

**Intervention d'Advocacy France à l'Audition par
la Commission santé Mentale de l'Assemblée Nationale le 21.02.2013
(Rapporteur Mr Claude Deutsch, secrétaire Général)**

Préambule: Rappel succinct de ce qui fonde l'association Advocacy France, association d'usagers en santé mentale , de ses cinq activités de base:1. le soutien à l'accès aux droits et aux recours. 2.L'animation de groupes d'entraide mutuelle basés sur le principe de l'empowerment, les Espaces Conviviaux Citoyens. 3. La représentation des usagers dans les instances. 4. Les prises de position, soit directement, soit au sein de collectifs, soit au sein d'organisations fédératives françaises ou européennes (ENUSP, SME/MHE). Evocation du projet de la journée d'étude du 25.05.2013, organisée par le Collectif alternatif en Psychiatrie, Nous remercions Mr Robiliard d'avoir accepté d'y intervenir 5. La formation des usagers. S'appuyant sur notre devise:" Le jour où des personnes peu habituées à parler seront entendues par des personnes peu habituées à écouter, de grandes choses pourront arriver", notre intervention se limitera à la question de la contrainte en psychiatrie, conformément à la demande de la commission, qui pourra consulter notre site:advocacy.fr

1. Quelque soit notre **attachement** aux principes fondamentaux des **Droits de l'Homme**, nous pensons **qu'on ne peut exclure la contrainte au niveau du principe**. Ce serait nier la réalité des problèmes que nous connaissons, en tant qu'usagers, **MAIS**

A. Pas de privation de liberté sans décision de justice (DDH, art 7) au delà d'un délai de 48h de "garde à vue " administrative (jurisprudence de la CEDH)

B. La contrainte doit être considéré, non comme un fait ordinaire mais un fait extraordinaire. A ce titre, elle doit être **un acte exceptionnel**.

C. Cet acte doit être **motivé** . C'est un acte qui s'impose au témoin au nom de la solidarité vis à vis d'une **personne en danger**, acte motivé par la **situation**.

D. Enfin, cette décision doit être prise après constat d'impuissance au recours au dialogue. Elle doit être **justifiée par l'absence avérée de tout dialogue possible**.

C'est à ces conditions que la contrainte " psychiatrique" peut être compatible avec les Droits de l'Homme et du Citoyen

2. **Le soin sans consentement en extrahospitalier** légalisé par la loi du 5 juillet 2011 doit être **abrogé**.

A. C'est le **déni** même de la notion **de soin** en santé mentale qui vise à la réappropriation des capacités par la personne en souffrance psychique

B. C'est une **contradiction**. Si la contrainte est la **réponse à une situation de crise**, comment peut-on penser que le traitement en ambulatoire est compatible avec la situation de crise? C'est évidemment impossible. Le **traitement en ambulatoire** ne peut se penser qu'au long

cours, dans le cas d'une personne stabilisée. Dans ce cas , la contrainte ne peut être qu'un outil de pouvoir ,permettant l'absence de dialogue.

C. L'anosognosie, invoquée pour justifier cette pratique a conçue par Korsakoff en tant que syndrome **neurologique**. L'utiliser en psychiatrie est un **abus** et un détournement **épistémologique**. Certes, il a été utilisé par le Président Chirac pour ne pas se présenter au tribunal. Par ailleurs le fait de ne pas se rendre compte des absurdités que l'on dit et des effets de son comportement, cette absence d'autocritique est un comportement assez répandu. Est-ce une maladie. Prétendre que quelqu'un est incapable de consentir, sans dire à quoi et à qui, est un déni de reconnaissance de la personne humaine.

3. Les **solutions** que nous préconisons.

A. **Abrogation** du soin sans consentement en ambulatoire par l'abrogation de la loi du 5.07.2011 dont elle est la motivation essentielle.

B. Instauration d'une vraie **judiciarisation dans les 48h**, avec suivi régulier du bien fondé de la mesure par le juge.

B1. Définition de la **mesure** comme prise **en raison de la situation** et non de l'état de santé de la personne, ce qui serait un comportement discriminatoire conformément à l'esprit de la loi du 27 mai 2008, modifiée le 6 Août 2012 et de la Convention de l'ONU des Droits de personnes handicapées, ratifiée par la France.

C. Instauration d'un **juge des affaires psychiatriques** et moyen donnés à ce juge de pouvoir prendre et suivre les décisions régulièrement (nous pouvons proposer un échéancier).

D. Instauration de **dispositifs et de dispositions** permettant de véritables situations de **dialogue** avec la personne en souffrance psychique:

D1 Mise en place **d'équipes psychiatriques "de crise"** en capacité de répondre à des situations de crise en urgence, en instaurant un dialogue.

D2 Mise en place et reconnaissance en psychiatrie de la **"personne de confiance"**, interpellable facilement par la personne concernée.

D3 Mise en place d'un **service d'écoute, de reconnaissance des plaintes**, de soutien aux droits et au recours, et sa reconnaissance comme outil efficace de la prévention des crises.

4. **Rien à notre sujet sans nous.**

A. Bien évidemment différente de l'approche de la question par le médecin et par le juge, la position de l'usager est essentielle. **Comment penser la question de la loi sans entendre ce que les intéressés eux-mêmes ont à dire?** Nous remercions la Commission d'avoir mis fin à une procédure, trop longtemps dominante, de disqualification apriori de la parole des

personnes en souffrance psychique. Aujourd'hui, nous souhaitons que soit considérée comme **prioritaire** et non pas accessoire, **la parole des intéressés** comme c'est le cas pour toutes les lois concernant les mœurs et les questions relatives à **l'égalité des droits**.

