



UNIVERSITÉ DE LILLE  
**FACULTÉ DE MÉDECINE HENRI WAREMBOURG**

Année : 2019

**THESE POUR LE DIPLOME D'ETAT  
DE DOCTEUR EN MEDECINE**

**Ordre public et enfermement psychiatrique,  
entre liberté, santé, et dangerosité**

-  
**Épistémologie, praxis, et cybernétique**

Présentée et soutenue publiquement le 07 mai 2019 à 18h

au Pôle Recherche

**Par Antoine BALEIGE**

---

**JURY**

**Président :**

**Monsieur le Professeur Pierre THOMAS**

**Assesseurs :**

**Monsieur le Professeur Renaud JARDRI**

**Monsieur le Docteur Ali AMAD**

**Directeur de Thèse :**

**Monsieur le Docteur Laurent DEFROMONT**

---



## **- AVERTISSEMENT –**

La Faculté n'entend donner aucune approbation aux opinions émises dans les thèses : celles-ci sont propres à leurs auteurs.

# NOTES SUR L'ACCESSIBILITÉ



Ce document est lu par tous.  
Mais il est compliqué à lire,  
Surtout pour les personnes en situation de handicap.

Pour les personnes avec un handicap intellectuel,  
J'ai mis un résumé en français facile à comprendre,  
Il est marqué avec ce logo :



Certaines personnes ne voient pas les couleurs,  
Alors j'ai mis plusieurs façons d'avoir les informations,  
Et j'ai mis les informations en lettre dans le texte.

Certaines personnes sont malvoyantes,  
Alors j'ai décrit toutes les figures,  
Mais ce document reste difficile à lire pour un ordinateur.

C'est difficile de rendre ce document facile à lire,  
Mais tout le monde doit pouvoir lire ce document.

Si vous avez des difficultés,

Envoyez-moi un message électronique : [baleige.a@gmail.com](mailto:baleige.a@gmail.com)

Et je répondrai à votre problème.

Merci à vous d'être venu lire ce document.

« It is clear that we cannot distinguish the sane from the insane in psychiatric hospitals. The hospital itself imposes a special environment in which the meaning of behavior can easily be misunderstood. The consequences to patients hospitalized in such an environment – the powerlessness, depersonalization, segregation, mortification, and self-labeling – seem undoubtedly counter-therapeutic.

I do not, even now, understand this problem well enough to perceive solutions. But two matters seem to have some promise. The first concerns the proliferation of community mental health facilities, of crisis intervention centers, of the human potential movement, and of behavior therapies that, for all of their own problems, tend to avoid psychiatric labels, to focus on specific problems and behaviors, and to retain the individual in a relatively non-pejorative environment. Clearly, to the extent that we refrain from sending the distressed to insane places, our impressions of them are less likely to be distorted. (The risk of distorted perceptions, it seems to me, is always present, since we are much more sensitive to an individual's behaviors and verbalizations than we are to the subtle contextual stimuli than often promote them. At issue here is a matter of magnitude. And, as I have shown, the magnitude of distortion is exceedingly high in the extreme context that is a psychiatric hospital.)

The second matter that might prove promising speaks to the need to increase the sensitivity of mental health workers and researchers to the Catch 22 position of psychiatric patients. Simply reading materials in this area will be of help to some such workers and researchers. For others, directly experiencing the impact of psychiatric hospitalization will be of enormous use. Clearly, further research into the social psychology of such total institutions will both facilitate treatment and deepen understanding.

I and the other pseudopatients in the psychiatric setting had distinctly negative reactions. We do not pretend to describe the subjective experiences of true patients. Theirs may be different from ours, particularly with the passage of time and the necessary process of adaptation to one's environment. But we can and do speak to the relatively more objective indices of treatment within the hospital. It could be a mistake, and a very unfortunate one, to consider that what happened to us derived from malice or stupidity on the part of the staff. Quite the contrary, our overwhelming impression of them was of people who really cared, who were committed and who were uncommonly intelligent. Where they failed, as they sometimes did painfully, it would be more accurate to attribute those failures to the environment in which they, too, found themselves than to personal callousness. Their perceptions and behaviors were controlled by the situation, rather than being motivated by a malicious disposition. In a more benign environment, one that was less attached to global diagnosis, their behaviors and judgments might have been more benign and effective. »

D. L. Rosenhan, 1973

Extrait de *On Being Sane in Insane Places*,  
Science Vol 179 N°4070, 19 janvier 1973 [1]

[Traduction]

« Il est clair que nous ne pouvons pas distinguer les personnes saines d'esprit des fous dans les hôpitaux psychiatriques. L'hôpital lui-même impose un environnement particulier dans lequel le sens du comportement peut facilement être mal compris. Les conséquences pour les patients hospitalisés dans un tel environnement - impuissance, dépersonnalisation, ségrégation, mortification et auto-étiquetage - semblent sans aucun doute contre-thérapeutiques.

Je ne comprends pas, encore maintenant, ce problème assez bien pour percevoir les solutions. Mais deux choses semblent prometteuses. La première concerne la prolifération des établissements de santé mentale communautaires, des centres d'intervention de crise, du mouvement du potentiel humain et des thérapies comportementales qui, pour tous leurs problèmes, tendent à éviter les étiquettes psychiatriques, à se concentrer sur des problèmes et comportements spécifiques et à retenir l'individu dans un environnement relativement non péjoratif. De toute évidence, dans la mesure où nous nous abstenons d'envoyer les personnes en détresse dans des lieux insensés, nos impressions à leur égard risquent moins d'être déformées. (Le risque de perceptions déformées, me semble-t-il, est toujours présent, car nous sommes beaucoup plus sensibles aux comportements et aux verbalisations d'un individu que nous ne le sommes aux subtils stimuli contextuels qui les favorisent souvent. Il s'agit ici d'une question d'ampleur. Et, comme je l'ai montré, l'ampleur de la distorsion est extrêmement élevée dans le contexte extrême d'un hôpital psychiatrique.)

La deuxième question qui pourrait s'avérer prometteuse porte sur la nécessité d'accroître la sensibilité des travailleurs et des chercheurs en santé mentale à la position de " Catch 22 " des patients psychiatriques. La simple lecture de documents dans ce domaine sera utile à certains de ces travailleurs et chercheurs. Pour d'autres, l'expérience directe de l'impact de l'hospitalisation psychiatrique sera d'une grande utilité. De toute évidence, des recherches plus poussées sur la psychologie sociale de ces institutions totales faciliteront le traitement et favoriseront une meilleure compréhension.

Moi et les autres pseudo-patients du milieu psychiatrique avons eu des réactions nettement négatives. Nous ne prétendons pas décrire les expériences subjectives des vrais patients. Les leurs peuvent être différentes des nôtres, en particulier avec le temps qui passe et le processus nécessaire d'adaptation à leur environnement. Mais nous pouvons parler des indices de traitement relativement plus objectifs au sein de l'hôpital, et nous le faisons. Ce pourrait être une erreur, et c'est très regrettable, de considérer que ce qui nous est arrivé est dû à la malice ou à la stupidité du personnel. Bien au contraire, l'impression que nous avons d'eux était celle de gens qui se souciaient vraiment d'eux, qui étaient dévoués et qui étaient d'une intelligence hors du commun. Là où ils ont échoué, comme ils l'ont parfois fait douloureusement, il serait plus juste d'attribuer ces échecs à l'environnement dans lequel ils se sont trouvés, eux aussi, qu'à leur insensibilité personnelle. Leurs perceptions et leurs comportements étaient contrôlés par la situation, plutôt que motivés par une disposition malveillante. Dans un environnement plus bénin, moins attaché au diagnostic global, leurs comportements et leurs jugements auraient pu être plus bénins et plus efficaces. »

D. L. Rosenhan, 1973

Extrait de *On Being Sane in Insane Places*,  
Science Vol 179 N°4070, 19 janvier 1973 [1]

# - TABLE DES MATIÈRES -

- AVERTISSEMENT - .....	1
- REMERCIEMENTS - .....	2
 <b>NOTES SUR L'ACCESSIBILITÉ</b> .....	4
- TABLE DES MATIÈRES - .....	7
- LISTE DES ABRÉVIATIONS - .....	9
- TABLEAUX, FIGURES, & ENCARTS - .....	10
 <b>RÉSUMÉ FACILE</b> .....	12
- RÉSUMÉ - .....	14
- ABSTRACT - .....	15
- TRIGGER WARNINGS - .....	16
<b>I. Étude épistémologique</b> .....	17
I.1. Contexte .....	18
I.2. Analyse épistémologique .....	23
I.2.1. Induction de la question épistémologique .....	23
I.2.2. Méthode d'analyse bibliométrique .....	24
I.2.3. Résultats de l'analyse bibliométrique .....	26
I.2.4. Discussion épistémologique .....	29
I.3. Choix méthodologiques .....	32
<b>II. L'enfermement des "malades mentaux dangereux", étude de l'internement dans 16 départements français</b> .....	41
II.1. Introduction .....	42
II.1.1. La Convention Relative aux Droits des Personnes Handicapées (CRPD) de l'Organisation des Nations Unies (ONU) .....	43
II.1.2. La dangerosité psychiatrique .....	45
II.1.3. L'internement des malades dangereux .....	49
II.2. Méthode .....	54
II.2.1. Enquête « Hospitalisations d'office dans quatre régions françaises : Nord-Pas de Calais, Ile de France, Aquitaine et Provence-Alpes-Côte d'Azur » du CCOMS .....	55
II.2.2. OpenData et données criminelles, géographiques et démographiques .....	58
II.2.3. Analyses .....	63
II.3. Résultats .....	65
II.3.1. SPDRE et criminalité judiciaire .....	66
II.3.2. La décision de SPDRE .....	75
II.3.3. La levée de SPDRE .....	91

II.4. Discussion .....	95
II.4.1. Dangérosité et insécurité .....	96
II.4.2. Aspects arbitraire et institutionnel .....	98
II.4.3. Réduction des risques en santé.....	101
<b>III. Discussion sur la réduction de l'enfermement psychiatrique – une mise en perspective cybernétique .....</b>	<b>107</b>
III.1. La médecine comme mécanisme de régulation .....	108
III.2. Enfermement et modèles de la santé.....	122
III.3. Droits humains et perspectives en santé mentale .....	137
<b>CONCLUSION .....</b>	<b>153</b>
<b>- RÉFÉRENCES - .....</b>	<b>161</b>
<b>- ANNEXES - .....</b>	<b>176</b>
ANNEXE 1 – Convention Relative aux Droits des Personnes Handicapées et protocole additionnel, version française officielle, ONU 2006 .....	178
ANNEXE 2 – Infographique de Santé Mentale Europe : WORDS MATTER .....	214
ANNEXE 3 – Échantillon de communiqués sur le protocole additionnel à la Convention d'Oviedo .....	216
ANNEXE 4 – Échantillon de communiqués de presse faisant suite à la proposition du groupe de travail sur les missions des ARS d'abandonner aux préfets le suivi des procédures de soins sans consentement .....	241
ANNEXE 5 - « Hospitalisations d'office dans quatre régions françaises : Nord-Pas de Calais, Ile de France, Aquitaine et Provence-Alpes-Côte d'Azur » - Remerciements .....	250
ANNEXE 6 – Recommandations du CGLPL .....	252
ANNEXE 7 – Allocution de Nicolas Sarkozy à Antony, texte officiel du discours présidentiel .....	262
ANNEXE 8 – Échanges pendant le Hunger Strike Debate .....	269
ANNEXE 9 – Rapport de Santé Mentale Europe : Promising practices in prevention, reduction and elimination of coercion across Europe .....	287

