** qui est un engagement personnel et militant de citoyenneté, Même si au départ ce ne fut qu'une histoire de rencontre, je me suis très vite rendue compte que notre force c'était de faire ensemble entre nous et avec des alliés professionnels militants prêts à changer leur façon de faire, et non pas nous opposer. J'ai appris à changer mon regard sur les professionnels, mais eux ont changé leur regard sur nous **et nous sommes plus de simple patient mais avant tout des citoyens**. Je n'aime pas non plus le terme d'usager car on dit aussi bien

usagers en santé mentale qu'usagers des transports en communs, on est des personnes !. La rencontre et le militantisme m'ont poussé à **présider Advocacy** France durant deux ans, reprendre le flambeau derrière Martine Dutoit ce n'était pas tous les jours simple mais ce fut une expérience enrichissante et passionnante. **J'ai appris à prendre des responsabilités à parler au nom du collectif** et non plus individuel.

Pour la première fois de ma vie, j'étais reconnu à une place d'adulte responsable de mes actes et ma parole avait un sens.

Troisième étape, dans le CAT où je travaillais, **je rencontre un compagnon,**

Malgré nos différences nous nous aimons et **il m'aide à me stabiliser** : pour preuve je ne suis plus jamais retournée à l'hôpital psychiatrique depuis notre vie commune de dix ans. Mon compagnon et père de mon enfant est handicapé mental léger. Mais il a la douceur et le calme qui m'aide à contrôler mes pulsions et il sait gérer mes angoisses quotidiennes et y palier. Au bout de sept ans **nous avons le projet d'un enfant** et là survient le doute. Comment mener une grossesse avec la prise de **neuroleptiques sans mettre en danger le bébé ?**

Au bout de trois ans, je tombe enceinte. Nous avons désiré cet enfant plus que tout et nous sommes si fier de l'avoir eu. Il a renforcé notre amour,

Je décide de prendre le risque et de poursuivre mon traitement durant la grossesse. **Victoire je donne naissance à un petit Matthieu** tout à fait normal. Je me suis battue pour accoucher **dans la maternité que j'avais choisie** et non pas dans une unité spécialisée mère enfant où l'on voulait m'envoyer. Mon fils est né comme n'importe quel nourrisson du 20 ème, à Tenon. Et désormais, je me consacre à son éducation. Souvent **je me heurte à des professionnels** qui, par peur et manque de confiance et ignorance, ont parfois **des comportements abusifs**. La naissance de mon fils m'a de nouveau fait rencontrer l'institution « sourde » contre laquelle je me bats au quotidien. J'ai le droit et le devoir d'être comme tout le monde et je le revendique. Pour exemple lorsque j'ai accouché un jour la sage femme est venue devant moi pour m'observer : montrez moi comment vous changez une couche donnez un biberon sur un ton inquisiteur. Mes peurs étaient les mêmes que celles de n'importe quelle jeune maman mais moi **je n'avais pas le droit à l'erreur**. Pourtant je me suis vite rendue compte que mes questions étaient les même que **n'importe quelle autre maman**.

Matthieu et Krystoff me permettent de réaliser ce rêve de famille que j'ai toujours voulu avoir.

Tout le monde aurait pu venir à cette tribune raconter son histoire, car elles sont toutes aussi exemplaires que la mienne et toutes plus étonnantes les unes que les autres. C'est pour cela que je vous invite à venir à la rencontre de ceux qui ont fait ce forum « notre forum », demain,

VIVONS ensemble ce moment unique.

Intervention de Claude DEUTSCH au Colloque du syndicat de la magistrature, le 23.11.2012

1. L'association

L'Association Advocacy- France est d'une association d'Usagers en Santé mentale, non seulement comme le stipule nos statuts, non seulement comme en témoigne le fait que notre conseil d'administration est composé à plus de 90% d'usagers, mais surtout comme en témoigne notre combat.

De manière bénévole et sans aucun soutien financier notre association mène depuis 15 ans un intense travail de porte-parole des usagers en santé mentale. Notre site advocacy.fr rend compte de cette activité.

- C'est le fait de répondre chaque année à 350 demandes d'aide à l'accès aux droits et au recours venant de toute la France de personnes désespérées de ne pas réussir à se faire entendre. Nous pouvons témoigner de l'indifférence désespérante sur ce sujet des différentes personnes responsables du bureau de la psychiatrie de la DGS rencontrées jusqu'à présent . Notre démarche n'est pas de le dénoncer mais de chercher à ouvrir la porte à un changement d'attitude.