B. L'introduction de la judiciarisation introduit aujourd'hui un **changement de paradigme** qui nécessite un changement de **regard de la société** que le législateur se doit d'accompagner, sinon d'inciter.

B1 Il s'agit de considérer, ce qui est encore trop rarement le cas, les personnes en souffrance psychiques comme a priori **sujets de droit**. La reconnaissance comme sujet de droit est un préalable de la reconnaissance de la personne comme sujet. Le droit ne saurait être conditionné et plutôt que de se focaliser sur la notion de déficience, convient-il de **d'abord reconnaître le droit**, et, ensuite mettre en place les **compensations nécessaires**, et si nécessaires, à l'exercice d'une pleine citoyenneté. "Pouvoir dire" permet également de dialectiser l'agressivité, prévient les passages à l'acte.

C. Concrètement, dans le cadre de la judiciarisation de la contrainte psychiatrique, tenir compte de l'usager, c'est lui **donner les moyens de s'exprimer**: ni convocation au tribunal, ni visioconférence qui ne peuvent être que mal vécues, soutien systématique d'un avocat choisi et volontaire et/ou d'une personne de confiance. **L'information** doit être claire. Aujourd'hui, les personnes en soin psychiatriques ne savent plus si elles sont en soin consentis ou mis sous contraintes.

5. Addenda.

Nous avons limité volontairement notre propos aux questions les plus urgentes relatives à la loi du 5.07.2011. Cependant quelques remarques complémentaires s'imposent.

A. Nous militons pour que **la contrainte dite "psychiatrique"** ne soit **pas assimilée à une peine**. Une mesure de contrainte imposée en l'absence de passage à l'acte ne doit pas être assimilée à une condamnation pour délit. Dans ce sens, nous demandons que les délinquants soient jugés et soignés et que les deux mesures ne soient pas confondues. Nous sommes à la disposition de la commission pour développer ce point.(voir notre site)

B. La discrimination pour maladie mentale doit être remise dans son contexte, et la prise en compte de la souffrance psychique ne doit pas prendre le pas sur la reconnaissance de la personne comme personne à part entière et entraîner une **stigmatisation**. Il faut insister sur le fait que l'alcoolisme n'est plus considéré comme relevant du champ psychiatrique. **L'homosexualité n'est plus considérée comme une maladie mentale**, alors que c'était encore le cas, il y a trente ans. La toxicomanie, l'addiction sont-elles des maladies? La question mérite d'être posée surtout quand on sait que les expériences sous toxique produisent les mêmes sensations que les expériences délirantes. Ces réflexions doivent nous induire à la plus **grande prudence dans l'utilisation de diagnostic** notamment par une pratique systématique du DSM.

C. **Réponse**. Le professeur **Lazarus** a soulevé deux questions qui méritent réponse:

1. Tout d'abord, il a montré avec pertinence le jeu de force dans lequel sont pris tous les soignants en santé mentale, écartelés entre prise en compte de la personne pour être fidèles au serment d'Hippocrate et la demande de la société qu'il participe de la sérénité sociale. Le soignant ne sait plus si il soigne ou si il garde, son rôle mériterait d'être redéfini. Nous partageons totalement le sentiment du Pr Lazarus à ce sujet. **Les soignants ont à répondre à la fois au mandat qui leur est confié et à la demande de la personne qui souffre.** C'est ce que nous avons appelé le paradoxe du soignant. Sans doute y a-t-il une position possible pour une position soignante qui consiste dans "l'être-là", témoignant d'une solidarité sans indifférence, et sans ingérence intrusive, afin de permettre la réappropriation des capacités . Il ne s'agit pas de confondre les compétences, mais de reconnaître comme savoir l'expérience de celui qui souffre. Le soin, qu'il relève du traitement médical, comme de l'accompagnement (l'anglais dispose de 3 mots, care, cure, treatment, là où le français n'en possède qu'un) peut et doit être disposé à partir du projet de la personne et non à sa place. Et que l'on nous dise pas qu'elle en est incapable, qu'elle est trop folle pour cela! On peut échanger avec une personne en plein délire, pour peu qu'on cherche à le faire. **Pour nous, un professionnel doit toujours commencer par écouter les attentes d'une personnes en souffrance psychique, et organiser les aides en fonction, et non le contraire...** Comme c'est bien souvent le cas.

2. Enfin, le Professeur Lazarus a regretté que nos interventions se soient limitées à la psychiatrie publique et à l'hôpital. Ce faisant, nous avons cherché à répondre aux attentes de la Commission. Il est évident, pour nous, que la question du respect a priori des droits des personnes en souffrance psychique se posent aujourd'hui essentiellement **dans la Cité**, et nous militons activement pour une application de la **Convention de l'ONU** des Droits des Personnes Handicapées et notamment de son **article 12**, qui reconnaît comme un droit fondamental la pleine capacité juridique pour les personnes handicapées. Cela entraînera, nous en sommes convaincus, un changement important. Il faudra créer des outils à l'aide à la prise de décision, en lieu et place de la pratique de substitution à la personne dans la prise de décision. Sans doute le soutien médical est-il souvent nécessaire et souhaité. Mais ne pourrait-on concevoir, en psychiatrie, une approche qui **intègre ce soutien médical** dans le souci de l'autre en général et l'intégrer à **des "maisons de la solidarité"**, plutôt que de le faire rentrer dans une logique sanitaire dominée par la notion de l'acte et de l'opérateur.

Nous tenons à vous remercier de l'attention que vous nous avez apporté.

