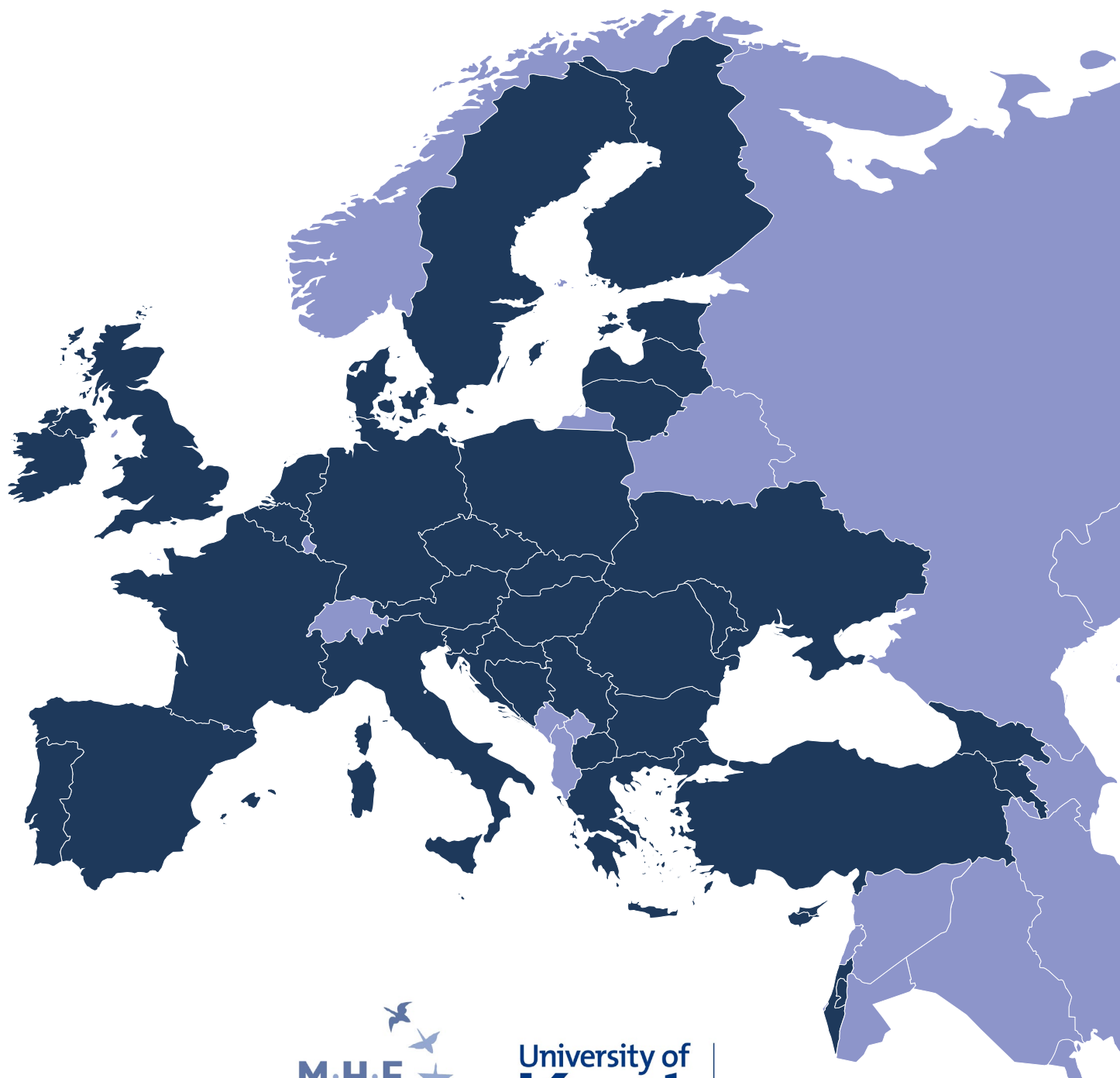

MAPPING & UNDERSTANDING EXCLUSION IN EUROPE



University of
Kent

Tizard
Centre

SYNTHESE ANALYTIQUE

Le présent rapport qui s'intitule « Cartographie et compréhension de l'exclusion — les services et pratiques des institutions psychiatriques, les soins sans consentement, et les services de santé mentale de proximité en Europe » constitue une nouvelle édition augmentée du rapport « Cartographie de l'exclusion » de 2012, établi par Santé Mentale Europe. Il a été préparé par l'Université du Kent et Santé Mentale Europe - Mental Health Europe (SME – MHE), avec l'aide de ses membres et des organisations partenaires ainsi qu'avec le soutien de l'initiative pour la santé mentale de l'Open Society Foundations et du programme « Droits, égalité et citoyenneté » de l'Union européenne. Le rapport vise à récolter des informations à jour et plus complètes, sur les lois des pays européens en matière de santé mentale, sur le recours aux placements en établissement, et à l'hospitalisation et aux soins sans consentement ou forcés, sur l'exercice de mesures d'isolement et de contention et également sur de nouveaux enjeux dans le secteur de la santé mentale, en Europe. En cartographiant les systèmes de santé mentale en Europe, le rapport permet également de clarifier la situation en ce qui concerne le respect des droits humains des personnes usagères des services de santé mentale et celles en situation de handicap psychosocial. Pour cette nouvelle édition, une attention particulière est accordée au vécu de personnes ayant fait l'objet d'un placement en institution ou contraintes à l'hospitalisation et/ou aux soins de psychiatrie sans leur consentement, ce qui, nous l'espérons, contribuera à approfondir davantage la compréhension de l'exclusion à laquelle ces personnes font face dans la société.

Le rapport montre que, bien qu'il y ait eu un léger changement par rapport à la situation décrite en 2012, il existe encore un nombre considérable de personnes ayant un problème de santé mentale qui vivent dans des institutions partout en Europe et qui ont besoin de services de proximité, dits « communautaires ». Même si des réformes ont été mises en place, le rapport démontre que de nombreux obstacles subsistent tels qu'une coopération insuffisante entre les services sociaux et de la santé, une pénurie de services communautaires conformes aux droits humains, la transinstitutionnalisation et l'austérité. En outre, au cours des dernières années la désinstitutionnalisation a été dépeinte comme un enjeu essentiel principalement en Europe centrale et orientale ; cependant, des institutions où vivent toujours des dizaines de milliers de personnes souffrant de troubles psychiques existent dans plusieurs pays occidentaux parmi lesquels la France, la Belgique, l'Irlande, les Pays-Bas, le Portugal et l'Allemagne et peu d'efforts sont déployés pour faire face à cette situation. En Europe centrale et orientale, la mise en œuvre des programmes de désinstitutionnalisation financés par l'UE a procédé lentement et il n'existe que peu de données sur les résultats réels de ces programmes destinés aux personnes ayant des problèmes de santé mentale ou en situation de handicap psychosocial.

Les témoignages personnels — gracieusement fournis par des personnes qui ont vécu des expériences liées aux mesures contraintes et recueillis aux fins du présent rapport — montrent que le placement et le traitement sans consentement peuvent entraîner des répercussions à long terme qui s'avèrent dévastatrices dans la vie de ces personnes. Le manque d'information avant et après l'internement, les piètres conditions matérielles, l'administration forcée de médicaments comportant des effets indésirables graves, l'absence d'aide juridique, les dégâts physiques et psychologiques, l'isolement social et physique et la stigmatisation sont tous des éléments présents dans les témoignages personnels des ex-usagers et des survivants de la psychiatrie.