## - LISTE DES ABRÉVIATIONS -

<b>ARS</b>	Agence Régionale de Santé
<b>CCOMS</b>	centre de recherche de l'établissement public de santé mentale Lille-Métropole, Centre Collaborateur de l'Organisation Mondiale de la Santé pour la recherche et la formation en santé mentale
<b>CGLPL</b>	Contrôleur Général des Lieux de Privation de Liberté
<b>CRPD</b>	Convention on the Rights of Persons with Disabilities (convention relative aux droits des personnes handicapées)
<b>CSP</b>	Code de la Santé Publique
<b>DSM-5</b>	Diagnosis and Statistical Manual of Mental Disorders 5th edition (manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux 5e édition)
<b>ENUSP</b>	European Network of (ex) Users and Survivors of Psychiatry (réseau européen des (ex)usagers et survivants de la psychiatrie)
<b>ICCS</b>	International Classifications of Crime for Statistical purposes (classification internationale de la criminalité à des fins statistiques)
<b>ICD</b>	International Classification of Diseases (classification internationale des maladies)
<b>INSERM</b>	Institut National de la Santé Et de la Recherche Médicale
<b>IRDES</b>	Institut de Recherche et de Documentation en Économie de la Santé
<b>JLD</b>	Juge des Libertés et de la Détention
<b>MeSH</b>	Medical Subject Headings (En-têtes des sujets médicaux)
<b>OMS</b>	Organisation Mondiale de la Santé
<b>ONU</b>	Organisation des Nations Unies
<b>RIM-P</b>	Recueil d'Information Médicalisée en Psychiatrie
<b>SAE</b>	Statistique Annuelle des Établissements
<b>SPDRE</b>	mesure de Soins Psychiatriques sans consentement sur Décision du Représentant de l'État
<b>SPDREU</b>	mesure de Soins Psychiatriques sans consentement sur Décision du Représentant de l'État en Urgence en cas de danger imminent pour la sûreté des personnes
<b>SUDOC</b>	Système Universitaire de DOCumentation
<b>UC</b>	Unités de Contexte
<b>WNUSP</b>	World Network of (ex) Users and Survivors of Psychiatry (réseau mondial des (ex)usagers et survivants de la psychiatrie)

# - TABLEAUX, FIGURES, & ENCARTS -

## TABLEAUX

Tableau I. Critères d'inclusion et de non inclusion de l'enquête du CCOMS.....	55
Tableau II. Présentation des neuf indicateurs d'analyse de la criminalité et de leurs équivalences dans l'état 4001 et l'ICCS.....	59
Tableau III. Services de gendarmerie et de police nationales étudiés et secteurs psychiatriques correspondants.....	61
Tableau IV. Matrice de corrélation des taux des indicateurs de la criminalité à l'échelle des services de gendarmerie et de police nationales (n=318).....	67
Tableau V. Matrice de corrélation des taux des indicateurs de la criminalité à l'échelle des services de gendarmerie nationale (n=120).....	68
Tableau VI. Matrice de corrélation des taux des indicateurs de la criminalité à l'échelle des services de police nationale (n=198).....	68
Tableau VII. Liens entre le taux de décision de SPDRE ou les taux de mesures de plus et moins de 72 heures et plus et moins de 11 jours et les indicateurs de criminalité des services de gendarmerie et de police nationales (n=318).....	69
Tableau VIII. Liens entre le taux de décision de SPDRE ou les taux de mesures de plus et moins de 72 heures et plus et moins de 11 jours et les indicateurs de criminalité des services de gendarmerie nationale (n=120).....	70
Tableau IX. Liens entre le taux de décision de SPDRE ou les taux de mesures de plus et moins de 72 heures et plus et moins de 11 jours et les indicateurs de criminalité des services de police nationale (n=198).....	71
Tableau X. Fiabilité de diagnostics du DSM-5.....	126
Tableau XI. Thèmes de la revue de littérature de l'Université de Melbourne sur les alternatives à la contrainte.....	143

## FIGURES

Figure 1. Thèses du SUDOC par mots-clés.....	19
Figure 2. Mises en scène de son vécu de contrainte entre 1994 et 1996.....	21
Figure 3. Manifestation de la Commission des Citoyens pour les Droits de l'Homme devant le congrès français de psychiatrie le samedi 2 décembre 2017 à Lyon.....	22
Figure 4. Arborescence du terme MeSH "commitment of mentally ill" / "internement d'un malade mental".....	25
Figure 5. Analyse en réseau des termes MeSH des revues de la littérature scientifique répertoriées sur la base MEDLINE.....	26
Figure 6. Sous-réseau du terme MeSH 'dangerous behavior'.....	28
Figure 7. Sous-réseau du terme MeSH 'mental competency'.....	28
Figure 8. Relations entre dangerosité, santé, et liberté.....	29
Figure 9. Différences de perception de l'"internement d'un malade mental".....	35
Figure 10. Système de régulation cybernétique.....	35
Figure 11. Taux de confirmation de l'hypothèse de recherche d'un échantillon de publications, par discipline.....	37
Figure 12. Modèle en boîte noire.....	37
Figure 13. Variations du taux de recours à l'internement entre les départements français en 2017.....	48
Figure 14. Logigramme de la décision de SPDRE dans la loi du 23 septembre 2013 illustrant les deux temps de la mesure.....	50
Figure 15. Description du taux annuel de SPDRE pour 100 000 habitants des services de gendarmerie et de police nationales (n=318).....	66
Figure 16. Réseau des taux de criminalités d'après les indicateurs 1 à 9, leur somme et l'intégralité de l'état 4001, et des SPDRE suivant leur durée pour l'ensemble des services de gendarmerie et de police nationales (n=318).....	72
Figure 17. Réseau des taux de criminalités d'après les indicateurs 1 à 9, leur somme et l'intégralité de l'état 4001, et des SPDRE suivant leur durée pour les services de gendarmerie nationale (n=120).....	73
Figure 18. Réseau des taux de criminalités d'après les indicateurs 1 à 9, leur somme et l'intégralité de l'état 4001, et des SPDRE suivant leur durée pour les services de police nationale (n=198).....	74

Figure 19. Catégorie d'âge des personnes internées .....	76
Figure 20. Décision de SPDRE par mois de l'année (n=3506). .....	76
Figure 21. Décision de SPDRE par jour de la semaine (n=3506).....	77
Figure 22. Nuage de mots du corpus CORP_D basé sur leur fréquence d'emploi. ....	78
Figure 23. Classification descendante hiérarchique du corpus CORP_D.....	79
Figure 24. Plan d'analyse factorielle du corpus.....	81
Figure 25. Nuage de mots du corpus CORP_H basé sur leur fréquence d'emploi. ....	82
Figure 26. Analyse des similitudes sur la base des cooccurrences des lemmes dans le corpus CORP_H.....	83
Figure 27. Description du taux annuel de SPDRE pour 100 000 habitants des unités de psychiatrie pour les années 2012 à 2016 (n=401). ....	87
Figure 28. Taux de SPDRE moyen par secteur participant, entre 2012 et 2016, région Provence- Alpes-Côte d'Azur.....	88
Figure 29. Taux de SPDRE moyen par secteur participant, entre 2012 et 2016, région Ile de France. .....	89
Figure 30. Taux de SPDRE moyen par secteur participant, entre 2012 et 2016, départements du Nord et du Pas-de-Calais. ....	89
Figure 31. Taux de SPDRE moyen par secteur participant, entre 2012 et 2016, départements de la Dordogne, de la Gironde, des Landes, du Lot-et-Garonne, et des Pyrénées-Atlantiques.....	90
Figure 32. Description de la durée des SPDRE (n=3167). ....	91
Figure 33. SPDRE levées à chaque échéance des certificats médicaux (n=3167).....	92
Figure 34. Description de la part des SPDRE de moins de 72h, moins de 11 jours et plus de 11 jours dans les services de gendarmerie et de police nationales (n=2131). ....	92
Figure 35. Levée de SPDRE par mois de l'année (n=3167). ....	93
Figure 36. Levée de SPDRE par jour de la semaine (n=3167).....	94
Figure 37. Différents niveaux d'expression de la contrainte dans les services de psychiatrie. ....	112
Figure 38. La médecine comme système de régulation du fonctionnement social. ....	113
Figure 39. Trois mécanismes fondamentaux de régulation des systèmes. ....	114
Figure 40. Deux modèles de régulation : buffering & feedforward, buffering & feedback.....	116
Figure 41. Réduction des erreurs par investissement des systèmes principal et régulateur.....	119
Figure 42. Deux modèles de la santé : le continuum unique et les deux continuums. ....	122
Figure 43. "What is sanism?". ....	132
Figure 44. Ensemble des luttes rassemblées sous l'appellation parapluie de "Cognitive Liberty".	134
Figure 45. Signatures et ratifications de la CRPD et du protocole additionnel en Europe.....	139
Figure 46. Signatures et ratifications de la CRPD et du protocole additionnel dans le monde. ....	139
Figure 47. Liens entre les SDG et la CRPD. ....	148
Figure 48. Les 17 Objectifs de Développement Durable de l'ONU .....	149
Figure 49. Place des modèles en santé mentale dans les différentes stratégies de régulation. ....	152

## ENCARTS

Encart 1. Réponses extraites du corpus CORP_H évoquant l'aspect administratif du rôle du maire ou de son représentant (n=12). ....	84
Encart 2. Réponses extraites du corpus CORP_H évoquant la primauté de l'avis médical (n=13). .	85
Encart 3. Réponses extraites du corpus CORP_H interrogeant la place de la procédure dans le fonctionnement des institutions (n=10).....	86
Encart 4. Témoignage de Vincent. ....	136



### **De quoi je parle :**

Je parle des personnes enfermées dans les hôpitaux,  
Parce qu'elles ont un problème de santé mentale.

J'ai un problème de santé mentale,  
Quand je me sens mal.  
Par exemple quand je suis triste,  
Ou quand j'ai peur.

### **Pourquoi je parle :**

La CDPH des Nations Unies est une loi en France.  
La CDPH est une loi depuis 2010.  
La CDPH interdit d'enfermer les personnes,  
Même les personnes qui ont un problème de santé mentale.

La CDPH est difficile à respecter,  
Surtout l'article 12 qui dit que les personnes doivent décider  
Et l'article 14 qui dit qu'on ne doit pas enfermer les personnes avec un  
problème de santé mentale.  
Il faut trouver un équilibre entre la santé des personnes,  
Et la liberté des personnes,  
Et la dangerosité des personnes.

**Ce que j'ai fait :**

En premier, j'ai regardé ce que les chercheurs ont écrit sur le sujet.

En deuxième, j'ai regardé l'article 14 de la CDPH,

Et j'ai regardé si l'article 14 est respecté en France.

J'ai regardé 3506 enfermements de personnes avec un problème de santé mentale,

En France dans 16 départements entre 2012 et 2016,

Et j'ai regardé les liens avec les personnes qui passent au tribunal.

Je passe au tribunal quand je commets un délit ou un crime.

En troisième, j'ai essayé de comprendre,

Comment il faut faire,

Pour respecter la CDPH.

**Ce que j'ai vu :**

L'enfermement est un équilibre entre la santé et la dangerosité,

Et entre la santé et la liberté.

J'ai montré que plus les personnes passent au tribunal,

Plus les médecins enferment les personnes avec un problème de santé.

Surtout en ville,

Et quand il y a beaucoup de vols.

**Ce que je pense :**

Je pense que les médecins ne doivent pas enfermer les gens,

Parce qu'il y a souvent d'autres solutions,

Et que ce n'est pas le travail du médecin,

Mais il faudrait changer tout le système.

## - RÉSUMÉ -

(360 mots)

**INTRODUCTION.** Le pouvoir d'enfermement de la psychiatrie est remis en cause par la CDPH de l'ONU. Dans les débats sur son application, l'enfermement est considéré entre liberté, santé et dangerosité. Ils font apparaître une scission entre usagers et professionnels. La mise en application de la CDPH reste un sujet de recherche peu étudié.