- C'est le fait d'avoir , dès 2001, avec des crédits PRAPS et FNPEIS, des aides à l'innovation, créé des Espaces Conviviaux Citoyens dans lesquels les usagers en santé mentale peuvent se réapproprier leurs capacités. Si cette démarche a permis au ministère d'utiliser notre expertise pour l'élaboration du cahier des charges des GEM, l'absence de mention de ce travail précurseur a permis de tenir dans l'ignorance ,et notre savoir faire dans ce domaine, et l'existence même de l'association. Les personnes désireuses de créer des associations d'usagers se sont alors tourné vers la seule association visible :la FNAPsy. Nous demandons que notre expertise soit prise en compte. Nous demandons que l'on soutienne en priorité la création d' associations d'usagers afin qu'elle puissent chercher à se doter de GEM pour leurs activités, et non le contraire.

- C'est le fait d'avoir, partout où c'était possible, représenté les usagers dans les instances où cette représentation était souhaitée par le législateur. Cet effort se heurte à deux obstacles: 1. L'absence de moyen d'une réelle accessibilité pour les usagers en santé mentale qui sont alors mis en situation de faire-valoir sans possibilité d'efficacité réelle. Cela suppose de prendre en compte la réalité de la situation de handicap dans la mise à disposition des dossiers étudiés. Cela suppose de réels moyens mis à disposition des usagers. Cette question se heurte aussi au problème de la formation. Notre association joue un rôle important de formation des usagers, notamment dans la prise de responsabilité, comme en témoigne la manière, exemplaire en terme de fonctionnement démocratique, dont les usagers ont présenté, en 2009, des recommandations aux élus dans le cadre de notre campagne de lutte contre la stigmatisation: Notamment, en recevant des députés (J.F.Chossy et les députés du Calvados) à l'ECC de Caen et dans le cadre de l'accueil du Conseil Régional d'Ile de France .

2. L'absence de place faite à Advocacy France dans les instances nationales, et dans les concertations nationales dans le cadre de projets de textes législatifs ou réglementaires. Cette

absence d'Advocacy France est tout-à-fait remarquable. (Par exemple, nous n'avons pu approcher E.Couty, en 2009, que dans le cadre de l'UNIOPSS. Nous souhaitons, par exemple, que ce ne soit pas le cas lors de sa nouvelle mission) . Cette absence de reconnaissance n'est pas sans retombée sur la notoriété de l'association.

- C'est le fait d'avoir , sans relâche, pris la parole pour défendre la cause des usagers en santé mentale,

que cela soit de manière circonstanciée (par exemple sur l'IPPP) ou générale (par exemple sur la loi du 5 juillet 2011),

que cela soit par le biais de manifestations (nos forums à la Mairie de Paris en 2003 et 2008), ou par le biais de communiqués ou encore par le biais d'analyses (comme celle remise à la CE en 2008) , de propositions (comme celles sur l'hospitalisation sous contrainte et la responsabilité pénale pour lesquelles nous avons été auditionné par la CNCDH), ou par le biais de nombreux articles, de livres, de films, et de notre presse,

que cela soit dans le cadre de collectifs militants (Collectif Alternatif en Psychiatrie, Collectif des Associations Unies, Ni Pauvres ni Soumis, Mais C'est Un Homme, Santé Mentale, grande Cause Nationale) ou dans le cadre de fédérations associatives (UNIOPSS, FNARS, GFPH, CFHE),

que cela soit dans le cadre national ou dans le cadre européen . L'association est administrateur, depuis le début de Santé Mentale Europe (MHE/SME), notamment en assumant la Présidence de 2004 à 2006 et membre du Réseau Européen des Usagers et Survivants de la Psychiatrie (ENUSP/REUSP).

Nous avons conscience que certaines de nos propositions peuvent être vécues par tout gouvernement comme des "cailloux dans la chaussure". Ainsi quand nous demandons l'abrogation de la loi du 5.07.2011 et le vote d'une nouvelle loi instituant la décision du juge dès le premier jour de la privation de liberté et sur la base de la nécessité de cette privation de liberté et non de l'état de santé de la personne (ce qui serait discriminatoire). Ainsi quand nous demandons l'effectivité de la Convention de l'ONU sur les Droits des Personnes Handicapées, et notamment son article 12, qui reconnaît aux personnes handicapées le droit à une entière capacité juridique. Avec le Forum Européen des Personnes Handicapées nous demandons que des mesures d'accompagnement à la prise de décision remplacent des mesures où un tiers se substitue à la personne. Nous pouvons entendre que ces propositions heurtent les tenants d'une psychiatrie reposant sur le paradigme traditionnel que nous qualifions de paternaliste , non pour le récuser totalement (dans une démarche antipsychiatrique irresponsable) mais pour l'opposer au paradigme de "l'empowerment", celui de la (ré) appropriation des capacités par les personnes elles-mêmes. Si nous sommes tellement attachés au mot d'ordre: "Rien à notre sujet sans nous", c'est que nous pensons que la gouvernance d'un Etat moderne ne peut se penser sans la prise en compte des acteurs que nous sommes. Nous avons pu en voir l'effectivité au Québec, lors de notre voyage d'étude , en 2010, auprès de l'AGIDD-SMQ.