En 2012, le précédent rapport sur l'exclusion faisait état du fait que plusieurs pays planifiaient ou mettaient en œuvre progressivement des réformes liées à la capacité juridique, ce qui s'avérait prometteur. Toutefois, en 2017, notre rapport relève que seulement quelques pays ont réellement modifié leurs lois à cet égard et que la mise en œuvre pratique d'un système d'accompagnement à la prise de décision demeure insuffisante presque partout. Dans l'ensemble, les données recueillies dans le cadre du présent rapport indiquent qu'il faut continuer à considérer les enjeux liés aux droits humains auxquels font face les personnes ayant un problème de santé mentale ou en situation de handicap psychosocial comme un sujet de préoccupation majeure.

RECOMMANDATIONS

Sur la base des résultats de notre rapport, nous émettons les recommandations suivantes :

1. Si les Etats en sont dépourvus, adopter des stratégies de désinstitutionnalisation avec une approche globale qui respectent les normes en matière de droits humains, en collaboration avec des associations représentatives de personnes ayant des problèmes de santé mentale ou en situation de handicap psychosocial, ainsi qu'avec d'autres intervenants pertinents, et notamment tous les ministères et les secteurs pertinents, y compris les secteurs des soins de santé, des services sociaux et de l'emploi, et dotées d'un financement suffisant pour assurer une transition durable vers des services et des mesures de soutien en santé mentale axés sur le rétablissement, respectueux des droits de la personne et fondés sur une approche communautaire.
2. Afin de réduire l'utilisation de la contrainte dans les services de santé mentale, les Etats européens devraient :
 - Adopter des politiques qui visent à réduire immédiatement l'utilisation de la contrainte dans les services de santé mentale et à terme proscrire ces pratiques en conformité avec les normes en matière de droits humains. Les politiques et les pratiques doivent également se concentrer sur les objectifs suivants : informer les personnes et leurs familles sur leurs droits et leur santé ; améliorer la communication entre les équipes de l'hôpital et des services de proximité ; adopter des procédures et d'autres techniques de désescalade en visant la « tolérance zéro » de la contrainte ; mettre en place des unités mobiles pour la prise en charge ambulatoire ; proposer des formations en droits humains aux usagers des services de santé mentale et aux professionnels, en portant une attention particulière à la Convention relative aux droits des personnes handicapées (CDPH) de l'Organisation des Nations Unies (ONU) et au consentement éclairé.
 - Favoriser la capacitation (« empowerment ») des (ex)usagers des services de santé mentale, des personnes en situation de handicap psychosocial et leurs associations représentatives et s'assurer qu'ils connaissent leurs droits et puissent participer à toutes les prises de décisions les concernant, conformément à l'article 4.3 de la CDPH de l'ONU.
 - Progresser vers des systèmes de soutien à la prise de décision au lieu de maintenir des régimes de prise de décision substitutive, conformément à l'article 12 de la CDPH de l'ONU, ce qui comprend le recours à une modification des lois en matière de capacité juridique et de psychiatrie/santé mentale ainsi que la création de services de soutien et le développement accru de bonnes pratiques.
 - Veillez à faire déclarer et recenser de façon adéquate tous les cas de recours à l'hospitalisation et/ou aux soins sans consentement, à l'isolement et à la contention et, d'autre part, les raisons justifiant de tels recours, et en diffuser publiquement ces données.
3. Conformément à l'article 31 de la CDPH de l'ONU, les Etats doivent recueillir des données sur le placement en institution et en rendre les statistiques disponibles au public. Ces statistiques doivent être désagrégées de manière à inclure des données sur le nombre de personnes placées en institution ou établissement, le type d'établissement, la durée des séjours, les raisons justifiant ces placements et les caractéristiques démographiques telles que l'âge et le sexe des personnes concernées.
4. Conformément à l'article 8 de la CDPH de l'ONU, les Etats doivent investir dans des programmes de lutte contre la stigmatisation qui sont fondés sur les preuves auprès du grand public. Des campagnes d'information et de sensibilisation à la fois à l'échelle nationale et locale devraient toujours faire partie intégrante des réformes dans le domaine de la santé mentale, ainsi que dans le cadre de stratégies et de la mise en exécution de la désinstitutionnalisation.
5. Les Etats doivent introduire des systèmes de budget personnel au bénéfice des personnes handicapées afin d'appuyer la désinstitutionnalisation, la vie autonome et communautaire. Les Etats déjà dotés de tels systèmes devraient s'assurer que ceux-ci soient disponibles pour les personnes présentant des handicaps psychosociaux au même titre que pour d'autres personnes handicapées.
6. Les Etats devraient suivre davantage l'évolution des programmes de désinstitutionnalisation et recueillir des données, afin de s'assurer que les personnes ayant un problème de santé mentale bénéficient des réformes et que les solutions alternatives de remplacement formulées au moyen de ces programmes soutiennent réellement la vie autonome et communautaire, aux termes de l'article 19 de la CDPH de l'ONU.
7. L'Union européenne (UE) devrait assurer la continuité du soutien essentiel apporté à la transition de services institutionnels vers des services de proximité dans le cadre financier pluriannuel postérieur à 2020, d'une part, en renforçant les conditions des règlements qui régissent l'utilisation des fonds, en élargissant et en soumettant celles-ci à un contrôle efficace et, d'autre part, en s'assurant que les processus de financement soient simplifiés et réformés en vue d'assurer que tous les fonds soient utilisés de façon à en optimiser au maximum leur impact et ce en conformité avec les normes en matière de droits humains.
8. Les efforts à l'échelle de l'UE devraient être complétés par des échanges d'informations et d'expériences entre pays, dans le domaine de la santé mentale, ce qui comprend la mise en oeuvre des principes de l'Action conjointe pour la santé mentale et le bien-être, ainsi que des contributions à la base de données « EU Compass » sur la santé mentale et le bien-être.
9. L'UE devrait fournir l'aide financière nécessaire pour la recherche d'alternatives pour remplacer l'utilisation de la contrainte en psychiatrie, pour développer d'avantage les bonnes pratiques liées au soutien à la prise de décision, et pour la capacitation et l'autonomisation des usagers des services de santé mentale et les personnes en situation de handicap psychosocial.



FRANCE

PROFIL DU PAYS

- **Population : 67 024 459 (Eurostat, 2017)**
- **Signature CDPH : OUI, Ratification CDPH : OUI**

Synthèse

Depuis 2015, la France n'a plus engagé de « Plan de Santé Mentale » proprement dit. Un plan national interministériel devrait être consacré au handicap psychique, ainsi qu'une action au niveau des territoires de santé en région ayant une responsabilité accrue et des plans propres à leurs territoires. En 2016, le nombre et le rôle des « Conseil Locaux de Santé Mentale » ont été renforcés, cependant la représentation des usagers/survivants de la psychiatrie reste limitée au sein de ces Conseils, tout comme au sein des organes nationaux ou régionaux. Il y a des disparités importantes entre territoires aussi bien en ce qui concerne les moyens dont disposent les services sociaux et de santé mentale et les services rendus à la population. Depuis la réforme de la loi en 2011/2013 qui introduit pour la première fois l'intervention du juge des libertés et de la détention dans le contrôle des mesures de soins sans consentement, les principales préoccupations sont le nombre accru de mesures d'hospitalisations et de soins ambulatoires sans consentement, l'extension des modalités de prise en charge sans consentement aux soins ambulatoires dans le cadre des programmes de soins ainsi que questions des pratiques d'isolement et de contention. Le taux important de recours aux séjours en établissement au long cours, les pratiques en matière de « protection » juridique des majeurs (tutelle/curatelle), ainsi que les soins et les placements en établissement de manière transfrontalière en Belgique de citoyens français en situation de handicap psychique sont également problématiques.