**MÉTHODE.** Nous avons d'abord conduit une étude épistémologique de l'enfermement psychiatrique via une analyse bibliométrique des réseaux des termes MeSH des publications scientifiques portant sur l'internement d'un malade mental.

Ensuite, nous avons mené une étude portant sur 3506 mesures de soins psychiatriques sur décision du représentant de l'État dans 16 départements français entre 2012 et 2016 - données provenant du Centre Collaborateur de l'OMS de Lille. Pour évaluer l'applicabilité de l'article 14 de la CDPH, nous avons testé l'hypothèse de la loi épidémiologique, analysé les liens entre taux d'internement et criminalité et réalisé une analyse lexicale de questionnaires de personnes internées.

Enfin, nous avons discuté l'enfermement et l'articulation avec les concepts connexes sur le modèle cybernétique.

**RÉSULTATS.** Nous avons pu mettre en évidence que l'épistémologie de l'internement repose sur une dialectique entre les notions de liberté, santé, et dangerosité.

Notre analyse a trouvé une corrélation entre internement et criminalité invalidant l'hypothèse de la loi épidémiologique ( $p < .001$ ). L'analyse en réseau montre une corrélation plus forte avec les délits sur les biens que sur les personnes. L'internement varie avec la superficie des zones d'intervention. L'analyse de discours ne montre pas de dysfonctionnement du rôle des représentants de l'État mais interroge les motifs de mesure.

Nous avons construit une modélisation de différentes régulations possibles par la psychiatrie des comportements sociaux.

**DISCUSSION.** La réduction des pratiques d'enfermement est fréquemment abordée par la littérature scientifique sous l'angle éthique. En interrogeant la légitimité de l'enfermement, la CDPH de l'ONU transforme l'éthique de l'enfermement en une métaphysique, interrogeant l'épistémologie de la discipline. Les caractéristiques de la psychiatrie ne correspondent pas au rôle qui lui est demandé, occasionnant un nombre important de violations des droits humains. Des modèles plus efficaces de régulation peuvent être mis en place en utilisant les modèles des droits humains tels que le handicap psychosocial ou le rétablissement en santé mentale.

**Mots-clés :** Consentement libre et éclairé ; Internement d'un malade mental ; Droits de l'homme ; Cybernétique ; Connaissance.

## - ABSTRACT -

(337 words)

**INTRODUCTION.** The detention power of psychiatry is being challenged by the UN CRPD. In the debates on its application, confinement is considered to lie between freedom, health and dangerousness. They reveal a split between users and professionals. The implementation of the CRPD remains a neglected research topic.

**METHOD.** We first conducted an epistemological study of psychiatric detention through a bibliometric analysis of the MeSH term networks in the scientific literature on the commitment of mentally ill.

Then, we conducted a study on 3506 psychiatric care measures decided by the State representative in 16 French departments between 2012 and 2016 - data from the WHO Collaborating Centre in Lille. To assess the applicability of Article 14 of the CRPD, we tested the hypothesis of epidemiological law, analyzed the links between commitment rates and crime and carried out a lexical analysis of questionnaires of committed persons.

Finally, we discussed confinement and its articulation with related concepts using the cybernetic model.

**RESULTS.** We were able to highlight that the epistemology of commitment is based on a dialectic between the notions of freedom, health and dangerousness.

Our analysis found a correlation between commitment and criminality that invalidates the hypothesis of epidemiological law ( $p < .001$ ). Network analysis shows a stronger correlation with property crime than with personal crime. Commitment varies with the size of the intervention areas. The lexical analysis does not show any dysfunction in the role of State representatives but questions the reasons behind the decisions.

We have constructed a modeling of different possible regulations by psychiatry of social behavior.

**DISCUSSION.** Reducing detention practices is frequently addressed in the scientific literature from an ethical perspective. By questioning the legitimacy of detention, the UN CRPD transforms the ethics of detention into a metaphysics, questioning the epistemology of the discipline. The characteristics of psychiatry do not correspond to the role that is required of it, resulting in a significant number of human rights violations. More efficient regulatory models can be put in place using human rights models such as psychosocial disability or mental health recovery.

**Keywords:** Informed Consent; Commitment of Mentally Ill; Human Rights; Cybernetics; Knowledge.

## - TRIGGER WARNINGS -

Ce travail traite de l'enfermement et du traitement forcé de personnes par les services de psychiatrie. Ceci est couramment justifié par une approche *ableist*/capacitiste et *sanist*/psychophobe de la santé mentale, en considérant que ces personnes ont des troubles psychiques ou des maladies mentales qui justifient l'atteinte à leurs droits. Il traite aussi des conséquences dont l'enfermement, la stigmatisation, les traitements forcés ou la torture.

Ces éléments peuvent entraîner des réactions intellectuelles ou émotionnelles fortes chez la plupart des gens, notamment les personnes qui en ont fait l'expérience. Aussi, faites attention si vous êtes particulièrement sensibles aux sujets suivants :

**MALADIES MENTALES**

***SANISM / PSYCHOPHOBIE***

***ABLEISM / CAPACITISME***

**ENLEVEMENT**

**VIOLENCE**

**TRAITEMENT FORCÉ**

**TORTURE**

# I. Étude épistémologique

**“Prefrontal lobotomy [...] has recently been having a certain vogue, probably not unconnected with the fact that it makes the custodial care of many patients easier. Let me remark in passing that killing them makes their custodial care still easier.”\***

***Norbert Wiener, 1948***

**\*La lobotomie frontale [...] a récemment connu une certaine vogue, probablement liée au fait qu'elle facilite la prise en charge de nombreux patients. Laissez-moi faire remarquer en passant que les tuer rend encore plus facile leur prise en charge.**

## I.1. Contexte

« La thèse d'exercice est un **engagement personnel scientifique et symbolique important** dans la vie de tout étudiant en médecine. La thèse d'exercice est une **contribution au développement de la connaissance scientifique**<sup>1</sup> » [2] : tel est le cahier des charges que la Faculté de médecine Henri Warembourg de l'Université de Lille fixe en 2018 à cet exercice. Choisir son sujet de thèse est un dilemme auquel fait face chaque étudiant en médecine. L'enjeu est double : d'abord, il lui faut choisir un sujet novateur dans lequel apporter une contribution scientifique ; ensuite il faut choisir quel sujet marquera sa transition du statut d'étudiant en médecine à celui de médecin.

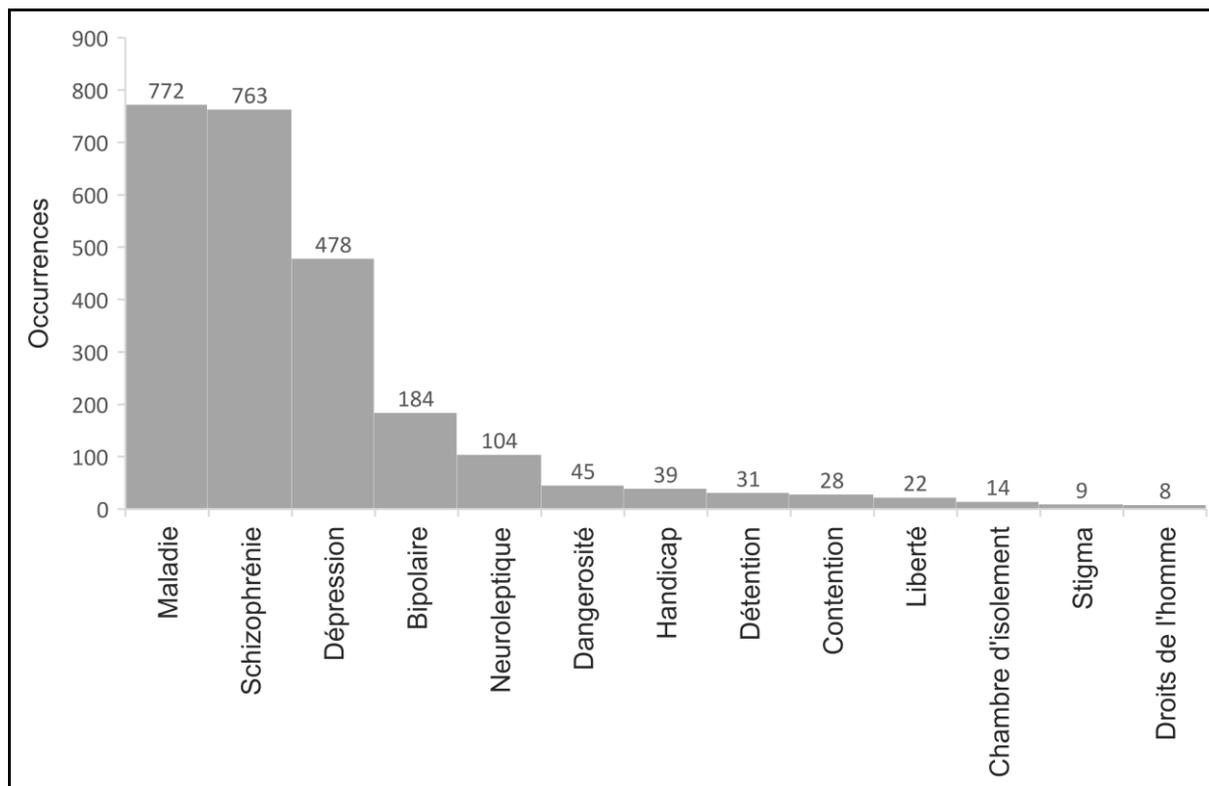
Symboliquement, l'introduction de ce travail démarre sur un méta-commentaire parce que chercher un sujet de thèse c'est aussi observer les domaines dans lesquels les jeunes médecins - futurs pairs - trouvent un équilibre entre la possibilité d'une contribution scientifique et la symbolique de leur profession. En cela, le catalogue du Système Universitaire de Documentation (SUDOC), qui les répertorie, permet un balayage rapide de ce que les médecins à venir considèrent comme leur sujet d'expertise (Figure 1). Face aux résultats, on est en droit de se demander pourquoi le questionnement sur les libertés est si minoritaire.

En France, les atteintes aux libertés sont loin d'être marginales en psychiatrie [3] et il est vraisemblable de penser que tout interne de la spécialité y soit confronté lors de sa formation. En effet, dans sa contribution au 57<sup>ème</sup> examen périodique de la France par le Comité contre la torture, « le Contrôleur Général des Lieux de Privation de Liberté (CGLPL)<sup>2</sup> observe que parmi les établissements psychiatriques qu'il est amené

---

<sup>1</sup> Les passages en gras sont repris depuis le texte original.

<sup>2</sup> Autorité administrative en charge du contrôle des conditions de prise en charge des personnes privées de libertés et donc des services de psychiatrie.



**Figure 1. Thèses du SUDOC par mots-clés.**

L'algorithme de recherche est « *psychiatrie + [mot-clé]* », recherche menée le 25 novembre 2018.

à visiter, ceux qui ne recourent jamais à l'isolement et/ou à la contention font exception » [4]. Le sujet n'est donc pas inconnu des jeunes médecins et dans le même document le CGLPL considère « que la recherche médicale et soignante sur les pratiques professionnelles préventives doit être développée dans le but de réduire le recours à des mesures d'isolement et de contention » [4].