2. Les prises de position concernant le soin sans consentement

2.1 La prise de position sur la loi du 5 juillet 2011

2.1.1 Le communiqué d'Advocacy France avant le vote de la loi

Le combat pour lutter contre les troubles psychiques ne saurait s'imaginer sans une mobilisation de la personne elle-même. C'est bien du changement du regard de la personne sur elle-même dont il s'agit. Comment alors concevoir le soin sans consentement ? Certes, les neuroleptiques peuvent agir à l'insu de la personne. Il s'agit alors d'un **traitement contraint** et non d'un soin. Ce changement sémantique est important, lorsque l'on respecte les personnes.

La contention peut être nécessaire dans une situation d'urgence, en face d'un danger imminent pour la personne ou pour les autres, c'est toujours un échec thérapeutique et la montée en charge de ce genre de pratique en est révélatrice. Tous les moyens doivent être utilisés pour l'échange, la persuasion et la négociation, dans les situations de crise

Rappelons que l'hospitalisation sous contrainte ne représente plus qu'un nombre limité des hospitalisations. Nous réclamons un authentique accès à des soins de qualité La plupart des personnes veulent un soin, mais pas au prix d'une stigmatisation, d'une prise massive de médication et d'une absence de prise en compte. Que fait-on de cette demande ? Répondre à cette demande permettrait sans doute de diminuer encore le nombre de personnes refusant des soins ou les arrêtant brutalement.

Si la contention peut, de manière exceptionnelle être utilisée en urgence, cette notion est contradictoire avec celle des soins en ambulatoire, qui, par définition sortent du champ de l'urgence Il est évident que la mise en place d'un traitement contraint à domicile n'est pas la réponse à une situation d'urgence. Dans ce sens nous affirmons que la légalisation des soins contraints en ambulatoire est un outil pour éviter d'échanger, de parler, voir de négocier avec la personne en souffrance psychique, bref de la prendre en compte au seul bénéfice d'un rapport de pouvoir unilatéral.

Nous récusons le fait que dans cette proposition de loi, l'article L3211-8 établisse un lien de cause à effet entre obligation de soin et possibilité de mise sous curatelle/tutelle. Nous dénonçons ici le risque d'« effet cliquet » entre deux mesures, toutes deux privatives de liberté, mais qui n'ont ni la même nature, ni la même fonction. Quid de la nouvelle loi, entrée en vigueur en 2009, qui devait limiter le recours à la saisine directe par les institutions ?

Nous dénonçons l'absence d'avancée réelle des droits des patients et de mesures nouvelles dans ce domaine. Le respect profond des praticiens pour le champ de compétence du confrère annulera à coup sûr toute velléité du nouveau collègue de contredire le confrère en charge du patient.

Reste la douloureuse question de la prévention des homicides. Il est aujourd'hui prouvé que les homicides commis par des personnes délirantes sont beaucoup moins nombreux que ceux commis par d'autres personnes. Qu'en est-il de cette prévention-ci et qu'en est-il de l'effet destructeur voir incitateur de la mesure discriminatoire ?

2.1.2 Depuis le vote de la loi

Advocacy France demande, non pas une réforme de la Loi mais l'abrogation de la loi et le vote d'une loi instituant la judiciarisation dès le premier jour d'hospitalisation. Ceci nous semble être le meilleur moyen de dénoncer la mystification qui a consisté à introduire dans la loi prévue sur le soin sans consentement l'injonction du Conseil Constitutionnel de faire intervenir le juge à partir de 14 jours de contrainte. Il s'agit de deux questions différentes qui auraient mérité deux lois différentes. D'autre part, nous trouvons inadapté le fait que le juge intervienne au bout de 15 jours. En effet, au sens du préambule de la Constitution (la

Déclaration des droits de l'Homme), c'est sur la nécessité et la légitimité de la privation de liberté que doit se prononcer le pouvoir judiciaire, et non sur l'état de santé. Le juge intervenant au bout de quinze jours après avoir entendu un patient neuroleptisé, juge-t-il le bien fondé de la contrainte au vu des faits qui se sont produits ou de l'état de santé de la personne? Comme, en outre, il n'est pas médecin, ne risque-t-il pas alors de se trouver là, appelé à juger de la validité des termes du certificat médical? C'est ce que nous redoutons. Juger de l'état de santé nous semble discriminatoire au sens de la Convention des Droits de l'Homme, alors qu'il nous paraît fondé de statuer sur les actes et la situation, en regard de la nécessité de sécurité.

2.2 Position et propositions concernant l'hospitalisation sous contrainte

C'est le sens des propositions que nous avons fait dès 2008 concernant l'hospitalisation sous contrainte.