INFORMATIONS DÉTAILLÉES

Etablissements de santé autorisés en psychiatrie : prises en charge à temps complet

En France, les soins psychiatriques en milieu hospitalier sont pratiqués au sein d'établissement publics ou privés spécialisés en psychiatrie, ainsi que dans les services psychiatriques d'établissements pluridisciplinaires (ou « hôpitaux généraux »). Ces établissements n'ont pas vocation à assurer « des lits de long séjour », bien qu'environ 5 % des personnes présentes en hospitalisation à temps plein pour des soins psychiatriques le sont depuis plus d'un an (soit environ 15 000 patients une année donnée, occupant un lit de psychiatrie sur quatre).

Type d'établissement	Nombre d'établissements	Lits	Patients / an	Durée de séjour	Secteur
Lits des services psychiatriques au sein des établissements pluridisciplinaires	182	11,750	97,147	Durée moyenne d'hospitalisation annuelle (période continue ou non) : 38 jours, Durée moyenne de séjour : 21 jours, 2 % hospitalisés depuis plus d'un an	public
Lits au sein des établissements spécialisés (publics)	90	22,382	141,701	Durée moyenne d'hospitalisation annuelle (période continue ou non) : 52 jours, Durée moyenne de séjour : 30 jours, 6 % hospitalisés depuis plus d'un an	public

Lits au sein des établissements spécialisés (à but non lucratif)	63	6,944	39,012	Durée moyenne d'hospitalisation annuelle (période continue ou non) : 56 jours, Durée moyenne de séjour : 31 jours, 5 % hospitalisés depuis plus d'un an	A but non lucratif (privé d'intérêt collectif)
Lits au sein des établissements spécialisés (privé, à but lucratif)	150	13,138	65,476	Durée moyenne d'hospitalisation annuelle (période continue ou non) : 70 jours, Durée moyenne de séjour : 38 jours, 0.7% hospitalisés pour plus d'un an	Privé, à but lucratif

Source : SAE 2015 (Statistique annuelle des établissements de santé), Rim-P 2015, exploitation Irdes, Enquête ES 2014 : Ida Falinower (DREES), 2016, « L'offre d'accueil des personnes handicapées dans les établissements et services médico-sociaux entre 2010 et 2014 », Études et Résultats, n°975, Drees, septembre 2016 (données indiquées ici pour 2014 et 2015).

Etablissements sanitaires et médicosociaux

Type d'établissement	Nombre d'établissements	Lits	Résidents / an	Durée de séjour	Public ciblé
Etablissements de protection sociale (en partie ventilés par type d'établissement ci-dessous en italiques)	4,480	146,610			Pour adultes en situation de tout type de handicap, de 13 % à 32 % des personnes hébergées ont des problèmes de santé mentale
Foyers de postcure	47	1,448	3,236	Court et moyen séjour	100 % destiné aux patients quittant l'hospitalisation en psychiatrie à temps complets
Accueil familial thérapeutique	164	3,805	3,187	Court et moyen séjour	100% destiné aux personnes vivant avec des troubles psychiques
Accueil familial social	n.a.*			Moyen et long séjour	Pour adultes en situation de tout type de handicap
Foyers d'hébergement pour adultes Handicapés)	n.a.*	39,081	37,200	Long séjour	Dont 19 % ayant une "déficience psychique"
Foyer d'accueil polyvalent et Foyers occupationnels	n.a.*	53,900	Pas de statistiques fiables disponibles	Long séjour	Dont 19 % ayant une "déficience psychique"
Maisons d'accueil spécialisées (MAS)	n.a.*	27,628	27,200	Court et moyen séjour	Dont 13 % ayant une "déficience psychique"
Foyer d'accueil médicalisé (FAM)	n.a.*	26,583	25,800	Long séjour	Dont 24 % ayant une "déficience psychique"



Unités pour Malades Difficiles (UMD))	10	620	Pas de statistiques fiables disponibles	Moyen et long séjour	100 % destiné aux personnes jugées non responsables pénalement ou présentant pour autrui un danger
Unités hospitalières spécialement aménagées (UHSA)	8 (une 9ème unité devrait s'ouvrir fin 2017 à Marseille)	440	Pas de statistiques fiables disponibles	Court séjour	Réservées exclusivement aux personnes placées sous mains de justice nécessitant des soins psychiatriques en hospitalisation complète

Source : SAE 2015 (Statistique annuelle des établissements de santé), Rim-P 2015, exploitation Irdes, Enquête ES 2014 : Ida Falinower (DREES), 2016, « L'offre d'accueil des personnes handicapées dans les établissements et services médico-sociaux entre 2010 et 2014 », Etudes et Résultats, n°975, Drees, septembre 2016 (données indiquées ici pour 2014 et 2015).

* Ces données ne sont plus publiées par la DREES depuis 2012.

Services de santé mentale et de soutien et accompagnement de proximité

Type de service de proximité	Nombre	Patients / usagers (par an)	Secteur	Financement	Public ciblé
CMP - Centre médico-psychologique (ambulatoire)	2,171	1.3 million	89 % public et 11 % à but non lucratif	Budget global alloué à la psychiatrie publique	
Services de jour	18 188 places en hôpitaux de jour + 271 ateliers thérapeutiques + 1 234 Centres d'accueil thérapeutique à temps partiel (CATTP)	84 657 usagers des hôpitaux de jour, 6 890 usagers des ateliers thérapeutiques, 70 136 usagers des CATTP	75 % public, 18 % à but non lucratif, 7 % des hôpitaux de jour dans le secteur privé, 90% des CATTP dans le secteur public et 10 % à but non lucratif	Budget global alloué à la psychiatrie publique	
Day services	18,188 places in day-hospitals + 271 therapeutic workshop units (ateliers thérapeutiques) + 1,234 therapeutic activity centres (CATTP)	84,657 users of day hospitals, 6,890 users of therapeutic workshop, 70,136 users of therapeutic activity centres	75% public, 18% not for profit, 7% private for day hospitals, 90% public for CATTP, 10% not for profit	General budget allocated to public psychiatry	
SAVS - Services d'accompagnement à la vie sociale et SAMSAH - Services d'accompagnement médico-social	Données non disponibles	50 103	Public	Public	Tout type de handicap, dont 28 % ayant une "déficience psychique"



4 Country reports

Soutien par les pairs / réseaux de pairaidance	Environ 30 médiateurs de santé pairs travaillant en 2017		Principalement en psychiatrie publique et CMP, également au sein de quelques équipes mobiles	Public	
Associations d'(ex) usagers/survivants de la psychiatrie/ personnes en situation de handicap psychosocial	Environ 12		A but non lucratif	Public et privé	Toutes sont des associations mixtes composées à la fois d'usagers, membres de la famille/entourage et professionnels. Plus de la moitié sont consacrées à des pathologies spécifiques.
Clubhouses	1 Clubhouse à Paris basé sur le modèle "Clubhouse international". 352 GEM (Groupes d'entraide mutuelle)		A but non lucratif	Public et privé	Clubhouse fondé et géré par les membres de la famille et des professionnels. Les GEM sont agréés et financés par l'État.
Réseaux des ententeurs de voix	1 Réseau français des ententeurs de voix (REV) avec quelques groupes en région (Morlaix, Digne, Grenoble)		A but non lucratif	Public et privé	
Réseaux de soutien culturel	n.a.				