Si ce n'est pas faute de sensibilisation ou d'intérêt scientifique, c'est peut-être que la symbolique du sujet fait défaut. Bien que celui-ci soit insuffisamment enseigné [4], il ne laisse pourtant pas indifférent sur les plans affectif et réflexif, comme le notent plusieurs internes en psychiatrie dans leurs thèses et témoignages [5–7]. Devenir psychiatre, c'est s'engager dans une discipline médicale perçue comme à part [8], mais aussi controversée et critiquée [9–13]. Au-delà des interrogations sur la stigmatisation de ce qui a trait à la folie [8], c'est aussi la seule spécialité médicale en opposition à laquelle s'est construit un mouvement contestataire - l'antipsychiatrie - qui

perdure depuis sa création dans les années 1960 [14]. C'est aussi la seule spécialité médicale dans laquelle les personnes se déclarent survivre, non pas seulement aux problèmes de santé, mais aussi aux services de santé eux-mêmes [15]. Ainsi, les ex-usagers mais surtout les survivants de la psychiatrie rapportent avoir subi des violences voire des tortures de la part du système de santé [16]. C'est par exemple le cas de J. Santegoeds, membre des réseaux européen (ENUSP) et mondial (WNUSP) des (ex)usagers et survivants de la psychiatrie, venue témoigner le 14 mars 2017 au Ministère de la Santé et des Affaires Sociales de son vécu de deux ans de soins psychiatriques (Figure 2).

Au-delà du constat de la banalisation des pratiques coercitives, des mouvements d'antipsychiatrie, des associations d'usagers, ex-usagers et survivants, et d'autres critiques internes - notamment celle de psychiatres comme T. Szasz [17] - la question des pratiques psychiatriques se pose également du point de vue des droits humains. Dans un rapport de 2017, l'Assemblée générale de l'Organisation des Nations Unies (ONU), via le conseil des droits de l'homme, note en effet que :

Le traitement forcé et d'autres pratiques préjudiciables, telles que la mise à l'isolement, la stérilisation forcée, l'utilisation de moyens de contention, la médication forcée et la surmédication (y compris toute médication administrée sous des prétextes fallacieux et sans informer des risques) constituent non seulement une violation du droit au consentement libre et éclairé, mais aussi une forme de mauvais traitements, voire de torture [18].



**Figure 2. Mises en scène de son vécu de contrainte entre 1994 et 1996.**  
Présentées le 14 mars 2017 au Ministère de la Santé et des Affaires Sociales par J. Santegoeds [19].

Comme en témoignent de récents échanges [20], ces critiques semblent décrire un système en totale contradiction avec les valeurs, motivations et intentions des professionnels de santé. Une réflexion sur la liberté semblerait donc symboliquement appropriée pour marquer l'entrée du jeune médecin dans la spécialité. D'ailleurs, cette question de la restriction de liberté - qui demeure la base de la critique de la psychiatrie - persiste indépendamment de l'intérêt que lui portent les médecins. Si la critique existe dans tous les cas, il est primordial que notre discipline s'en saisisse et que le discours centré sur les droits humains soit porté par les professionnels eux-mêmes, plutôt que par d'autres, comme l'église de scientologie, chaque année aux congrès nationaux ou européens de psychiatrie (Figure 3) [21].



**Figure 3. Manifestation de la Commission des Citoyens pour les Droits de l'Homme devant le congrès français de psychiatrie le samedi 2 décembre 2017 à Lyon.**  
Photo extraite du communiqué de presse du mardi 9 janvier [22].

### THESE

L'enfermement est une atteinte à la liberté incompatible avec la santé

Cette thèse répond à une interrogation métaphysique : est-il possible pour un professionnel de santé, y compris médecin, d'atteindre aux libertés fondamentales, notamment de manière protocolisée ou systématique ? L'ensemble des atteintes aux libertés en psychiatrie découle de la possibilité d'enfermement. Plusieurs façons d'aborder cette question sont alors possibles.

## I.2. Analyse épistémologique

### I.2.1. Induction de la question épistémologique

L'expérience de J. Santegoeds met en lumière que ce constat d'emploi massif de pratiques coercitives ne se limite pas uniquement à la France, et les journaux scientifiques - comme le *Lancet Psychiatry* ou le *British Medical Journal* - publient régulièrement des éditoriaux rappelant les pratiques coercitives du passé [23], mais aussi actuelles [24] et à venir [25]. En réponse aux constats de violations des droits humains subies par les personnes, le conseil des droits de l'homme de l'ONU a organisé, les 14 et 15 mai 2018, un colloque international "Identifier des stratégies pour promouvoir les droits de l'homme dans le domaine de la santé mentale" [26], dont les conclusions ont fait l'objet d'un rapport spécifique reprenant une liste de propositions pour améliorer le respect des droits de l'homme en santé mentale [27]. T. Minkowitz, avocate spécialiste des droits humains et survivante de la psychiatrie, analyse comment la réflexion a alors été abordée sous 3 angles distincts [28].

Certains participants – notamment les personnes avec une expérience du système de santé mentale – proposent de supprimer complètement la restriction de liberté en psychiatrie, et la considèrent comme une mesure discriminatoire basée sur le handicap, dans une lecture s'appuyant sur la Convention relative aux Droits des Personnes Handicapées (CRPD, Annexes 1.1 & 1.2) [29]. Ils demandent à ce que les soins respectent le consentement libre et éclairé. D'autres, au contraire – principalement des professionnels de la santé mentale – militent pour un maintien des mesures coercitives. Pour certains, ces mesures répondent à un impératif de sécurité - publique ou pour la personne elle-même. Pour d'autres – comme R. Mezzina représentant les services de santé mentale italiens de la région de Trieste – ces

mesures peuvent dans certains cas être nécessaires mais doivent être justifiées par des arguments de santé et non de sécurité. Deux justifications diamétralement opposées des mesures coercitives, à l'image du débat français actuel interrogeant le statut de ces mesures comme sécuritaires [30] - sous l'autorité du préfet - ou sanitaires [31] – sous l'autorité du directeur d'établissement de santé. À ce niveau, la question semble articulée autour de la capacité à un consentement libre et éclairé, entre liberté, santé et dangerosité.

## I.2.2. Méthode d'analyse bibliométrique

Si la pertinence symbolique du sujet est établie, on peut s'interroger sur son aspect scientifique. Comme l'articulent les échanges de l'ONU, cette question de la restriction de liberté part du non-respect de la règle du consentement libre et éclairé autorisant alors les soins sans le consentement de la personne. De ce point de départ découlent d'autres pratiques préjudiciables ciblées par le conseil des droits de l'homme de l'ONU, comme « la mise à l'isolement, la stérilisation forcée, l'utilisation de moyens de contention, la médication forcée et la surmédication » [18].

Le moteur de recherche PubMed de la base de données scientifiques MEDLINE utilise la nomenclature des *Medical Subject Headings*<sup>3</sup> (MeSH) de la *United States National Library of Medicine*<sup>4</sup>. Déployé en 1960, il s'agit d'entrées de thésaurus visant à faciliter la recherche de publications scientifiques [32]. Le terme MeSH de "Commitment of Mentally ill"<sup>5</sup> correspond à l'hospitalisation sans consentement de la

---

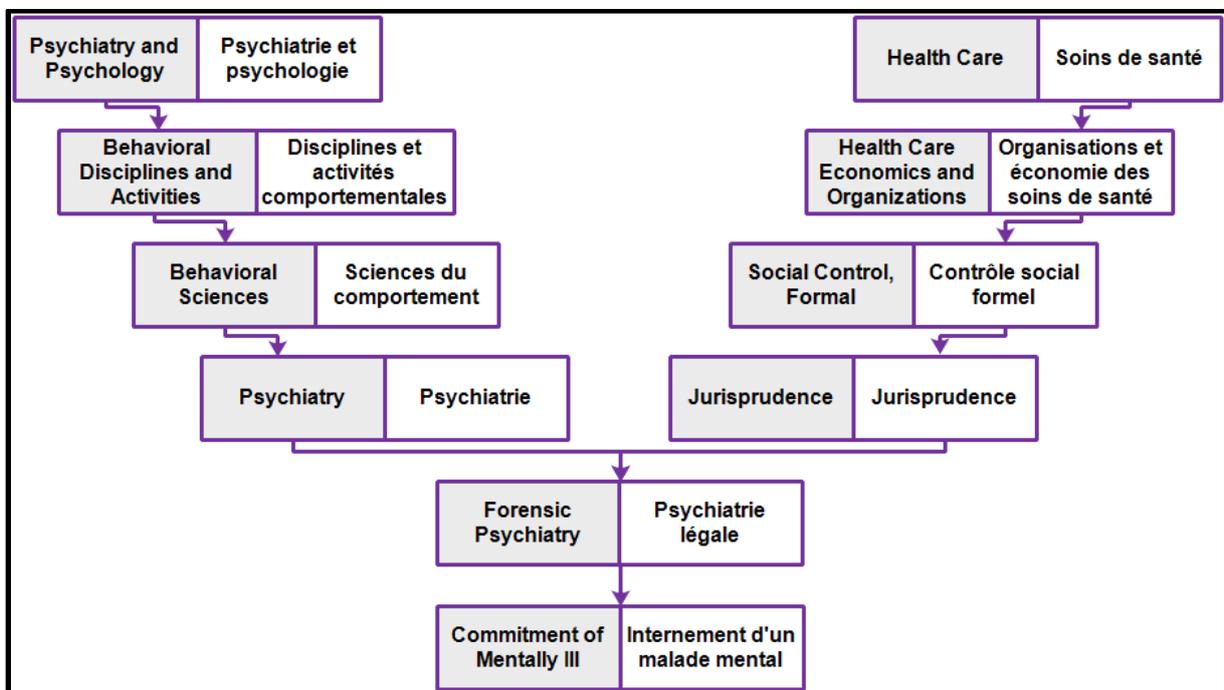
<sup>3</sup> [Traduction] En-têtes des sujets médicaux.

<sup>4</sup> [Traduction] Bibliothèque nationale de médecine des États-Unis.

<sup>5</sup> [Traduction] Internement d'un Malade mental ; traduction officielle française des termes MeSH réalisée par l'Institut National de la Santé Et de la Recherche Médicale (INSERM). On peut d'ailleurs noter que dans cette traduction "mentally ill" est traduit par "malade mental".

personne, traduit en français par le terme d'"internement". L'arborescence de ce terme dans le thésaurus, présentée en Figure 4, permet déjà un premier aperçu des enjeux entourant ce concept. Il est en effet rattaché à la psychiatrie légale, elle-même à la croisée du contrôle social formel, émanant de l'organisation et économie de la santé, et de la psychiatrie, comme science du comportement. Une recherche de ce terme sur la base MEDLINE réalisée le 25 novembre 2018 retrouve 409 publications parmi les revues de la littérature scientifique.

La bibliométrie est l'analyse statistique des publications et le logiciel de bibliométrie VOSViewer permet, entre autres, de construire un réseau de l'emploi des termes MeSH d'une bibliographie suivant leurs co-occurrences [33].



**Figure 4. Arborescence du terme MeSH "commitment of mentally ill" / "internement d'un malade mental".**  
L'arborescence est reprise depuis le site de PubMed avec les traductions françaises officielles réalisées par l'INSERM.



- I. Un cluster rouge, à droite, centré autour de "mental health services"<sup>6</sup>, reprend des concepts liés à l'hospitalisation psychiatrique.

*Ex : hospitalisations, hôpitaux psychiatriques, désinstitutionalisation, prisons*

- II. Un cluster violet, à gauche, centré autour de "community mental health services"<sup>7</sup>, s'intéresse davantage aux soins ambulatoires, aux troubles psychotiques et à des éléments d'évaluation comme les essais contrôlés randomisés, la durée de séjour ou l'efficacité des traitements.

*Ex : soins ambulatoires, schizophrénie, résultat thérapeutique, admission du patient*

- III. Un cluster vert, en haut, centré autour de "dangerous behavior"<sup>8</sup>, reprend des concepts liés au risque et à la criminalité. La Figure 6 présente le sous-réseau spécifique du terme.