Notre expérience directe et indirecte d'usagers en santé mentale et en psychiatrie, mais aussi plus simplement de la vie et d'acteurs sociaux nous permet de dire que contenir une personne en raison de son comportement et la contraindre en raison du danger présenté pour elle-même ou pour autrui peut être nécessaire. Cette action doit être rigoureusement encadrée par une loi. Mais, nous estimons que **cette loi doit être une loi de droit commun reposant non sur l'évaluation de la personne** (elle ne doit pas être une loi spécifique désignant une catégorie de personnes à savoir les malades mentaux. (En cela, elle serait clairement ségrégative)) **mais sur l'évaluation de la situation**. Respectueuse des droits de l'homme notamment du principe de la liberté individuelle, la loi nécessaire à la mesure privative de liberté qui en résulte doit être Attentive au principe de non ségrégation et non discrimination du fait de la maladie et/ou du handicap

Nous aborderons successivement :L'intitulé de la loi et les différents temps de la mesure :
Prise de décision, durée de la mesure, contrôle de la mesure, suivi dans la durée.

-L'intitulé de la loi doit la définir comme une loi relative à l'obligation de prendre une mesure de protection d'une personne dans l'urgence. Rappelons à ce propos que, outre la stigmatisation que cela entraîne, il peut être extrêmement difficile de diagnostiquer une maladie mentale et de caractériser une personne malade mentale. Certains comportements « extrêmes » mettant en danger la sécurité de la personne et d'autrui peuvent être provoqué par l'absorption de substances par exemple.

-La prise de décision : la loi doit préciser les modalités de prise de décision de telle manière que cette décision soit clairement établie comme **exceptionnelle**. La nécessité de cette décision devrait être certifiée par deux témoins, appartenant à deux institutions ou aires de relation distinctes et pouvant être acteurs de la décision (médecin, pompiers, police, famille, voisin, ami, personne présente au moment des faits, etc...). Ils devront certifier que tout a été fait pour persuader la personne d'accepter la mesure d'assistance, et bien sûr de la présence du danger pour la personne ou pour autrui.

Nous pensons que les secteurs de psychiatrie devraient tous être équipés de centres d'accueil et de crise ouverts 24h/24 et dotés d'équipes mobiles capables de se déplacer sur les lieux de la crise. Ces équipes doivent avoir la capacité de jouer un rôle de modérateur de la crise et de négociation avec la personne.

A contrario, par « crise », nous n'entendons pas seulement une situation brutale et spectaculaire. Par exemple, une situation d'incurie prolongée provoquée par un délire profond

persistant et mettant la personne en situation de dénutrition est évidemment une situation de risque grave pour la personne et peut-être qualifiée comme « crise ».

Nous pensons que la présence d'un comportement original, « bizarre », qui ne met en danger ni la personne, ni autrui ne justifie pas une mesure privative de liberté, sauf si, bien sûr, il contrevient aux lois en vigueur..

Déjà à l'époque, nous prenions parti contre le principe d'un traitement ambulatoire obligatoire "qui inévitablement conduirait à l'atteinte à la vie privée, qui ne concevrait les soins que dans la compliance et l'observance imposées, potentiellement vécues comme arbitraires et persécutives. Il ne peut y avoir de « soin » psychiatrique (c'est-à-dire de la psyché de la personne) sans l'adhésion de la personne (même la prise de médicaments)".

-Le « **placement** », **avant l'hospitalisation**, peut permettre la mise en place d'un traitement négocié.

A l'époque, nous évoquions deux propositions qui, aujourd'hui doivent être repensées: Nous pensions que nous pouvions considérer différemment le placement dans l'espace sanitaire (qui, disions nous, ne saurait dépasser 72 heures sans la saisine d'un juge.-par définition, dans un état de droit, toute privation de liberté doit relever de l'autorité judiciaire à moins de tomber dans la logique de la « lettre de cachet »)- et le placement dans un autre espace qu'un espace sanitaire (locaux de police ou de gendarmerie, centre éducatif fermé, autres lieux qui pourraient être susceptibles d'être créés par la suite) ne saurait dépasser 48 heures sans la saisine d'un juge. Aujourd'hui, à la lumière des arrêts de la Cour Européenne sur la garde à vue, et de notre revendication que cette loi s'inscrive dans le droit commun, nous estimons que cette distinction ne s'impose plus. L'autre proposition abandonnée, pour les mêmes raisons de fond est, l'exigence du certificat médical circonstancié comme pièce nécessaire et suffisante à fournir au juge. Nécessaire, il le demeure, mais pourquoi cette pièce serait-elle suffisante à justifier la contrainte? Car la judiciarisation nous paraît être la garantie essentielle à une mesure privative de liberté. Comment pourrait-elle s'effectuer?

Le contrôle de la mesure et le suivi dans la durée.

La loi devrait créer deux instances qui faciliteraient l'efficacité de la mesure et à terme l'extinction de la contrainte par l'obtention du consentement qui reste l'objectif de la mesure.