Source : SAE (Statistique annuelle des établissements de santé), exploitation Irdes DREES, Panorama des Etablissements de santé, 2017, pp.88-91, CNSA pour les GEM (données indiquées ici pour 2015)

Services d'hébergement dans la cité pour adultes ayant des problèmes de santé mentale

Il n'existe pas en France de « lieux de sanctuaire » - tel que compris par les usagers des services de santé mentale au niveau international - pour des personnes en état de crise psychique. Il existe des « centres d'accueil et de crise » dirigés par des professionnels dont le nombre et les horaires d'ouverture ont été réduits. Certains sont situés au sein même des établissements de psychiatrie. Il n'existe pas de données à jour sur d'autres services d'hébergement dans la cité, tels que les "appartements associatifs", "familles gouvernantes" ou "maisons relais", qui sont relativement limités en nombre.



Type de service de proximité	Nombre	Places / lits	Usagers / patients (par an)	Durée de séjour	Secteur
Appartements thérapeutiques	88	1,397	1 510	Quelques mois à plusieurs années. Souvent par période de 6 mois, renouvelable.	Public et à but non lucratif
Centre d'accueil et de crise	Données indisponibles	452	3 179	Court séjour	Public
Maison type Soteria / de Répit (Lieu de répit PADUPP)	Un lieu de répit s'est ouvert à Marseille fin 2017 à titre expérimental	6	N/A	Court séjour	A but non lucratif financé par le secteur public
Hospitalisation à domicile	Données indisponibles	653	1 697	Données indisponibles	Public

Source : SAE (Statistique annuelle des établissements de santé), 2015

Budget personnel

Il n'y a aucun système de budget personnel en France pour des personnes ayant un problème de santé mentale ou en situation de handicap psychosocial

Hospitalisation et soins sans consentement

Le 5 juillet 2011, le Parlement français a adopté Loi n° 2011-803 « relative aux droits et à la protection des personnes faisant l'objet de soins psychiatriques et aux modalités de leur prise en charge » réformant la loi précédente sur l'hospitalisation et les soins sans consentement datant de 1990. Par la suite, une Question prioritaire de constitutionnalité (QPC) soumise par l'association CRPA qui défend les droits des personnes hospitalisées sans leur consentement et lutte contre l'internement abusif, a entraîné la modification de cette loi par la loi n° 2013-869 en date du 27 septembre 2013 assurant de meilleures garanties du respect des droits des patients.

Il existe quatre formes principales d'hospitalisation sans consentement :

à la demande écrite d'un tiers (très souvent un membre de la famille), qui nécessite deux certificats médicaux (dont au moins établi par un médecin n'exerçant pas dans l'établissement d'accueil) ;

à la demande « urgente » d'un tiers (très souvent un membre de la famille), nécessitant un seul certificat médical qui peut être établi par un médecin exerçant dans l'établissement d'accueil ;

en cas de « péril imminent » à la demande du directeur de l'établissement d'accueil, et nécessitant un seul certificat médical d'un médecin n'exerçant pas dans l'établissement d'accueil ;

sur décision d'un représentant de l'Etat (Préfet) lorsqu'il y a « nécessité de soins et d'une surveillance médicale constante ou régulière » et il y a « atteinte à la sûreté des personnes ou à l'ordre public ». Dans ce cas un seul certificat médical d'un médecin n'exerçant pas dans l'établissement d'accueil est nécessaire.

Les conditions qui doivent être réunies pour l'admission sans consentement sont : l'impossibilité pour le patient de consentir aux soins, son état mental impose des soins immédiats assortis soit d'une surveillance médicale justifiant une hospitalisation complète ou une surveillance médicale régulière en ambulatoire. Une condition supplémentaire s'applique à ces deux dernières formes d'hospitalisation : un risque grave d'atteinte à l'intégrité du patient.

La personne hospitalisée sans consentement fait l'objet d'une période initiale d'observation de 72 heures avant la décision d'hospitalisation à temps complet ou de soins en ambulatoire sans son consentement.

Pour la première fois de l'histoire, la nouvelle loi exige l'intervention du juge des libertés et de la détention (JLD) dans le contrôle de la mesure de soins sans consentement par le biais d'une audience qui doit avoir lieu dans les 12 jours suivant l'admission de la personne. Les personnes hospitalisées sans leur consentement ont droit à l'assistance d'un avocat commis d'office, et ont la possibilité de saisir le juge pour demander la mainlevée de ces mesures. Depuis le 1 septembre 2014, la plupart de ces audiences devant la JLD ont lieu directement à l'hôpital psychiatrique.

En 2015, 80 000 personnes ont été hospitalisées à temps plein dans l'année (Rim-P), soit une augmentation de 13 % par rapport à 2012. En 2015, la file active hospitalisée sans consentement représentait 24 % de la file active hospitalisée en psychiatrie à temps plein (Coldefy & Fernandes 2017).

Le nombre de personnes hospitalisées sous motif de « péril imminent » a plus que doublé entre 2012 – lorsqu'il a été mis en vigueur – et 2015 : allant de 8 500 personnes à 19 500 personnes. Pendant la même période, le nombre de personnes hospitalisées à la demande du représentant de l'État a augmenté de 8 % (ibid).

En France, l'hospitalisation sans consentement s'accompagne dans la grande majorité des cas par l'obligation d'un traitement médicamenteux (« soins ») sans précision dans la loi.

Depuis la réforme de 2011, les personnes faisant l'objet de soins sans consentement peuvent être contraintes aux soins sous une autre forme que l'hospitalisation complète avec des soins en ambulatoire qui peuvent prendre plusieurs formes : traitements dispensés par des établissements autorisés, soins à domicile, hospitalisation à domicile, et des prises en charge à temps partiel ou des séjours de courte durée à temps plein à l'hôpital. Lorsque les soins sans consentement prennent cette forme, un « programme de soins » est établi par un psychiatre de l'établissement d'accueil et ne peut être modifié que par ce psychiatre (articles 3222-1 et L3211-2-1 du Code de la Santé Publique).

Cette démarche définit les types de soins, les lieux de réalisation et la périodicité. L'avis de la personne doit être recueilli préalablement à l'élaboration et à toute modification du programme de soins. Les personnes soumises à un programme de soins ne peuvent pas se voir administrer des soins « de manière coercitive », ni « être conduit ou maintenu de force » et en cas de refus de leur part, doivent être hospitalisées ou ré-hospitalisées à temps plein selon l'une des procédures décrites ci-dessus. Les « programmes de soins » ne sont pas soumis aux contrôles obligatoires du juge par la suite et la durée du programme de soins sans consentement en ambulatoire dépend des décisions médicales et/ou du Préfet. La personne contrainte aux soins en ambulatoire peut saisir le juge pour solliciter la mainlevée de la mesure, mais cette procédure est difficile en pratique.

En 2015, 37 000 personnes étaient soumises à des programmes de soins ambulatoires ou à temps partiel sans consentement (comprenant un séjour à temps complet à l'hôpital ou non) nouveaux ou en cours (Rim-P), ou l'équivalent de 28 personnes sur 1 000 suivies en ambulatoire. En 2015, les programmes de soins sans consentement concernaient 40 % de la totalité des personnes soumises à une forme ou une autre de soins sans consentement (hospitalisation ou programme de soins en ambulatoire) (Coldefy & Fernandes 2017). Il est à noter que plus de deux millions de français sont soignés en psychiatrie en ambulatoire en secteur public et privé, avec un taux d'hospitalisation de 420 000 personnes par an. En outre, selon la CNAMTS, 6,2 million de personnes supplémentaires consomment des médicaments psychotropes.