*Ex : violence, crime, homicide, irresponsabilité pénale, infractions sexuelles*

- IV. Un cluster bleu, en bas à gauche, centré autour de "mental competency"<sup>9</sup>, reprend des interrogations de pratiques autour des thématiques de confidentialité, consentement, urgence ou suicide. La Figure 7 présente le sous-réseau spécifique du terme.

*Ex : éthique médicale, autonomie personnelle, consentement libre et éclairé*

- V. Un cluster jaune, en bas à droite, centré autour de "patient advocacy"<sup>10</sup>, aborde la question des droits des personnes.

*Ex : droits civiques, refus de traitement, prise de décision, observance thérapeutique*

---

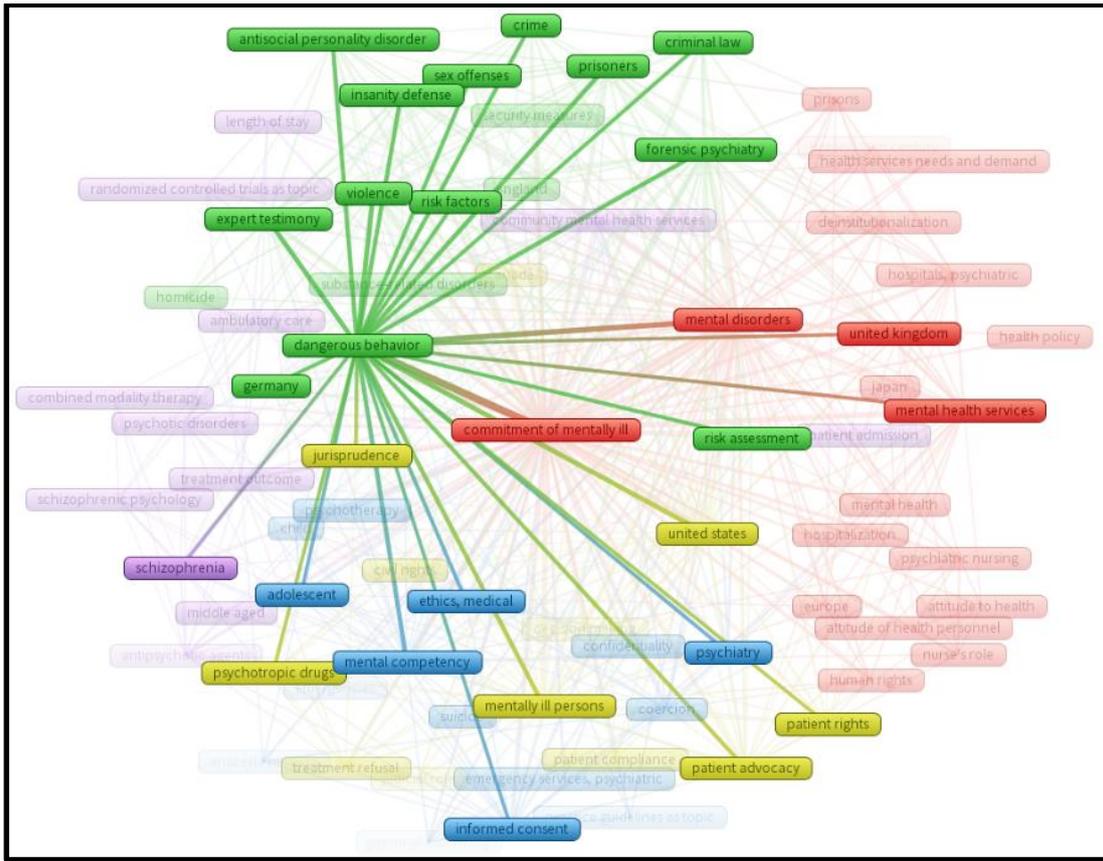
<sup>6</sup> [Traduction] services de santé mentale ; traduction officielle française réalisée par l'INSERM.

<sup>7</sup> [Traduction] services communautaires en santé mentale ; traduction officielle française réalisée par l'INSERM.

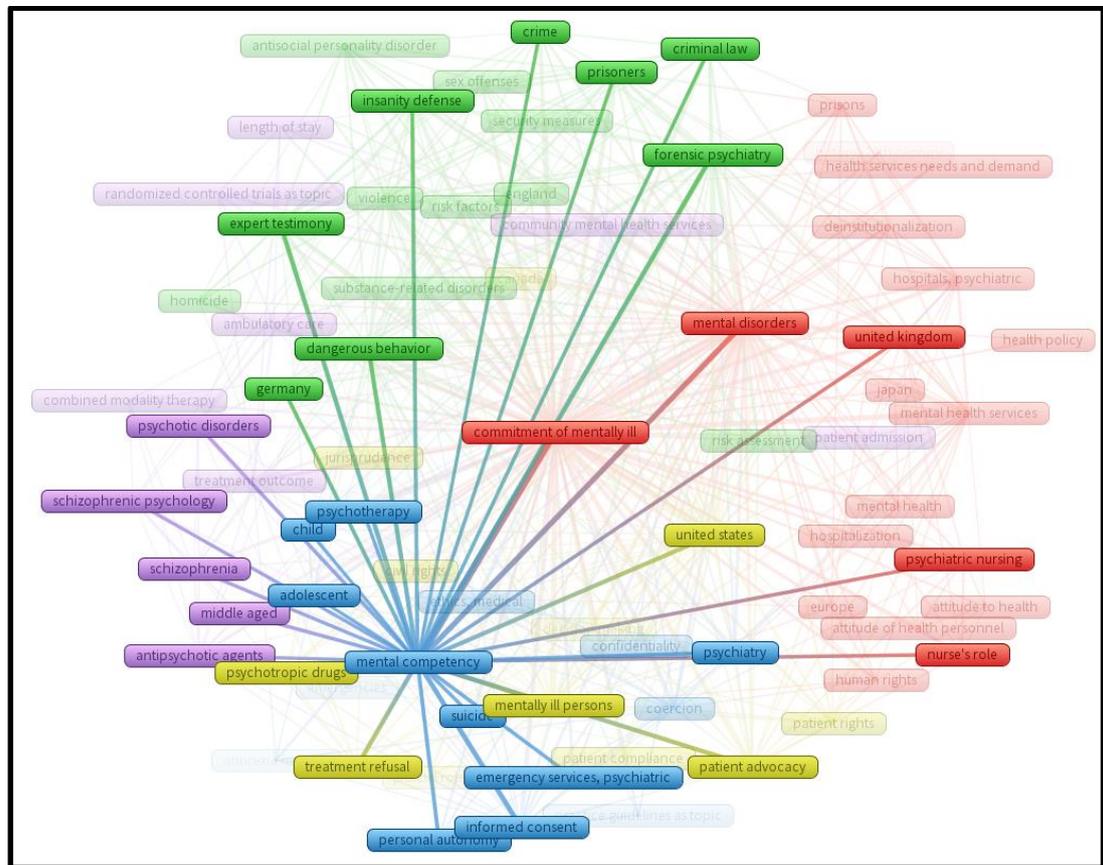
<sup>8</sup> [Traduction] comportement dangereux ; traduction officielle française réalisée par l'INSERM.

<sup>9</sup> [Traduction] capacité mentale ; traduction officielle française réalisée par l'INSERM.

<sup>10</sup> [Traduction] défense du patient ; traduction officielle française réalisée par l'INSERM.



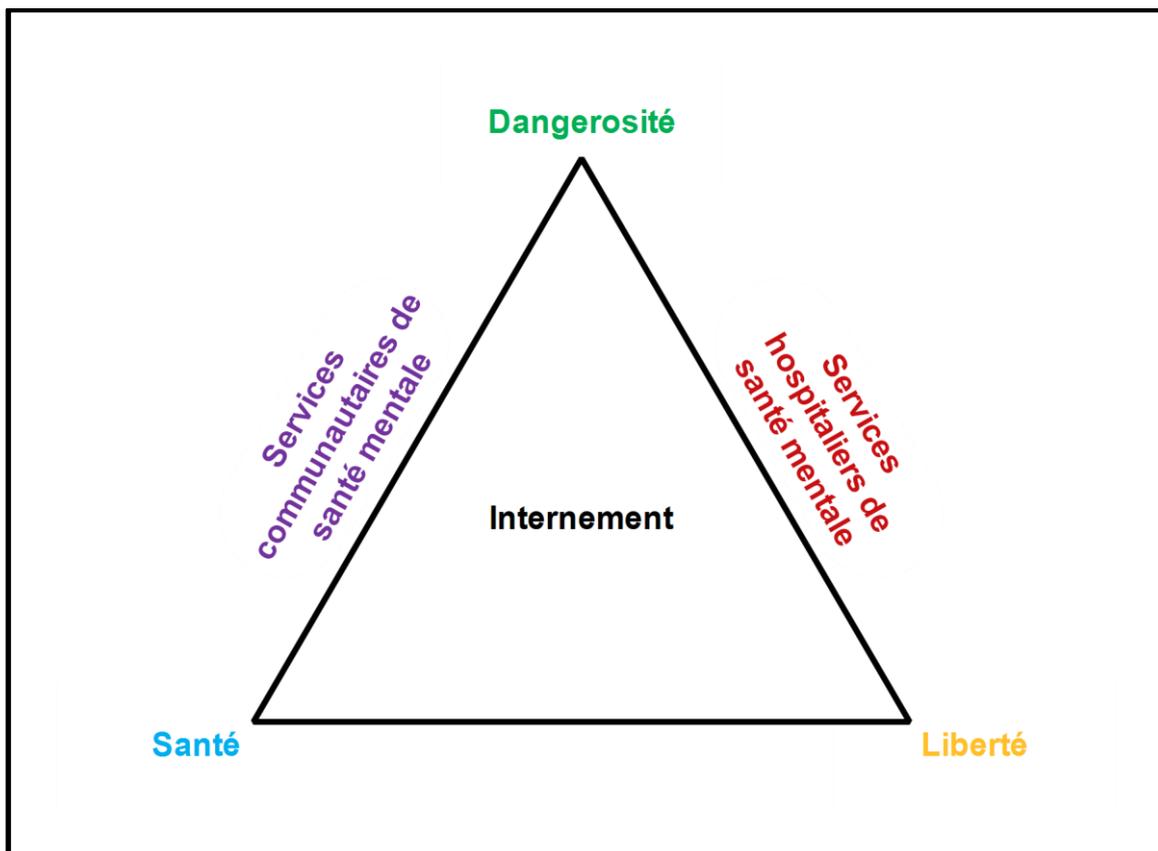
**Figure 6. Sous-réseau du terme MeSH 'dangerous behavior'.**



**Figure 7. Sous-réseau du terme MeSH 'mental competency'.**

## I.2.4. Discussion épistémologique

Les résultats de cette analyse bibliométrique sommaire recourent l'analyse précédente des échanges de l'ONU. L'"internement d'un malade mental" semble être un thème de recherche au croisement de différents domaines. Si on retrouve les thématiques de dangerosité et de défense des droits, il est intéressant de noter que ce n'est pas le consentement qui occupe une place centrale dans son cluster, mais la notion de capacité (Figure 7), présupposant l'existence d'exceptions au consentement, ce que pointait déjà R. Mezzina dans les échanges précédents<sup>11</sup>. Il semble donc cohérent d'aborder cette question entre liberté, dangerosité et santé (Figure 8).



**Figure 8. Relations entre dangerosité, santé, et liberté.**

<sup>11</sup> On peut remarquer que la thématique est abordée de manière différente si les services de santé mentale sont organisés de manière communautaire ou non, soulevant directement la question de l'impact de l'organisation des services de soins sur la liberté des personnes usagères des services.

Bien que les critères utilisés soient relativement sélectifs - à savoir n'inclure que les revues de la littératures et se limiter aux termes MeSH d'au moins dix occurrences – on remarque également que le sujet de l'"internement d'un malade mental" est connexe à de nombreux autres – 673 termes différents, 81 sur ces seuls critères.

