

Position et propositions de l'Association Advocacy France concernant l'hospitalisation sous contrainte

Le gouvernement souhaite faire voter par le parlement une nouvelle loi relative aux droits et à la protection des personnes hospitalisées en raison de troubles mentaux et à leurs conditions d'hospitalisation qui viendrait se substituer à la loi du 27 juin 1990.

Ceci est pour l'association Advocacy France l'occasion de faire connaître sa position et ses propositions dans ce domaine.

Il est important que la voix des personnes intéressées directement soit entendue par le législateur sur une question aussi grave.

L'association Advocacy France est une association nationale d'usagers de la santé mentale, membre du Réseau Européen des Usagers et Survivants de la Psychiatrie (ENUSP / REUSP), de Santé Mentale Europe (SME / MHE), de la Fédération Mondiale de Santé Mentale (FMSM / WFMH), du Groupement Français des Personnes Handicapées (GFPH), de l'UNIOPSS, de la FNARS, du CFHE.

La position de l'Association Advocacy France s'appuie notamment sur la recommandation n°10 de 2004 du conseil des ministres du Conseil de l'Europe sur la protection des droits humains pour les personnes avec des troubles mentaux, signée par la France, la Déclaration Intergouvernementale d'Helsinki sur la Santé Mentale du 15 janvier 2005, signée par la France, la convention de l'ONU sur les droits des personnes handicapées de décembre 2006, signée par la France le 31 mars 2007 (non encore ratifiée).

L'association Advocacy France demande au législateur d'être fidèle aux recommandations de ces trois textes afin d'être :

- Respectueux des droits de l'homme notamment au principe de la liberté individuelle.
- Attentif au principe de non ségrégation et non discrimination du fait de la maladie et/ou du handicap.
- Vigilant à la responsabilité de la puissance publique dans l'accès au soin pour tous.

Nous affirmons que :

- Ces principes généraux peuvent et doivent être respectés dans le cadre d'une loi régissant l'hospitalisation sous contrainte par des dispositions concrètes.
- 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 contrainte met alors la puissance publique dans l'obligation d'apporter à la personne l'attention et le soin dont elle a besoin dans les plus brefs délais.
- La loi nécessaire à la mesure privative de liberté qui en résulte ne doit pas être une loi spécifique désignant une catégorie de personnes à savoir les malades mentaux. (En cela, elle serait clairement ségrégative).
- **Cette loi doit être une loi de droit commun reposant non sur l'évaluation de la personne, mais sur l'évaluation de la situation.**

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. Cette mesure peut être nécessaire dans des cas ne relevant pas de la psychiatrie (SDF en danger par grand froid refusant d'être aidé, mesure de transfusion sanguine refusée, 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. La présence d'un certificat médical est nécessaire si l'orientation se fait alors vers un établissement sanitaire.

Nous sommes contre la mise en place 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** » peut permettre la mise en place d'un traitement négocié.

Le placement dans l'espace sanitaire 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 ».

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.

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 pourrait être un juge civil, équivalent au juge des tutelles. 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.

Il aurait à se prononcer sur :

1) L'hospitalisation sous contrainte, dans un délai de 72h maximum suivant l'évènement ayant justifié la contrainte.

Ce juge prend cette décision au vu du certificat médical circonstancié ayant accompagné la prise de décision et du certificat médical circonstancié du médecin du service accueillant la personne après l'hospitalisation.

2) Le maintien de l'hospitalisation sous contrainte. Le juge pourra confirmer le maintien de la mesure de contrainte, au vu, à chaque fois d'un certificat médical circonstancié du médecin du service accueillant la personne :

* 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.

1) 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.
- 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.