Depuis la réforme initiale de la loi en 2011, le nombre de personnes contraintes aux soins psychiatriques (hospitalisation ou programme de soins en ambulatoire sans consentement) a augmenté de 15 %. Cette hausse est expliquée par plusieurs facteurs : l'extension pour la première fois des soins sans consentement en dehors des murs de l'hôpital dans le cadre des programmes de soins dont la durée dépasse le seul temps de l'hospitalisation, la facilitation de l'admission en soins sans consentement par le biais de la nouvelle procédure de « péril imminent » qui a plus que doublé (+ 128 %) en quatre ans ; et

44 Coldefy, M., & Fernandes, S. (2017). Compulsory Psychiatric Treatment: An Assessment of the Situation Four Years After the Implementation of the Act of 5 July 2011. *Questions d'Économie de la Santé*. n°222 - February 2017. IRDES. Available: <http://www.irdes.fr/english/issues-in-health-economics/222-compulsory-psychiatric-treatment.pdf>

Référence: Drees, Panorama des établissements de santé : <http://drees.solidarites-sante.gouv.fr/etudes-et-statistiques/publications/panoramas-de-la-drees/article/les-etablissements-de-sante-edition-2017>

Référence : Rapports Charges et produits pour les années 2013 à 2017 : <https://www.ameli.fr/l-assurance-maladie/statistiques-et-publications/rapports-et-periodiques/rapports-charges-produits-de-l-assurance-maladie/rapports-charges-et-produits-pour-2013-a-2017/rapport-charges-et-produits-pour-l-annee-2017.php>

Référence : <http://www.assemblee-nationale.fr/14/rap-info/i4486.asp>



l'accent accru sur la « sécurité » publique depuis cette date.

Le 15 février 2017, Messieurs les Députés Denys Robiliard et Denis Jacquat ont déposé leur rapport d'évaluation sur la réforme de la loi et se sont interrogés sur la progression significative du nombre de patients suivis en soins sans consentement, une certaine « banalisation » du recours aux procédures d'urgence, les disparités géographiques, et déploraient l'absence de données nationales exhaustives et le déficit d'information des justiciables sur leurs droits.

Il y a une vive controverse au sujet d'une exception au droit commun à Paris (n'existant nulle part ailleurs en France) qui est l'Infirmier Psychiatrique de la Préfecture de Police de Paris (IPPP) créée en 1872, et sous l'autorité de la Direction de la Protection du Public de la Préfecture de Police et non pas des autorités sanitaires. Les personnes arrêtées pour troubles du comportement, susceptibles de perturber l'ordre public y sont détenues et sont vues par des psychiatres travaillant sous l'autorité de la police.

En 2011, le Contrôleur des lieux de privation de liberté, Jean-Marie Delarue, a demandé la fermeture de l'IPPP. Il a constaté que « l'infirmier psychiatrique de la préfecture de police ne dispose d'aucune autonomie. Elle est un service d'une des directions de cette préfecture... A supposer que les médecins qui y exercent ne sont pas sous l'autorité hiérarchique de la préfecture de police de Paris, comme le ministre prend soin de le rappeler dans ses observations (pas plus que, s'agissant de l'exercice de leur art, les praticiens hospitaliers de ne sont de la direction d'un hôpital), ils sont rémunérés par elle, les conditions matérielles de leurs fonctions et la gestion de leur carrière en dépendent. L'établissement n'a donc rien à voir avec un centre hospitalier... ». Il a ajouté que « le dispositif entretient le doute sur la distance entre considérations d'ordre public et considérations médicales. Mais pourquoi l'appréciation compétente d'une situation pathologique a-t-elle des liens avec une institution de police ? ». M. Delarue a recommandé le transfert des moyens de l'IPPP au dispositif hospitalier de droit commun.

L'actuel Contrôleur des lieux de privation de liberté, Mme Adeline Hazan a émis plusieurs rapports cinglants, y compris son dernier Rapport annuel pour 2016, son Rapport sur « L'isolement et la contention dans les établissements de santé mentale » (14 avril 2016), et ses « Recommandations en urgence » émises le 8 février 2016 suite à la constatation de violations graves des droits humains constatées au Centre psychothérapeutique de l'Ain (Bourg-en-Bresse).

Depuis quelques années, la plupart des établissements de santé autorisés en psychiatrie ont mis en place des unités sécurisées ou de « soins intensifs » baptisées « USIP » (Unités de soins intensifs psychiatriques), UMAP (Unités pour malades agités et perturbateurs) ou USI (Unités de soins intensifs). Une autre tendance a été la construction d'unités psychiatriques pour personnes incarcérées ou « UHSA » (Unités hospitalières spécialement aménagées) sous l'autorité de l'administration pénitentiaire.

Dans son Rapport « Respecter les droits de l'homme des personnes ayant des déficiences psychosociales ou intellectuelles : une obligation qui n'est pas encore pleinement comprise » émis le 24 août 2017, Nils Muiznieks, Commissaire aux droits de l'homme du Conseil de l'Europe a déclaré « lors de mes visites dans les États membres, j'ai pu observer des pratiques discutables, telles que le grand nombre d'hospitalisations sous contrainte en France ».

Suite à sa visite du pays en France en octobre 2017, le Rapporteur spécial de l'ONU pour les droits des personnes handicapées, Catalina Devandas-Aguilar a déclaré « Les bons établissements, ça n'existe pas. La France doit revoir complètement les modes d'accueil et d'accompagnement pour se diriger vers une société réellement inclusive. D'autres pays l'ont fait, vous pouvez le faire ». Elle a ajouté que la France doit « s'éloigner des pratiques paternalistes et ségréguatives ».

Isolement et contention

La Loi sur la modernisation du système de santé promulguée le 26 janvier 2016 comme suite à la loi « HPST » (Hôpital, Patients, Santé et Territoires) de 2009 transférant plus de responsabilité aux autorités de santé régionales, a été sévèrement critiquée par les acteurs professionnels qui ont exprimé leur désaccord par plusieurs manifestations et grèves.

L'article 72 de cette loi encadre aujourd'hui l'utilisation de l'isolement et la contention en psychiatrie qui devraient être des

47 Reference: <http://www.assemblee-nationale.fr/14/rap-info/i4486.asp>

Documents disponibles sur le site web du Contrôleur : <http://www.cglpl.fr/>

Référence : https://www.coe.int/en/web/commissioner/blog/-/asset_publisher/xZ32OPEoxOkq/content/respecting-the-human-rights-of-persons-with-psychosocial-and-intellectual-disabilities-an-obligation-not-yet-fully-understood?_101_INSTANCE_xZ32OPEoxOkq_languageId=fr_FR

Voir texte ici : <https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000035315389&dateTexte=&categorieLien=id>

« pratiques de dernier recours », utilisées uniquement pour prévenir « un dommage immédiat ou imminent pour le patient ou autrui ». Cette loi rend obligatoire la tenue d'un registre dans chaque établissement de santé autorisé en psychiatrie pour assurer des soins psychiatriques sans consentement qui doit mentionner chaque mesure d'isolement ou de contention, avec le nom du psychiatre ayant décidé cette mesure, sa date et son heure, sa durée et le nom des professionnels de santé l'ayant surveillée. Le registre peut être établi sous forme numérique et doit être présenté, sur leur demande, aux autorités de contrôle.