Ainsi, il semble difficile de pouvoir aborder le problème dans son ensemble tant le nombre de variables est élevé. Pour autant, l'aborder de manière partielle – par exemple en se limitant à la contention – ne permettrait pas de mobiliser l'ensemble des thématiques, ce qu'illustrent les sous-réseaux des Figure 6 et Figure 7. Ce ne serait pas un problème en soi si on considère que cette question de la restriction de liberté peut se résumer à la somme de ses constituants, c'est-à-dire à une itération de thématiques, comme le laisse sous-entendre la liste du conseil des droits de l'homme de l'ONU : « la mise à l'isolement, la stérilisation forcée, l'utilisation de moyens de contention, la médication forcée et la surmédication » [18].

Cependant, les échanges précédents de l'ONU [26] et des arguments idéologiques [15,17–19,27,34–36] et scientifiques [37–40] contredisent cette hypothèse et inscrivent les différentes itérations de la restriction de liberté dans un tout non divisible. Cette logique est également appuyée par le fait que ces thématiques ne se justifient pas de manière isolée mais par leurs atteintes aux mêmes droits fondamentaux, principalement le droit au meilleur état de santé possible [41] et le droit de ne pas être soumis à la torture ni à des peines ou traitements cruels, inhumains ou dégradants [42]. Enfin, l'argument pragmatique est qu'alors que la situation est reconnue comme problématique [15,18,19,27,36], que le terme MeSH identifie cette thématique de recherche depuis 1983, et que cette question anime la profession depuis de nombreuses années [43,44], elle reste toujours d'actualité sans changement majeur

depuis cette époque [43,44], laissant supposer l'inaptitude des approches précédentes à sa résolution.

Partant de l'idée que considérer le problème de la restriction de liberté en santé mentale de manière parcellaire ne permet pas sa résolution, ce problème peut être abordé sous l'angle systémique :

#### POSTULAT 1

*L'ensemble des mesures psychiatriques portant atteintes aux libertés fondamentales des personnes participant d'un système qui dépasse la somme de ses constituants.*

D'après ce postulat, la contention et l'isolement ne sont pas des éléments sur lesquels il est possible d'agir discrètement sans impacter l'ensemble du système de pratiques portant atteintes aux libertés. Ceci correspond aux données basées sur les preuves sur la réduction des pratiques de contention et isolement [37–39].

La façon de se poser la question fait donc partie intégrante de la question elle-même et une méthodologie adaptée se devra donc de pouvoir aborder l'ensemble des domaines de recherche connexes à l'"internement d'un malade mental".

## I.3. Choix méthodologiques

La thèse sera abordée en deux temps distincts. D'abord une étude de praxis sur les pratiques d'internement, puis une modélisation de l'articulation des concepts connexes. L'abord méthodologique de ces deux temps partage des bases communes. L'enjeu est de penser toutes les variables impliquées, non pas comme une itération d'éléments successifs, mais comme un ensemble. Ceci nécessite de mobiliser des éléments de sciences et domaines distincts, ayant des conventions mais aussi des fonctionnements différents. La médecine semble un domaine central, de même que le droit – national et international – mais également d'autres comme la psychologie sociale ou la sociologie. Aborder la question de manière transdisciplinaire s'appuie sur l'utilisation de méta-disciplines telles l'éthique ou la philosophie. Notre recherche sur la base du SUDOC met en évidence que la question de la contrainte aux soins a déjà été explorée sur le plan éthique en 2012 dans une thèse d'exercice de médecine par le docteur J. Dubreucq, psychiatre, qui concluait son travail de la manière suivante :

L'utilisation de la contrainte en psychiatrie a donc bien une utilité et une légitimité dans la prise en charge des malades mentaux et elle est donc un outil de soins. Cependant, elle doit toujours être appliquée avec la plus grande mesure, afin d'en éviter des utilisations abusives, qui lui enlèveraient ce caractère thérapeutique. Nous proposons de bien différencier l'autorité, fondement de toute relation médecin-malade, de l'autoritarisme qui en est l'application abusive. En effet, l'autorité médicale, longtemps décriée en raison d'abus, semble ainsi constituer en elle-même un outil de soins à part entière, à condition toutefois qu'elle soit utilisée légitimement et bien assumée par la personne qui l'utilise. L'évolution historique montre d'ailleurs qu'il ne peut y avoir de traitement des malades mentaux qui ne mette pas en jeu cette autorité, mais que celle-ci ne peut pas non plus être thérapeutique sans être tempérée par une réflexion philosophique et éthique préalable. C'est pourquoi, il semble donc nécessaire de développer cette réflexion sur le sens de ces pratiques afin que tous les soignants possiblement impliqués dans la prise en charge des malades mentaux puissent en avoir la vision la plus exacte possible, avec ses bénéfices et ses risques. [45]

Son travail de thèse est le seul abordant le sujet connexe de l'emploi de la contrainte en psychiatrie. Pour arriver à sa conclusion, il a mené une étude éthique sur l'emploi de la contrainte, théorique et appliquée à une analyse qualitative de groupes focaux, principalement d'infirmiers travaillant en psychiatrie. Son travail permet une description de la restriction de liberté vue de l'intérieur de la spécialité, qui souvent se heurte à d'autres points de vue, notamment légal :

Sur le plan médical, enfin, le psychiatre, doit donc tenter d'enlever au malade mental les illusions qu'il peut entretenir sur son état et de l'accompagner dans le travail nécessaire de deuil qui lui est demandé, au moyen d'un travail de réflexion sur le caractère relatif de la nécessité d'être un conjoint ou un parent (mais aussi un travailleur) pour pouvoir exercer sa citoyenneté et que c'est au contraire, en renonçant à tenter de réaliser quelque chose d'impossible et de déraisonnable pour lui, qu'il se montre responsable et donc citoyen. [...] Reste que certains droits sont inaliénables, comme celui d'enfanter, et qu'alors naissent les dilemmes entre la raison psychiatrique et la raison juridique. Cependant, dans de nombreux cas où celle-ci s'est mise en œuvre contre la raison psychiatrique, c'est toujours la psychiatrie qui a dû, par la suite, en gérer les conséquences. La mission de la psychiatrie publique est donc parfois de faire face à des situations qu'elle avait à priori rejetées. Il s'agit là d'un enjeu majeur qui complique, mais aussi qui professionnalise notre exercice. [45]

L'analyse éthique de l'emploi de ce que J. Dubreucq nomme la "contrainte thérapeutique" – et qui renvoie à la thèse de notre travail, c'est-à-dire la restriction de liberté dans un but de santé – semble donc posséder une forte cohérence interne à la discipline psychiatrique, mais se heurte à une difficulté majeure d'interface avec les autres disciplines connexes. Il faut donc repenser le questionnement et ne plus penser l'atteinte aux libertés sous le seul angle de vue de la psychiatrie mais en intégrant les critiques extérieures. Intégrer ces éléments émanant d'autres disciplines amène à s'interroger non pas sur le plan éthique – comment il faudrait faire – mais sur les plans méta-physique – existe-t-il une possibilité pour une "contrainte thérapeutique" ? autrement dit est-il possible d'agir comme professionnels de santé et restreindre les libertés d'une personne ? – et épistémologique – comment le sait-on ?

L'ensemble des disciplines considérées repose sur la logique – plus particulièrement dans leurs itérations contemporaines sur la logique de première ordre, dans la suite des travaux de G. Frege [46] – comme base commune. Le raisonnement logique permet de facilement et intuitivement rendre compte de situations complexes. Par exemple, la division entre le point de vue des professionnels et celui des survivants, élément central de la thèse soutenue, peut être modélisé à l'aide des principes d'intension – définition d'un concept – et d'extension – application de l'intension (Figure 9). Autrement dit, le but défini d'une action n'est pas forcément le même que l'expérience vécue, ouvrant la voix à deux types de savoirs : appris et expérientiel [47,48].

Aborder la question d'un point de vue métaphysique nécessite de se placer autrement que du point de vue de la psychiatrie, dans lequel la question métaphysique n'existe pas. Cela nécessite de modéliser comment les éléments mobilisés interagissent. Nous utiliserons le modèle cybernétique tel que décrit dans la suite des travaux de son fondateur N. Wiener [49,50]. Ce modèle, qu'il définit comme « the scientific study of control and communication in the animal and the machine<sup>12</sup> » [50], est une approche transdisciplinaire fondée sur la logique [51] qui permet de modéliser les relations que les différents éléments entretiennent entre eux. Il s'agit d'une approche qui sert de base notamment à l'approche systémique – largement utilisée en psychiatrie – et nous l'utiliserons ici dans sa construction la plus simple : celle de la causalité circulaire et des systèmes de régulation [52,53], illustrée par le schéma en Figure 10.

---

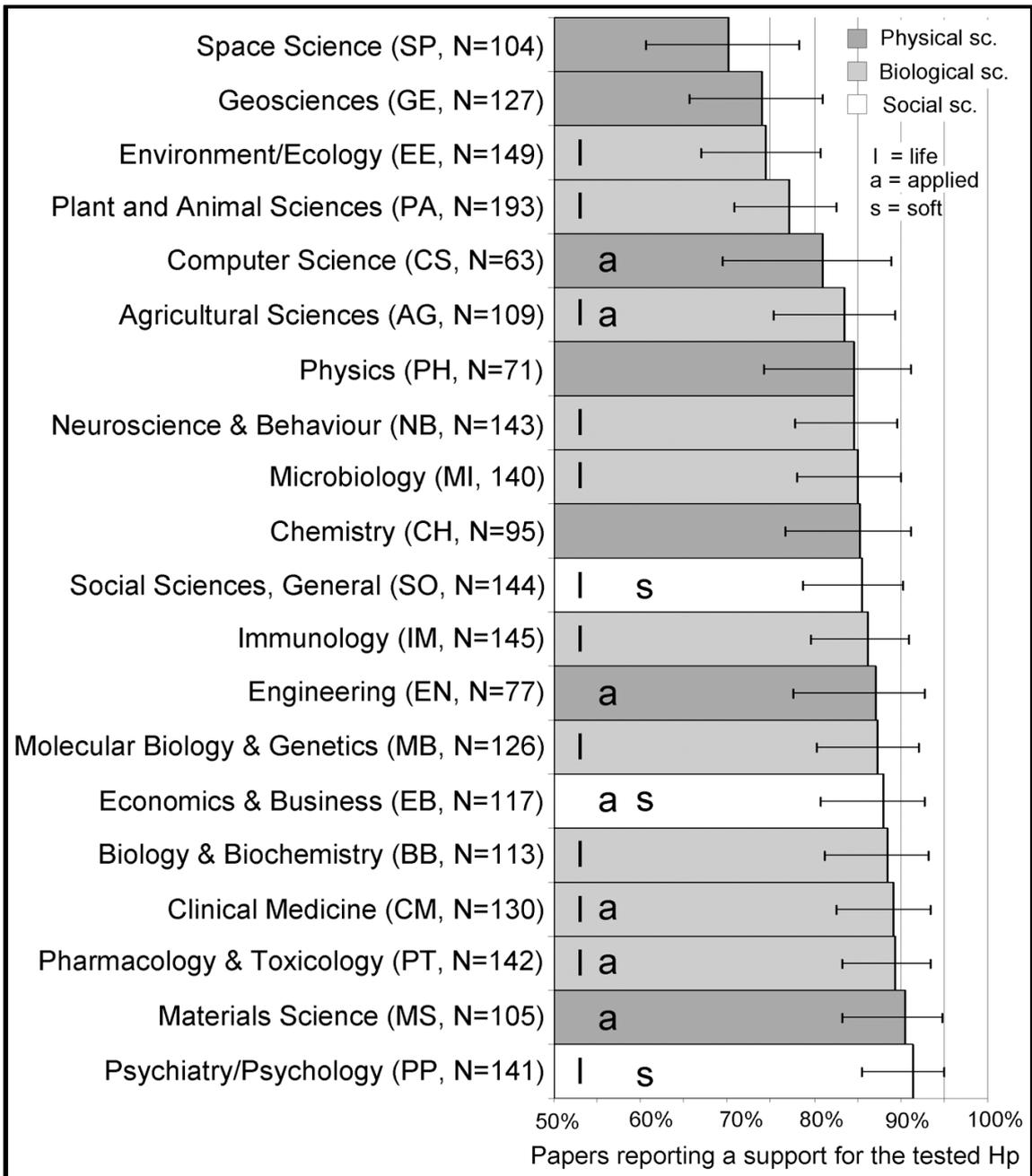
<sup>12</sup> [Traduction] L'étude scientifique du contrôle et de la communication chez l'animal et la machine.