- Le juge des affaires psychiatriques
- La généralisation de la personne de confiance

A) Le juge des affaires psychiatriques, comme cela existe en Espagne. Il serait le coordinateur de la commission Départementale des Affaires Psychiatriques. Cette Commission aura les mêmes compétences que l'actuelle Commission Départementale de l'Hospitalisation Psychiatrique définie par la loi du 27 juin 1990, mais son champ d'application sera élargi au soin extra-hospitalier. Nous pensions à l'époque à la possibilité que ce soit un juge civil, équivalent au juge des tutelles. Aujourd'hui, sans écarter cette hypothèse, nous sommes ouverts à étudier d'autres possibilités.

Il aurait à se prononcer sur :

1) L'hospitalisation sous contrainte, dans un délai de 48h maximum suivant l'évènement ayant justifié la contrainte. L'élément déterminant est l'audition de l'intéressé, mais évidemment aussi d'autres éléments dont un certificat médical circonstancié .

2) Le maintien de l'hospitalisation sous contrainte. Le juge pourra confirmer le maintien de la mesure de contrainte, dans les mêmes:

* chaque semaine au cours du 1^{er} mois.

* chaque mois à l'issue du 1^{er} mois.

* Chaque 6 mois, le juge procédera à une instruction approfondie de la situation de la personne.

Ces propositions n'ont pas pour but d'alourdir des procédures mais au contraire de passer le plus rapidement d'une mesure de contrainte à un soin avec consentement, la contrainte ayant été provoquée par une situation de « crise » généralement passagère. Tout doit être mis en œuvre pour la mise en place d'un authentique contrat de confiance entre soignants et soignés.

3) Dans cette optique, le juge des affaires psychiatriques doit pouvoir être saisi par les personnes hospitalisées (et pas seulement sous contrainte) dans le cas de litige entre la personne hospitalisée et le médecin concernant le traitement. Le juge cherchera une solution avec l'aide de la Commission Départementale des Affaires Psychiatriques, la compétence médicale n'étant pas mise en jeu, mais aucun traitement ne pouvant réussir sans l'accord de l'intéressé. Le juge devra statuer dans un délai d'un mois.

4) Le juge pourra, de la même manière être saisi par les personnes suivies en psychiatrie en dehors de l'hospitalisation.

5) Comme c'est déjà le cas actuellement pour la CDHP, la Commission des Affaires Psychiatriques coordonnée par le JA Psy pourra se prononcer sur les questions relatives à la qualité de l'hospitalisation et sur la qualité des soins intra et -de plus-extrahospitalier (sans mettre en cause la compétence médicale).

B) La généralisation de la personne de confiance.

La place et la responsabilité de la personne de confiance sont essentiels au sentiment de sécurité de la personne objet d'une mesure d'hospitalisation sous contrainte. Le sentiment de sécurité sera le meilleur facteur pour lever les réactions de méfiance injustifiée et d'agressivité intempestive. Deux cas peuvent se présenter : a) La personne hospitalisée avait déjà, préalablement à la mesure, désigné une personne de confiance. et b) La personne hospitalisée n'avait pas, préalablement à la mesure, désigné une personne de confiance.

a) Pour que la personne puisse préalablement à la mesure désigner une personne de confiance, la loi devra prévoir comment l'information peut être donnée aux personnes en souffrance psychique pour avoir et désigner une/des personnes de confiance. **Cette disposition est un important facteur de prévention des risques liés à la souffrance psychique.** Ces personnes peuvent être des membres de la famille, des représentants légaux, des amis ou des membres d'associations, notamment Advocacy France, dont c'est la vocation. Ces personnes auront pour but d'aider l'expression des personnes et d'éviter les malentendus sans se substituer aux intéressés. La présence d'une personne de confiance ne peut en aucun cas être imposée, mais dans tous les cas doit être favorisée si elle est désirée par les personnes intéressées.

La/les personnes de confiance devront être systématiquement appelées dans les situations de crise qui amènent la décision de contrainte dans le but de créer un apaisement et d'éviter si possible la contrainte.

b) Si la personne n'a pas préalablement à la mesure désigné une personne de confiance, celle-ci doit être informée de cette possibilité dès son hospitalisation. Ce peut être comme dans le premier cas des membres de la famille, des représentants légaux, des amis ou des membres d'associations notamment Advocacy France dont c'est la vocation. Cependant il doit exister auprès des hôpitaux des personnes (« ombusmen » selon le terme admis dans le nord de

l'Europe) qui ne dépendent pas des services ni de la direction de l'hôpital, qui relèvent de l'autorité du juge des affaires psychiatriques et de la CDAP et qui puissent être mises au service de la personne hospitalisée sous contrainte, pour l'aider à se faire entendre, sauf si elle s'y oppose. Le compte rendu de la personne de confiance sera demandé par le juge des affaires psychiatriques chaque fois qu'il aura à statuer.

2.3. Propositions concernant la responsabilité pénale.

La présente position ne saurait être comprise sans la réforme de l'hospitalisation sous contrainte..