En février 2017, la Haute Autorité de Santé (HAS) a émis une « Recommandation de bonne pratique pour l'isolement et la contention en psychiatrie générale » prévoyant la consignation dans le registre des raisons ayant motivé le recours à de telles mesures avec le nom du médecin qui l'a ordonnée ou approuvée, la durée maximale (12 heures pour l'isolement, six heures pour la contention) et les conditions de prolongation. Enfin, l'Instruction (n° DGOS/2017/109) du 29 mars 2017 « relative à la politique de réduction des pratiques d'isolement et de contention » précise les modalités de mise en oeuvre du registre prévu par la loi que les hôpitaux tardent à appliquer, et comment ces données et indicateurs doivent être utilisés et recueillis semestriellement par la DGOS afin de mieux suivre le recours à ces pratiques.

Cependant, avec l'adoption d'une nouvelle terminologie (« chambre d'apaisement », « chambre de réflexion » ...), il reste des questions quant à l'étendue des informations qui seront réellement consignées dans ce nouveau registre.

L'avocat des patients et le juge ont accès à ce registre. Malgré un meilleur cadre instauré par la loi pour l'utilisation de ces mesures, aucun recours immédiat n'est possible pour les patients soumis à l'isolement ou la contention.

Il n'existe pas de statistiques pour mesurer l'utilisation de la contention, mais les rapports récents de 2016 du Contrôleur des lieux de privation de liberté cités ci-dessus expliquent qu'au « cours des vingt ou trente dernières années, une augmentation permanente de ces pratiques a été malheureusement constatée ». Le Contrôleur notait la « banalisation » de ces pratiques dues à « un manque de travail clinique, médical et infirmier », et que « la manière dont elles sont mises en oeuvre est souvent humiliante, indigne, parfois dangereuse ».

Des données sur l'utilisation de la contention doivent être rendues disponibles pour la première fois en 2017/2018.

En ce qui concerne le recours à l'isolement : 4 % des patients hospitalisés en 2003, 8 % en 2015 (28 000), avec une durée moyenne de mise en isolement de 15 jours par patient (environ la même durée qu'en 2003 et en 2015 sur la base des données disponibles (Coldefy, 2016).

L'introduction pour la première fois de l'histoire du contrôle du juge du système français applicable à l'hospitalisation et aux soins sans consentement qui avait jusqu'alors été soumis exclusivement au contrôle des autorités sanitaires et préfectorales, a apporté beaucoup de changements et a amené des difficultés de mise en oeuvre. Le nombre de jugements de mainlevée des mesures coercitives de soins rendus par les tribunaux n'a cessé d'augmenter chaque année et en conséquence impacte de plus en plus de personnes (6 373 personnes ont ainsi pu accéder à leur liberté en 2015 comparé à 5 699 personnes en 2014, soit une augmentation de 11 %), avec toujours environ huit pour cent de toutes les affaires portées devant le JLD résultant dans une mainlevée en raison de l'augmentation globale du nombre de mesures de soins sans consentement.

Le fait qu'en 2016, des recommandations officielles sur l'isolement et la contention aient enfin été émises par les autorités de la santé, et la mise en place d'un registre et un observatoire de ces pratiques a au moins eu le mérite de sensibiliser les professionnels aux violations des droits humains commis mais ces pratiques proprement dites ne sont toujours pas mises en question en France.

Régime de tutelle / curatelle - la « protection » juridique des personnes majeures

La France applique toujours un système de « protection » des personnes majeures qui permet la prise de décision substitutive.

Le cadre légal applicable à la protection juridique des personnes majeures est défini dans la loi du 5 mars 2007 réformant le régime de protection des personnes majeures et l'Ordonnance en date du 15 octobre 2015 portant simplification et modernisation du droit de la famille.

Il existe trois niveaux de privation de la capacité juridique des « adultes protégés » qui peuvent être ordonnés par le juge :



(1) « Sauvegarde de justice » – avec l'aide d'un mandataire pour les affaires courantes mais conservation de l'exercice de tous ses droits civils, bien que des actes de la personne puissent être annulés par le juge si ceux-ci sont réputés lui être « préjudiciables » ou contre « ses meilleurs intérêts » ;

(2) curatelle – conseils ou contrôle de manière continue dans les actes de la vie civile, mais conservation de son droit de vote, et

(3) tutelle – représentation de manière continue dans les actes de la vie civile, entraînant une incapacité civile complète.

L'article 425 du Code Civil ne donne pas une définition précise de la « capacité » et ne reconnaît pas différents niveaux d'incapacité mais se limite aux conséquences de l'incapacité et prévoit que « toute personne dans l'impossibilité de pourvoir seule à ses intérêts en raison d'une altération, médicalement constatée, soit de ses facultés mentales, soit de ses facultés corporelles de nature à empêcher l'expression de sa volonté peut bénéficier d'une mesure de protection juridique prévue ».

Ces régimes de protection peuvent s'appliquer aussi bien au patrimoine et biens de la personne qu'aux questions qui relèvent de la vie privée (décisions médicales, choix du lieu de vie). Lorsque des mesures de tutelle sont ordonnées par le juge, la personne peut aussi être privée de son droit de vote (article L.5 du Code Electoral) et en cas de tutelle ou de curatelle, son droit d'être inscrite sur une liste électorale (article L.200 du Code Electoral). Le majeur protégé n'a pas le droit de faire don de son sang (article L.1221-5 du Code de la Santé Publique) et ne peut désigner une personne de confiance pour bénéficier d'un soutien en ce qui concerne sa santé qu'avec l'autorisation du juge ou de son tuteur/curateur. Ces derniers ont le droit de remettre de ses fonctions toute personne de confiance déjà désignée par la personne majeure protégée (article L.1111-6 du Code de la Santé Publique). « Sont incapables d'être jurés les majeurs sous sauvegarde de justice, les majeurs en tutelle, les majeurs en curatelle et ceux qui sont placés dans un établissement d'aliénés » (article 256 du Code de la Procédure Pénale) et ne peuvent se marier sans l'autorisation de leur tuteur/curateur ou le juge (articles 460 et 461 du Code Civil). En application de ces trois régimes de protection, le majeur protégé n'a pas le droit de divorcer (article 249-3 et 4 du Code Civil) ou ce droit est restreint (article 249-4 du Code Civil).

De plus, en 2015, la durée maximale d'une mesure de protection ordonnée par le juge est passée de 5 à 10 ans (article 441 du Code Civil). En raison d'un manque de temps et de moyens, les mesures de protection sont souvent renouvelées sans même avoir entendu la personne, ce qui est censé être uniquement un cas exceptionnel.

Il est possible de retrouver sa capacité juridique suite à un recours au juge des tutelles. Cependant, la loi de modernisation de la Justice du XXI^{ème} siècle (loi n° 2016-1547 en date du 18 novembre 2016) va transférer la compétence en matière de protection des personnes majeures et des affaires de sécurité sociale à une division spéciale du Tribunal de Grande Instance dont les juges sont peu familiers avec le domaine (décret d'application à paraître).

Un problème supplémentaire soulevé est le fait que les personnes responsables des soins médicaux, de l'aide sociale ou de l'hébergement d'une personne majeure mise sous protection peuvent être désignées en tant que mandataire de la personne en dépit du fait que le Conseil d'Etat a jugé que ceci peut créer des conflits d'intérêts et la jurisprudence atteste que c'est bien le cas.