Comme évoqué précédemment, répondre à une interrogation métaphysique sur la "contrainte thérapeutique" nécessite d'observer la psychiatrie de l'extérieur. Cela a comme autre avantage d'éviter les critiques fréquentes de la recherche en psychiatrie, certaines partagées avec l'ensemble de la médecine et liées à la façon dont la recherche est organisée [54–58] ou à la construction de la science elle-même [59] (Figure 11) – interrogeant sa capacité à justifier d'une atteinte aux droits humains fondamentaux. Une méthodologie adaptée à cette situation serait d'utiliser un raisonnement en boîte noire [60] (Figure 12), c'est-à-dire d'observer comment un système fonctionne, non pas de l'intérieur à partir du fonctionnement de chacun de ses constituants – fonctionnement en boîte blanche – mais à partir des effets qu'il produit. En médecine, l'analogie serait celle de la médecine chinoise traditionnelle qui opère en boîte noire, contrairement au modèle médical occidental conçu pour fonctionner en boîte blanche [61]. Cette limite du modèle médical appliqué à la santé mentale explique pour partie qu'après près de 200 ans de recherche sur le substrat biologique et le fonctionnement des "maladies mentales", aucun résultat concret ne ressort amenant des conclusions scientifiques comme : « the only positive contribution that the field of psychiatric genetics has ever made to the human condition is its apparent finding that genes for the major psychiatric disorders do not exist<sup>13</sup> » [62]. L'enjeu est donc, non pas de justifier les pratiques de la psychiatrie ou de les guider sur le plan éthique, mais bien de les situer par rapport à d'autres approches partageant la même thématique, notamment celle des droits humains. Autrement dit, d'explorer comment la psychiatrie est perçue et quelle place elle occupe dans un système plus large. Contrairement aux prisons dont les objectifs sont partiellement en conflit direct

---

<sup>13</sup> [Traduction] la seule contribution positive que le domaine de la génétique psychiatrique ait jamais apportée à la condition humaine est sa découverte apparente que les gènes des principaux troubles psychiatriques n'existent pas.



**Figure 11. Taux de confirmation de l'hypothèse de recherche d'un échantillon de publications, par discipline.**

Pour chaque discipline, taille de l'échantillon et taux de validation de l'hypothèse de recherche avec intervalle de confiance à 95%, in [59].



**Figure 12. Modèle en boîte noire.**

La boîte noire "BLACK BOX" transforme un stimulus "INPUT" en réponse "OUTPUT". Pour comprendre son fonctionnement, faute de savoir comment la boîte noire opère, on étudie le lien entre le stimulus et la réponse.

avec les droits humains [63], la psychiatrie est une discipline médicale dont l'enjeu n'est pas l'emprisonnement mais la santé – bien qu'il s'agisse d'une critique fréquente [64–66]. Aussi, si les pratiques d'atteinte aux libertés en psychiatrie persistent bien qu'elles soient contraires aux droits humains, et qu'elles forment un ensemble cohérent stable dans le temps, c'est qu'il doit nécessairement exister un motif autre à leur maintien. Reprenant le modèle de l'intention/extension (Figure 9), il semble nécessaire pour répondre à la question d'ouvrir l'analyse au maximum de savoirs et points de vue afin de décrire leur vision de l'atteinte aux libertés par la psychiatrie.

Le but de ce travail n'est pas seulement d'être une image de la psychiatrie de l'extérieur, mais aussi d'y participer. En effet, « **la thèse demeure “vivante”** et reflète la production scientifique de l'Université car elle est **désormais en permanence visible sur le web**<sup>14</sup> » [2]. Comme cette méthodologie qui fait partie de l'introduction, le modèle cybernétique apprend à penser les liens de manière circulaire et ce travail doit participer à une connaissance collective et donc être accessible au plus grand nombre. Une des critiques des travaux de thèse porte sur la justification de leur intérêt scientifique par un choix de sujet trop restreint pour être pertinent, et aussi leur faible accessibilité [67,68]. Face au paradoxe entourant la réalisation de la thèse d'exercice – qui « doit permettre à un lecteur non initié de comprendre parfaitement la problématique et de pouvoir critiquer celle-ci grâce aux informations apportées » [2] tout en reprenant la structure et les normes d'écriture d'un article scientifique, format dont l'accès au contenu est sujet d'enseignement en faculté et dont la forme doit obéir à des normes de mises en page en opposition avec les recommandations européennes pour une information facile à lire et à comprendre [69] – le choix ici, en cohérence avec l'abord du sujet, est fait vers l'accessibilité du contenu.

---

<sup>14</sup> Les passages en gras sont repris depuis le texte original.

## POSTULAT 2

L'atteinte aux libertés fondamentales par la psychiatrie repose pour partie sur une inégalité d'accès aux informations par les différentes parties prenantes – usagers, professionnels et aidants.

Partant de ce postulat – ce travail de thèse faisant partie des informations disponibles sur le sujet – l'accent a été mis sur l'accessibilité : sur le fond en reprenant des opinions, témoignages et analyses d'origines variées, et sur la forme en s'appuyant sur les normes d'accessibilité pour l'ensemble des publics (voir notes sur l'accessibilité p. 4). De même, conformément aux remarques de personnes concernées (Annexe 2) [70,71], une attention a été portée sur le choix des termes employés. En effet, les mots ne sont pas seulement des façons de nommer, mais sous-tendent également des cognitions renvoyant à des modèles [72]. Aussi, les termes potentiellement stigmatisants [73,74] se référant aux personnes sont repérés par l'emploi de guillemets dactylographiques et peuvent être définis par rapports aux modèles et logiques associés.

Ce travail est une thèse d'exercice, aussi il se doit d'avoir un enjeu pratique. Force est de constater que les connaissances scientifiques ne sont pas un élément ayant un impact sur les pratiques d'atteinte aux libertés. En témoignent les nombreuses revues de qualité sur l'isolement et la contention [75–77], l'enferment hospitalier [78,79], ou la contrainte ambulatoire [80–85], qui toutes font état de pratiques largement répandues sans preuve scientifique de leur efficacité, malgré un faible nombre d'études sur le sujet. Pourtant, ces mesures atteignent suffisamment gravement aux droits humains pour être qualifiables de mauvais traitement voire de torture [18], et sont également associées à des effets indésirables pouvant aller jusqu'au décès [75,77,79]. Ces atteintes sont justifiées par d'autres éléments, tels que l'insight, l'évaluation de la dangerosité, ou l'évaluation du risque suicidaire, pour lesquels le consensus

scientifique reste incertain [36]. La pratique médicale vis-à-vis des libertés n'est donc pas guidée par les connaissances scientifiques. Pourtant, le médecin est tenu au respect des connaissances scientifiques et dans le doute doit se positionner du côté de la sécurité des soins qu'il prodigue, comme en témoigne encore cette prise de décision récente du Conseil national de l'Ordre des médecins concernant les "médecines alternatives et complémentaires" :

Le Conseil national réaffirme, en conséquence, que la prise en charge médicale d'un patient doit être conforme aux exigences de qualité et de sécurité des soins, voire de leur urgence. Le traitement préconisé par un médecin ne peut, en aucun cas, être alternatif aux données acquises de la science et à l'état de l'art, mais il peut comporter une prescription adjuvante ou complémentaire, médicamenteuse ou autre, que le médecin apprécie en conscience dans chaque situation, après avoir délivré au patient une information loyale, claire et appropriée [86].

Une revue des connaissances scientifiques ne permettrait donc pas de soutenir la thèse de ce travail qui, plutôt qu'un recensement des connaissances, se focalisera donc sur la question de la sécurité des soins. Le travail précédemment réalisé par le docteur J. Dubreucq témoigne des bénéfices liés aux atteintes aux libertés, aussi celui-ci se centrera nécessairement sur les risques liés à ces pratiques afin de permettre cliniquement de profiter d'une littéracie favorable à l'évaluation de leur service rendu.

## - OBJECTIFS -

### OBJECTIF PRINCIPAL

Modéliser l'articulation de l'enfermement psychiatrique avec le reste du système social.

- Développer une littéracie sur le consentement et l'enfermement en santé,
- Explorer l'applicabilité clinique de la CRPD,
- Appliquer les connaissances acquises à un problème pratique,
- Rendre compte des interactions entre enfermement et consentement,
- Proposer des pistes de résolution conformes aux droits humains.

# II. L'enfermement des "malades mentaux dangereux", étude de l'internement dans 16 départements français

## Introduction

- La CRPD de l'ONU
- La dangerosité psychiatrique
- L'internement des malades dangereux

## Méthode

- Enquête du CCOMS de Lille
- OpenData et données publiques
- Analyses

## Résultats

- SPDRE et criminalité judiciairisée
- La décision de SPDRE
- La levée de SPDRE

## Discussion

- Dangerosité et insécurité
- Aspects arbitraire et institutionnel
- Réduction des risques en santé

## II.1. Introduction

“S’il y a un enjeu politique d’ensemble autour de la prison, ce n’est ... pas de savoir si elle sera correctrice ou pas ; si les juges, les psychiatres ou les sociologues y exerceront plus de pouvoir que les administrateurs et les surveillants... Le problème actuellement est plutôt dans la grande montée de ces dispositifs de normalisation et toute l’étendue des effets de pouvoir qu’ils portent, à travers la mise en place d’objectivités nouvelles.”

*Michel Foucault, Surveiller et punir, 1975*

## II.1.1. La Convention Relative aux Droits des Personnes Handicapées (CRPD) de l'Organisation des Nations Unies (ONU)

Les personnes avec un problème de santé mentale subissent des atteintes graves à leurs droits fondamentaux dans le monde entier [87]. En réaction, une nouvelle approche de la santé mentale est appelée à se développer sur la base de la CRPD de l'ONU (Annexes 1.1 & 1.2) [29], adoptée par l'Assemblée Générale de l'ONU en 2006 [88]. Sans créer de nouveaux droits spécifiques et en réaffirmant ceux déjà existants, cette convention appelle à un changement radical des pratiques en santé mentale [89].

Ainsi, dans son article 12 elle remet en cause la prise de décision substitutive, affirmant « que les personnes handicapées jouissent de la capacité juridique dans tous les domaines, sur la base de l'égalité avec les autres ». Cette lecture est clairement confirmée par le commentaire paru en avril 2014 du Comité des Droits des Personnes Handicapées de l'ONU [90]. De plus, dans son article 14 elle interdit l'internement en demandant « à ce que les personnes handicapées, sur la base de l'égalité avec les autres ne soient pas privées de leur liberté de façon illégale ou arbitraire » étant donné « qu'en aucun cas l'existence d'un handicap ne justifie une privation de liberté ». Là encore l'application en santé mentale est confirmée par le Conseil des Droits de l'Homme de l'ONU qui considère l'internement comme une pratique discriminatoire et une violation du droit de ne pas être soumis à la torture ou d'autres formes de mauvais traitement [18].