En effet, la situation des délinquants malades mentaux, si elle ne recouvre pas la totalité de l'hospitalisation sous contrainte, en est un volet incontournable et spécifique qu'il convient à la fois d'articuler avec celle-ci et de traiter en particulier. Nos propositions prennent en compte les faits 1. Qu'il n'y a pas de droit de l'homme sans droit du citoyen². Que

l'accès à la justice et l'accès au soin sont deux droits fondamentaux au même titre que l'accès à l'éducation, au travail, à des conditions de vie décentes, à la vie privée, à l'exercice des droits civiques. Nous en tirons la conclusion que¹. La reconnaissance de la souffrance psychique ne doit pas s'opposer à la reconnaissance de la personne.² L'accès à un jugement d'un acte délictueux est un fait de reconnaissance de la personne, fondamental au sentiment de réalité pour le contrevenant avant d'être aussi un acte de reconnaissance de l'état de victime. (Qu'est-ce que dire à quelqu'un qu'il y a un "non-lieu"? Pour le juriste, certes, cela veut-il n'y a pas lieu de statuer, mais ce refus de reconnaissance juridique ne peut-il être entendu comme un déni de la réalité de l'acte. Est-ce que prononcer le non lieu n'est pas l'affirmer que l'acte n'a pas eu lieu? ³ L'application d'une peine est la conséquence logique de la reconnaissance de culpabilité par la Justice.⁴ -L'application de la peine ne doit pas entraver l'accès aux soins. Pour cela, la suppression de l'irresponsabilité pénale des malades mentaux est subordonnée à la réforme de l'hospitalisation sous contrainte afin que celle-ci soit conforme au respect des droits de l'Homme. Nos propositions visent à prendre en compte tant le droit à la justice que le droit aux soins, sans subordination de l'un sur l'autre. Exercice de la justice et exercice du soin, besoin de justice et besoin de soin obéissent à deux logiques et à deux fonctionnements différents. Si elles peuvent et même doivent être prises en compte simultanément, les deux démarches doivent être réfléchies séparément pour respecter la rigueur de la logique et de l'éthique.

1. Exercice de la justice et du besoin de justice

A. L'atteinte à l'intégrité de la personne et/ou des biens d'autrui est un crime. Ce principe est un des fondements de notre vie en société. L'appareil judiciaire et pénal a pour vocation de faire reconnaître et appliquer ce principe. La notion de « non-lieu » judiciaire permet, en l'espèce à la justice de renoncer à ses fonctions. Ce faisant, elle exclue la personne de la société. Pire encore, en annulant l'acte, le non-lieu « annule » la personne, dénie son existence. Elle n'a plus à rendre compte. Privée de rendre compte, la personne est privée de parole, de responsabilité, de témoins de son existence. Ce constat s'applique tant au contrevenant qu'à la victime.

B) La reconnaissance du principe de justice impose que cette justice soit la même pour tous. Il revient donc aux juges et/ou aux jurés de prononcer la peine en fonction de la situation et des lois en vigueur, notamment dans l'appréciation des circonstances

C) L'application de la peine, les éventuelles réductions de peines relèvent de l'autorité du juge de l'application des peines. Le comportement du détenu pendant sa détention et les facteurs de réinsertion doivent être les facteurs essentiels d'évaluation du JAP dans sa prise de décision.

2. Exercice du soin et du besoin de soin

A) Le besoin de soin doit conditionner le lieu de détention. Le taux de suicide excessivement élevé dans les prisons nous indique l'**effet** clairement **pathogène** des **prisons** A1.). **Aussi, cette solution doit être écartée, si l'état du condamné nécessite des soins psychiatriques. C'est pourquoi nous préconisons qu'alors, l'incarcération se fasse dans un établissement sanitaire.**

A2) La politique de l'Open Door et de réhabilitation psychosociale des Hôpitaux psychiatrique, la Charte des malades hospitalisés qui affirme le droit à la libre circulation des malades, nous font opter pour la **création d'hôpitaux psychiatriques pénitentiaires**, nécessaires dans ce cas.

B) Pour autant, les deux mesures (soin et peine) ne doivent pas être confondues, et cela est déterminant pour le devenir de la détention

B1) Ainsi, si la personne, grâce aux soins, ne relève plus de soins psychiatriques (Rappelons que c'est la finalité du soin), mais que son temps de détention n'est pas terminé, il semble logique, qu'elle termine son temps de détention en prison.

Si, pendant cette incarceration, elle n'a pas besoin de nouveaux soins psychiatriques, elle sortira de prison à l'issue de sa peine et suivant la décision de justice. Elle pourra bénéficier de remises de peine dans ce cadre, ni plus ni moins que le cas ordinaire. Si elle a de nouveau besoin de soins psychiatriques, alors qu'elle est en prison, elle doit pouvoir retourner à l'hôpital psychiatrique pénitentiaire.