Un rapport émis le 4 octobre 2016 par la Cour des Comptes suite à son enquête relative au bilan de la réforme de la protection juridique des majeurs dix ans après la réforme de 2007 était extrêmement critique par rapport à la gestion concrète des mesures de protection, soulignant la disparité géographique importante du régime et les risques importants en ce qui concerne les droits et la sécurité des personnes en raison d'un contrôle des mesures de protection très insuffisant alors que la valeur globale du patrimoine géré par des mandataires est très significatif (le montant de plusieurs douzaines de milliards d'Euros est souvent cité).



Certains garde-fous existent, et notamment les dispositions de l'article L.1111-4 du Code de la Santé Publique qui prévoient que le consentement de la personne majeure protégée doit être systématiquement recherché si elle est en état de manifester sa volonté et participer à des décisions. Des informations médicales données par le médecin concernant une personne majeure protégée doivent être communiquées à son mandataire (article L.1111-2 du Code de la Santé Publique), bien que les majeurs protégés ont le droit de recevoir eux-mêmes une information et de participer à la prise de décision médicale les concernant d'une manière « adaptée ... à leurs facultés de discernement ».

Il existe aussi un outil de prévoyance : le « mandat de protection future » permettant de décider en avance les mesures devant être prises en cas de perte de capacité juridique à l'avenir. Cette méthode est toujours basée sur une évaluation de la capacité mentale de la personne et permet la privation de capacité juridique. La personne n'a aucun contrôle sur la date à laquelle le mandat de protection future devra rentrer en vigueur ou cesser de s'appliquer. Cependant ce type de « Directive anticipée » ne s'est que très peu développé.

Un système de soutien à la prise de décision était prévu dans la loi de 2007 mais est bien moins usité que les régimes de protection. Il s'agit de mesures d'accompagnement social personnalisé (« MASP ») sous forme d'un contrat librement consenti avec les services sociaux pour une aide à la gestion des prestations sociales et à l'inclusion sociale sans impact sur la capacité juridique de la personne. Par contre, ce système n'est que peu mis en oeuvre en raison du caractère contractuel et complexe de ces mesures, à la communication insuffisante des pouvoirs publics sur leur existence, et à la faible mobilisation des départements, inquiets du coût de ces mesures.

Plus récemment, l'Ordonnance n° 2015-1288 en date du 15 octobre 2015 a instauré un nouveau régime dit « d'habilitation familiale » pour protéger les intérêts d'un membre de la famille et qui nécessite un certificat médical et l'approbation du juge. L'objectif était d'impliquer gracieusement tous les membres de la famille censés agir en tant que mandataire pour la personne. Une fois mis en place, il n'y a pas de contrôle judiciaire ultérieur de cette mesure.

Les différentes mesures de protection représentent encore une solution très répandue en France et sont utilisées beaucoup plus souvent que dans d'autres pays Européens. En effet, selon les statistiques « officielles » du Ministère de la Justice, 700 000 personnes en France seraient frappées par l'un de ces régimes de protection en décembre 2015 - chiffre identique à celui rapporté en 2006. Cependant, le chiffre donné par le Ministère de la Justice en 2006 est considéré « erroné » par la Cour des Comptes, qui estime qu'après correction, le taux de croissance annuelle des mesures de protection ouvertes chaque année continue de croître à un rythme plus rapide qu'avant la réforme (+ 5,0 % en moyenne depuis 2009).

Informations complémentaires

Soins et les placements en établissement de manière transfrontalière

Depuis le milieu des années 1990, le placement en établissement de manière transfrontalière en Belgique de citoyens français en situation de handicap psychique (notamment des enfants psychotiques ou autistes) et leurs conditions de séjour ont suscité de vives préoccupations. Des accords entre l'administration de la sécurité sociale des deux pays ont été signés et la France continue à manquer de structures appropriées au point où les personnes concernées et leurs familles estiment qu'il s'agit d'un exil forcé.

En 2014, le Comité des droits des personnes handicapées de l'ONU a condamné cette pratique dans ces Observations finales concernant le rapport initial de la Belgique (CRPD/C/BEL/CO/, par. 32.).

Le Forum Européen des Personnes Handicapées (EDF) a également relevé que ces pratiques inacceptables se poursuivaient dans son Rapport parallèle sur la mise en oeuvre de la CDPH par l'Union Européenne de 2016 soumis à ce Comité des droits (page 37).

Désinstitutionnalisation

http://tbinternet.ohchr.org/_layouts/treatybodyexternal/Download.aspx?symbolno=CRPD%2FC%2FBEL%2FCO%2F1

http://www.edf-feph.org/sites/default/files/2015_03_04_edf_alternative_report_final_accessible.pdf

Voir le Rapport d'évaluation ici : <http://www.hcsp.fr/explore.cgi/avisrapportsdomaine?clefr=555>

Voir le Rapport ici : http://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/dgos_rapport_laforcade_mission_sante_mentale_011016.pdf



En avril 2016, le Haut Conseil de la Santé Publique a publié son Rapport d'évaluation du plan psychiatrie et santé mentale 2011-2015 constatant « des progrès dans la reconnaissance du rôle des personnes vivant avec des troubles psychiques et de leur entourage », le développement d'études et de recommandations sur le handicap psychique et un rôle accru des secteurs médico-social et social au niveau régional, même s'il subsiste une hétérogénéité importante des pratiques de soins et des moyens. Depuis que le Haut Conseil a recommandé d'inscrire la politique de santé mentale et de psychiatrie de façon pérenne et pilotée à long terme, avec une dimension interministérielle, plutôt que de mettre en place des plans successifs, aucun autre « Plan de santé mentale » au niveau national n'a été émis, mais bon nombre de plans de santé mentale au niveau des territoires de santé devraient bientôt voir le jour.

Un peu plus tard en octobre 2016, Michel Laforcade a émis son Rapport relatif à la Santé Mentale demandée par la Ministre de la santé en 2014 avec des propositions basées sur une logique de « parcours sans rupture » dans l'articulation entre dispositifs de soins et dispositifs d'insertion sociale. Il a recommandé un texte de nature réglementaire avec une feuille de route pour impulser la mise en oeuvre de la loi de modernisation de notre système de santé en ce qui concerne la politique de santé mentale.

En même temps, le Ministre de la Santé a installé le Conseil national de santé mentale de 75 membres présidé par Alain Ehrenberg, sociologue avec quatre axes de réflexion prioritaires : bien-être des jeunes et des enfants, prévention du suicide, le suivi des personnes en situation de grande précarité, et l'élaboration d'outils pour faciliter la mise en oeuvre des projets territoriaux de santé mentale. Plusieurs Comités de pilotage ont été mis en place, et notamment un Comité de pilotage national sur la psychiatrie avec cinq groupes de travail traitant les thématiques prioritaires : recours aux soins sans consentement et aux pratiques de contention et d'isolement ; prise en charge ambulatoire en psychiatrie ; hospitalisation en psychiatrie (focus sur les hospitalisations au long cours) ; prévention, lisibilité, accessibilité et continuité des soins ; et enfin, psychiatrie infanto-juvénile et protection de l'enfance. Il est à noter que la grande majorité des membres du Conseil et de ce Comité de pilotage sont des professionnels et des associations gestionnaires de services, avec une seule association nationale d'usagers de services de santé mentale (FNAPSY) membre du Conseil et participant au seul groupe de travail sur l'hospitalisation en psychiatrie, avec la même situation pour l'association nationale représentant la famille et l'entourage des usagers (UNAFAM) qui est membre du Conseil et d'un seul groupe de travail sur la prise en charge ambulatoire. D'autres associations d'usagers/survivants de la psychiatrie sont très peu représentées notamment en ce qui concerne les travaux sur la question de l'isolement et de la contrainte.