B2) Si la personne, malgré les soins, et étant hospitalisée sous contrainte comme peine substitutive de l'incarcération en prison est toujours à l'hôpital psychiatrique pénitentiaire, c'est qu'elle a encore besoin de soin. Cependant, la durée de sa peine doit pouvoir bénéficier des mêmes conditions que s'il était en prison. Le juge d'application des peines doit pouvoir se prononcer et les mêmes remises de peine s'appliquer. La durée de la **détention** doit être liée à la décision de la justice et non de la médecine.

B3) Si, à l'échéance de la détention, la personne a toujours besoin de soins, elle quittera l'établissement psychiatrique pénitentiaire. Elle se trouve alors dans la même situation que tout malade en psychiatrie : L'évaluation alors va relever de son besoin de soin, de sa demande et/ou de la compétence du Juge des Affaires Psychiatriques, tel que nous l'avons défini dans notre texte sur l'hospitalisation sous contrainte. Elle doit pouvoir bénéficier d'un soin en ambulatoire ou en milieu hospitalier en service libre ou sous contrainte, suivant sa situation.

3. Propositions concernant les tutelles et curatelles.

3.1. L'article 12 L'Association Advocacy France se bat pour la reconnaissance de la capacité juridique pour toutes les personnes handicapées, dont évidemment les personnes en situation de handicap psychique. Ce combat paraît aujourd'hui en France relever d'une démarche subversive quand il s'agit pour nous d'être simplement à la hauteur des exigences de la modernité. Il est effectivement curieux de constater que la dernière loi sur les tutelles, qui a notre sens ne change pas grand chose au fond, a été votée par le Parlement français à peu près

au même moment où l'Assemblée Générale des Nations Unies votait la Convention des Droits des Personnes Handicapées, et notamment son article 12 qui reconnaît la capacité juridique comme un droit fondamental pour les personnes handicapées. Evidemment la France a ratifié la Convention de l'ONU, évidemment, elle n'applique pas l'article 12, ni aucun autre pays, d'ailleurs. Ce n'est pas une raison pour ne pas se battre pour son respect et son application. Mieux que d'autres nous connaissons et sommes aux prises avec les difficultés et nous avons fait la preuve de notre sens des responsabilités, mais nous demandons au législateur : qui décide de l'incapacité d'une personne et au nom de quoi ? Comment dans ce domaine ne pas penser à l'arbitraire possible, quelque soit la bonne intention ? Comment ne pas évaluer l'impact de la disqualification. A l'heure où l'on trouve admirable qu'un homme écrive un livre avec la seule possibilité d'un clignement d'œil, il paraît médiéval de ne pas mettre en place un authentique et respectueux accompagnement aux décisions et de continuer à se substituer aux personnes. Dans ce combat, nous reprenons les propositions de l'Organisation Inclusion Europe. Ses propositions ont été approuvées à l'unanimité par le Forum Européen des Personnes Handicapées, qui les a fait siennes.

L'idée fondamentale est de remplacer des mesures où un tiers se substitue à la personne handicapée dans la prise de décision des dispositions et des dispositifs d'accompagnement à la prise de décision.

Nous reprenons ici les propositions des **8 mesures d'accompagnement** à la prise de décision élaborées par l'organisation de parents déficients intellectuels **Inclusion Europe** que nous résumons ci-dessous

1.Promouvoir l'accompagnement à l'auto-représentation (“self advocacy”)

L'accompagnement à la prise de décision tel qu'il est inscrit dans le texte de la Convention de l'ONU, commence par la pleine et totale capacité juridique de tous les citoyens, même ceux atteints d'une déficience sévère et profonde. Le texte stipule ensuite, le droit à bénéficier d'un accompagnement à la prise de décision, approprié, ainsi que les protections nécessaires :

Cela nécessite que l'environnement reconnaisse que les personnes ont des capacités en

- a1) Garantissant que les compétences d'auto-représentation soient dans les programmes scolaires
- a2) Créant des conditions de mise en place de groupes d'auto-représentation et accompagnement
- a3) Soutiennent et promeuvent les organisations d'auto-représentation.

2.Utiliser les mécanismes généraux de protection pour défendre au mieux les intérêts d'une personne

Les systèmes d'accompagnement à la prise de décisions ne sont pas les seules mesures mises en place pour protéger les intérêts d'une personne. La protection du consommateur, l'information au consommateur, le droit des patients, la protection juridique des locataires, les droits des usagers des transports, les employés,... sont autant de domaines parmi d'autres, pour lesquels les Etats Parties ont déjà installé des systèmes de protection des citoyens

3. Remplacer les systèmes traditionnels de tutelle par l'accompagnement à la prise de décision

Les Etats doivent établir un plan pour la mise en œuvre graduelle du système d'accompagnement à la prise de décision, nouvellement adopté : de nouvelles cours décisionnelles devaient mettre en œuvre ce système d'accompagnement ; les mesures traditionnelles de tutelle devraient être révisées, prenant en compte chaque cas, sur base de réformes juridiques appropriées ; ces mesures de tutelle devraient être progressivement remplacées par le système d'accompagnement à la prise de décision.

Il faudra du temps pour développer ce système qui court le risque de certains dysfonctionnements, si en même temps, toutes les mesures de tutelle traditionnelles sont déclarées illégales. Il faudra donc, pendant la période de transition, que le système de tutelle et les systèmes d'accompagnement à la prise de décision co-existent en parallèle. (Pour Advocacy France, ce temps de cohabitation devra être préalablement décidé pour éviter le provisoire qui dure.)

4. L'accompagnement à la prise de décision

Un système d'accompagnement à la prise de décision, agréé et fondé sur une loi, ne doit s'appliquer que quand cela est juridiquement nécessaire. – un accompagnement à la vie de tous les jours ne requiert pas systématiquement de telles mesures. Notamment les bénévoles qui accompagnent souvent la personne pour des actes pratiques de la vie quotidienne – faire les courses, rénover un appartement etc.. C'est pourquoi les accompagnants agréés devraient eux, se focaliser sur les décisions importantes, ayant une incidence juridique qui affecte la vie de la personne handicapée adulte : avec qui et où souhaite-t-elle vivre, ses choix de travail et d'activités quotidiennes, ses décisions médicales, définir ses possibilités d'activités de loisir, son choix de services d'accompagnement appropriés quand nécessaire. Les accompagnants agréés devront trouver un bon équilibre dans le soutien qu'ils apportent à la personne individuelle : ce soutien doit renforcer les capacités de la personne mais sans pour autant remplacer, mais au contraire encourager, le développement des réseaux de systèmes d'accompagnement existants. Les prestations des accompagnants devraient régulièrement être passées en revue.

5. Sélection et agrément des personnes accompagnatrices

Tout système d'accompagnement à la prise de décision se doit de répondre aux besoins de la personne handicapée individuelle. C'est pourquoi, l'accompagnant devrait être choisi par la personne individuelle handicapée. Le fait pour la personne handicapée de connaître personnellement l'éventuel futur accompagnant depuis un certain temps pourrait constituer un avantage. Il faudrait envisager la possibilité qu'une seule personne handicapée puisse avoir plusieurs accompagnants ; cela peut s'avérer être particulièrement important pour les personnes ayant des déficiences intellectuelles profondes : car un groupe d'accompagnants qui connaissent chacun les capacités de l'individu sous différents aspects, seront mieux à même de l'accompagner pour répondre à ses besoins.

6. Dépasser les entraves à la communication

7. Prévenir et résoudre les conflits entre accompagnant et accompagné

8. Mise en œuvre des garanties

3.2. Les autres articles de la CDPH-ONU.

Ces dispositions relatives à la capacité juridique seraient à notre sens incomplètes sans l'application de l'article 23 qui (nous citons le wnusp) « *garantit l'égalité dans la famille, la parentalité, le mariage et les relations, et le droit de conserver la fertilité, et assure que la*

garde des enfants de peut pas être refusée sur la base d'un handicap d'un parent ou de l'enfant.

Ce qui doit être fait :

- 1) Abroger les lois qui disqualifient les personnes handicapées de mariage, les relations sexuelles consensuelles, ou de l'exercice des droits parentaux.
- 2) Fin de la stérilisation forcée ou contrainte ou de l'avortement des personnes ayant un handicap psychosocial. (Voir aussi les articles 15, 16, 17.)
- 3) Veiller à ce que les gens ne perdent pas le droit ou la liberté d'avoir des relations sexuelles dans les prises en charge résidentielles ou lorsque vous utilisez les services d'aide à domicile.
- 4) Les assistants personnels devraient être disponibles pour les parents ayant un handicap psychosocial, si les parents souhaitent avoir une telle assistance.
- 5) Former des juges et des avocats pour s'assurer que les décisions sur la garde des enfants ne reflètent pas les préjugés au sujet des parents ou des enfants handicapés »

Enfin, va-t-on rester sans voix face à la question du droit de vote (et nous savons combien cela peut heurter certains lobbys) : Si la convention de l'ONU dans son article 29 est sans ambiguïté à ce propos, rappelons nous les débats qui ont nourri l'Assemblée Nationale entre les 2 guerres mondiales. Alors qu'aujourd'hui un grand pays comme l'Allemagne est dirigé par une femme sans que cela ne pose problème, les députés d'alors refusaient en France le droit de vote aux femmes au nom de leur incapacité. Il y a de cela 65 ans seulement. C'est absolument sans aucun humour que nous portons ici la comparaison entre les droits des personnes que l'on qualifions de folles et les droits des femmes. C'est avec raison que l'on dit que la mise sous tutelle des femmes n'est pas encore totalement dépassée dans bien des domaines. C'est, nous disait-on parce qu'elles avaient le cerveau plus petit que les hommes. La question de la reconnaissance de la capacité des fous à prendre la parole est une lutte d'émancipation qui prend exemple sur le combat féministe.