La loi de modernisation du système de santé de janvier 2016 fait une distinction entre la politique de santé mentale (acteurs sanitaires et sociaux, de la prévention et de l'insertion), la psychiatrie (établissements-structures-professionnels) et les soins de proximité. Un décret important du 27 juillet 2017 annonce les priorités pour les « territoires de santé mentale », y compris l'obligation d'élaborer un premier projet territorial de santé mentale dans les 36 mois.

Les objectifs principaux sont un accès facilité et plus rapide aux soins de santé mentale et somatiques, ainsi qu'aux accompagnements sociaux, un meilleur suivi, une prévention précoce, une prise en charge coordonnées des situations de crise et d'urgence (y compris au domicile des personnes), et une attention accrue aux problématiques des populations à risques spécifiques (enfants, adolescents, personnes âgées, personnes en situation de handicap, personnes placées sous main de justice, personnes en situation de précarité, personnes ayant des conduites addictives, victimes de psycho-traumatisme ...), et la formation des acteurs. L'accès au logement, à l'emploi, aux études et à la vie sociale doit être facilité avec l'objectif étant le « rétablissement » au-delà d'une rémission clinique et la promotion des capacités des personnes et la lutte contre la stigmatisation (par le biais de l'éducation thérapeutique, le soutien aux aidants, l'entraide par les pairs et les GEM).

L'existence et le rôle des Conseils Locaux de Santé Mentale (mis en place lentement depuis le début des années 2000 avec environ 125 sur le territoire aujourd'hui) ont été reconnus et renforcés à la fois par la loi de 2016 et le Décret. La composition de ces Conseils Locaux est variable selon la localité et peut comprendre des élus locaux, des professionnels de la santé mentale et des services sociaux, des représentants des préfets et des tribunaux, l'association nationale représentant la famille et l'entourage des personnes handicapées psychiques, mais la participation des associations représentant les usagers des

services de santé mentale est rare en dehors des représentants des GEM. Le Centre Collaborateur de l'OMS à Lille soutient la mise en place de ces Conseils Locaux de Santé Mentale.

Des pratiques prometteuses et davantage en conformité avec les droits humains

- Lieu de Répit : Lancé en janvier 2017 de façon expérimentale par le groupe "Just" pour la justice sociale de l'association Marss (Mouvement et action pour le rétablissement sanitaire et social) composé de professionnels de la santé, travailleurs sociaux, juristes, chercheurs et usagers de la psychiatrie, ce lieu est installé dans un bâtiment de quatre étages de L'AP-HM, propriétaire du site, dans le centre-ville de Marseille avec l'objectif affiché d'éviter les soins sans consentement. Les dix places de répit pour recevoir des personnes en situation de crise psychique requièrent un budget d'un million d'euros qui a été obtenu pour un an (soit le prix de trois lits en hôpital) et doivent être inaugurées fin 2017. Une équipe disponible 24h/24 devrait être composée de huit médiateurs de santé pairs, un psychologue, un travailleur social, deux infirmiers et un cuisinier. D'autres ateliers dédiés à l'émancipation et au bien-être des usagers de la psychiatrie sont également prévus.

- CoFoR (Centre de Formation au Rétablissement) : C'est également à Marseille que le projet d'un premier centre de formation au rétablissement style « Recovery College » a été lancé par l'Association Solidarité Réhabilitation (dont les membres du projet sont l'IRTS, l'AP-HM, et l'Université d'Aix-Marseille) qui se situe dans les locaux de l'IRTS-PACA (école des travailleurs sociaux), et financé par le ministère des Affaires sociales et de la Santé.

Le personnel et l'équipe de formation se composent essentiellement de pairs. Ouvert en septembre 2017, les étudiants sont rémunérés pour assister à huit modules de formation faisant appel à des outils de rétablissement tels le Plan d'Action Individualisé vers le Rétablissement et le bien-être (WRAP), la gestion de sa maladie et de son rétablissement (IMR), et des formations sur les « droits des usagers », la médication, l'auto-support, la pratique de sports, la méditation, et l'éducation à la santé. Le CoFoR est également doté d'une médiathèque et d'un centre de documentation, et offre des groupes d'auto-support et des ateliers gratuits.

- Collectif Contrast : En 2015, ce groupe interdisciplinaire de chercheurs en sciences sociales (Centre Max Weber, Cermes 3, CEM, Cersa, Sphere, Arènes) a lancé un projet de recherche de deux ans appelé « Capdroits » sur les relations de soins et de soutien dans des contextes où la capacité des personnes à donner leur consentement est fragilisée ou compromise et comment des soins et un soutien peuvent être apportés en conformité avec la CDPH de l'ONU et notamment son article 12. Ce projet a réuni un nombre important d'acteurs différents, y compris plusieurs associations d'usagers avec la mise en place d'un douzaine de forums dans cinq régions de France pour encourager la participation des personnes en situation de handicap à se saisir des questions qui les concernent en premier chef, de promouvoir l'acceptation de leurs contributions par des chercheurs universitaires pertinents et les autorités publiques, et de jeter un nouvel éclairage basé sur l'expérience sur comment ces personnes peuvent exercer leurs droits.

- Centre Collaborateur de l'OMS - Lille : Depuis 2012, le CCOMS, en collaboration avec ces partenaires (Agences Régionales de Santé du Nord/Pas-de-Calais, d'Île-de-France et de Provence Alpes Côte d'Azur, l'Université Paris 8) et avec le soutien financier du Ministère de la Santé et de la Caisse Nationale de Solidarité pour l'Autonomie (CNSA) a lancé un programme pour les Médiateurs de Santé Pair de formation universitaire théorique et pratique d'un an, suivi par une mise en situation supervisée dans les équipes de santé mentale après obtention du diplôme d'un an. Les étudiants sont rémunérés sous contrat pendant ces deux années de formation théorique et pratique. Vingt-neuf médiateurs de santé pairs sont diplômés du programme, et 14 occupent aujourd'hui des postes. A partir de janvier 2018, une licence de médiateur de santé pair (2 ans d'études théoriques, et 1 an de mise en situation) sera proposée par le CCOMS et l'Université de Paris 13 pour 30 médiateurs de santé pairs. Environ 15 autres pairs-médiateurs travaillent sous des contrats à durée déterminée, par le biais des agences d'intérim ou en tant qu'auto-entrepreneurs au sein des SAMSAH ou d'autres structures similaires. Par ailleurs, la traduction française du programme de l'OMS « Quality Rights » vient d'être achevée et un projet pilote a été mené en Belgique francophone. Le programme d'évaluation « Quality Rights » devrait être mise en oeuvre dans plusieurs unités psychiatriques en France en 2018.

Pour de plus amples informations, voir Annexe 2 de la rubrique « Cartographie de l'Exclusion » sur le site web de Santé Mentale Europe (<http://www.mhe-sme.org/>).

[Veuillez vous reporter à la page des remerciements au début de ce rapport pour une liste complète des personnes et des associations ayant eu la gentillesse de contribuer par leur temps et leur énergie à la rédaction des Rapports sur les différents pays.](#)

Associations membres de Santé Mentale Europe - Mental Health Europe

Advocacy France | Site web: www.advocacy.fr | Courriel siege@advocacy.fr

CEMEA | Site web: www.cemea.asso.fr | Courriel accueil@cemea.asso.fr