La CRPD (Annexe 1.1) [29] a été ratifiée par la France en 2010, avec son protocole additionnel (Annexe 1.2) [29] et sans réserve. Cette ratification libre de la convention marque une volonté forte du pays à réformer le fonctionnement de ses institutions.

Pour autant, l'applicabilité pratique de la CRPD à la santé mentale ne fait pas consensus parmi les professionnels [91]. Certains craignent une augmentation de la stigmatisation des personnes avec des problèmes de santé mentale, voire un transfert de l'enfermement des services de santé vers les services pénitentiaires [91]. D'autres mettent en lumière des enjeux de pouvoir autour de la parution de ce texte dont la rédaction a été faite avec la participation de personnes concernées par les problèmes de santé mentale mais sans celle de professionnels [92]. On assiste alors au ralliement de professionnels à des initiatives contraires aux objectifs de la convention, comme le projet de protocole additionnel à la Convention d'Oviedo, pourtant condamné par le Conseil de l'Europe (Annexe 3.1), le Comité des Droits des Personnes Handicapées de l'ONU (Annexe 3.5), et de nombreuses associations de personnes concernées (Annexes 3.2, 3.3, 3.4, 3.6, 3.7, & 3.8).

Enfin, parmi les propositions des mouvements des personnes concernées on retrouve également des éléments interrogeant l'application pratique de ces articles de la convention [93]. Les décisions anticipées sont une alternative à l'internement ayant fait preuve de son efficacité [94] mais interrogent la possibilité d'être en possession de sa capacité juridique à tout moment, garantie par l'article 12 de la convention [91]. De même, en opposition avec l'article 14, le *Hearing Voices Network*<sup>15</sup> évoque, dans son rapport alternatif sur le *Mental Health Act*<sup>16</sup> britannique, la possibilité d'enfermement pouvant aller jusqu'à 72 heures en cas de risque immédiat à la vie [93].

La CRPD est donc un repère pratique et son respect est un objectif à atteindre y compris pour les pays à fort revenu [95]. Pourtant, on constate un immobilisme dans les recherches sur sa mise en pratique [96], qui équivaldrait à un maintien du *statu*

---

<sup>15</sup> [Traduction] Réseau sur l'Entente de Voix.

<sup>16</sup> [Traduction] Loi sur la santé mentale.

*quo* et donc d'atteintes graves aux droits humains assimilables à des mauvais traitements voire de la torture [18]. Les débats de l'ONU portant sur son application concrète mettent en avant une dialectique entre santé, liberté et dangerosité [27].

Notre étude s'intéresse à l'applicabilité de la CRPD en France, notamment les articles 12 et 14, et emploie de fait un langage en conformité avec la convention et les recommandations venant des personnes concernées (Annexe 2) [70,71,97].

## II.1.2. La dangerosité psychiatrique

Si, dans la tradition française, l'objectif national est ainsi de se conformer à l'exigence des textes des droits de l'homme, ces changements peinent à se voir concrétisés. Un an après la ratification de la CRPD, est entrée en vigueur la loi du 05 juillet 2011 venue réformer l'ancienne loi régissant de manière temporaire l'internement des personnes étiquetées "malades mentales" datant de 1990. En totale contradiction avec la convention, cette réforme prend place dans un climat sécuritaire mettant en avant une dangerosité supposée. Ceci fait suite à plusieurs faits divers impliquant des personnes étiquetées "avec des maladies mentales", notamment celui du drame de Pau en 2004 dans lequel une personne avec des problèmes de santé mentale s'est introduite de nuit dans un service de psychiatrie et a tué deux professionnels.

Si l'interrogation sur la dangerosité des personnes avec des problèmes de santé mentale est largement partagée en France en population générale [98], elle est aussi considérée comme un des axes centraux de leur stigmatisation [99]. La tradition psychiatrique partage cependant cette interrogation et s'accorde sur l'idée que bien que la grande majorité des personnes étiquetées "malades mentales" ne soit pas considérée dangereuse, il existerait un sous-ensemble de personnes qui le serait. Ce

raisonnement amène, entre autres, la Fédération Française de Psychiatrie à définir en 2007 la dangerosité psychiatrique comme une « manifestation symptomatique liée à l'expression directe de la maladie mentale » [100]. Dans la suite, puisque la dangerosité est la manifestation de la maladie, c'est le traitement psychiatrique qui, par son action, réduirait voire supprimerait cette dangerosité, légitimant ainsi l'atteinte aux droits humains fondamentaux par l'internement et le traitement forcé [101].

Cependant, bien que largement partagé, ce raisonnement admet plusieurs limites. D'abord un argument métaphysique : s'il est maintenant établi avec un bon degré de certitude qu'il existe une corrélation entre étiquette de maladie mentale et violence, aucune étude n'établit un lien de causalité entre les deux [102]. Ensuite un argument épistémologique : l'inférence de statistiques populationnelles à une personne reste non établie pour la dangerosité, définie comme un risque de violence [100]. De plus, nous ne disposons pas d'évaluation reproductible au niveau individuel [36]. Un constat similaire vaut également pour les concepts connexes régulièrement mobilisés d'"*insight*", de "capacité à consentir" ou de "maladie mentale" [36]. Ceci amène plusieurs recherches sur le sujet à considérer que « mental health status makes at best a trivial contribution to the overall level of violence in society<sup>17</sup> » [103].

---

<sup>17</sup> [Traduction] L'état de santé mentale contribue au mieux de façon négligeable au niveau global de violence dans la société.

Ainsi, l'évaluation d'une dangerosité psychiatrique présenterait un risque important d'erreurs, prise entre le sophisme du procureur<sup>18</sup> et le paradoxe des faux positifs<sup>19</sup>. Aussi, il semble cohérent de considérer l'association entre maladie mentale et dangerosité comme un facteur de stigmatisation. Ceci amène à repenser la stigmatisation en santé mentale, non seulement dans ses composantes individuelles ou sociétales, mais aussi au niveau systémique comme résultant d'une organisation inadaptée [104]. Récemment une attention particulière est portée à ces phénomènes de discrimination institutionnelle et leur impact sur la santé mentale [105], amenant à repenser le concept de stigmatisation vers un paradigme critique anti-oppression [104]. Si le *racism*<sup>20</sup> fait de l'appartenance sociale un déterminant négatif de santé, alors le *sanism* représenterait la composante institutionnelle de l'oppression [104]. De manière similaire au *racism* mis en évidence dans le fonctionnement institutionnel britannique en santé mentale [106,107], il est nécessaire d'observer ces phénomènes au niveau systémique. L'étude que nous réalisons s'inscrit dans cette perspective.

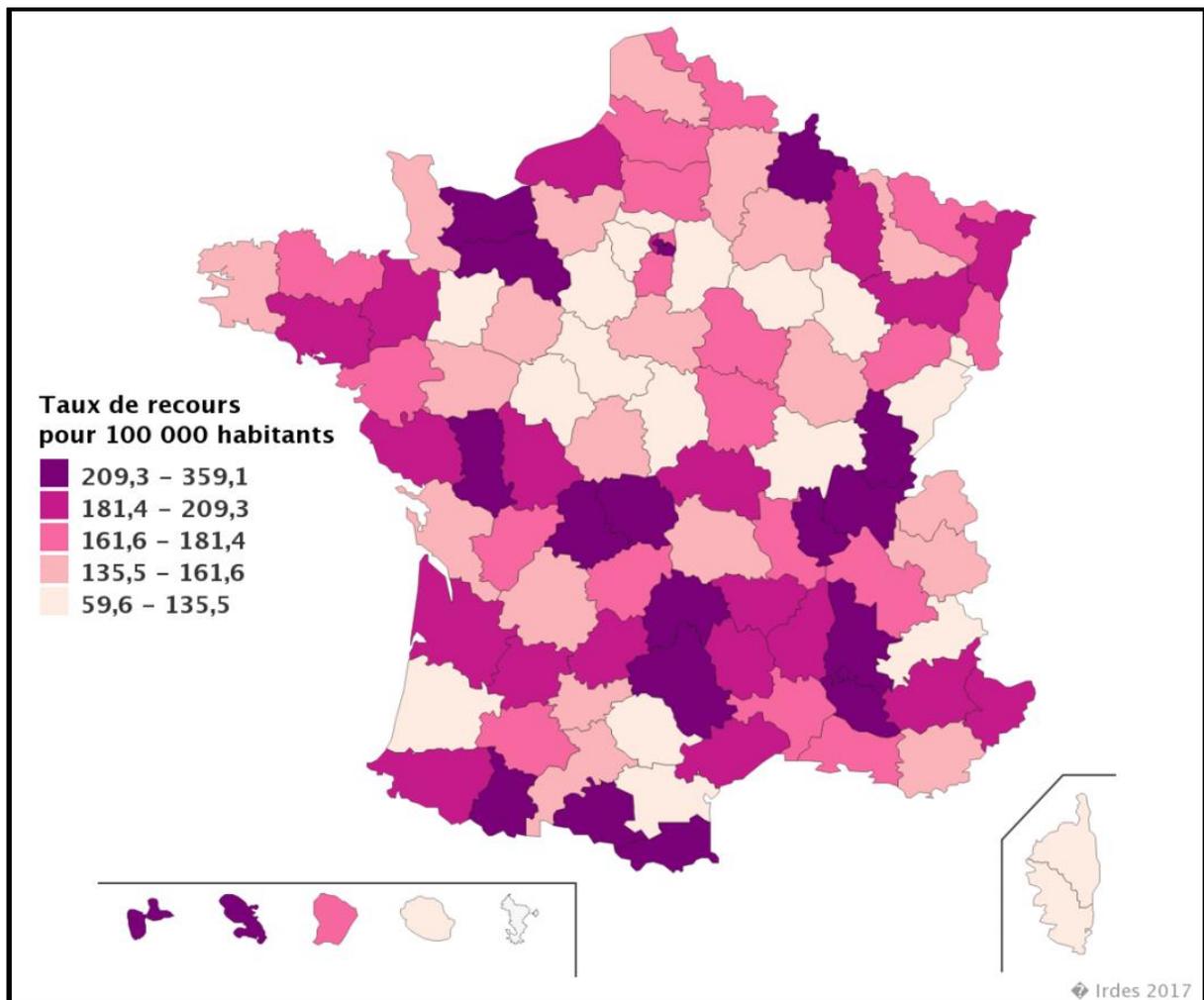
En France, les taux d'internement varient d'un facteur 6 entre les départements (Figure 13). Sachant que ces variations ne sont pas constatées au niveau épidémiologique, cela amène à considérer d'autres mécanismes explicatifs.

---

<sup>18</sup> Raisonnement invalide basé sur l'emploi dans les procès criminels d'éléments statistiques rendus erronés en ne prenant pas en compte l'aspect conditionnel des probabilités [234]. Par exemple dans notre situation, si 1% des personnes étiquetées avec une maladie mentale sont dangereuses du fait de leur trouble, alors une personne étiquetée avec une maladie mentale impliquée dans un trouble à l'ordre public sera facilement considérée comme dangereuse puisqu'il lui sera opposé, à tort, qu'il y avait 99% de chance qu'elle ne soit pas dangereuse du fait de ses troubles et donc qu'elle ne se trouve pas dans cette situation. Ici on confond la probabilité qu'une personne étiquetée avec une maladie mentale soit dangereuse du fait de ses troubles avec celle qu'une personne étiquetée avec une maladie mentale impliquée dans un trouble à l'ordre public le soit du fait d'une dangerosité causée par ses troubles, et on se retrouve alors confronté au paradoxe des faux positifs.

<sup>19</sup> Résultats statistiques impliquant que dans une population avec une incidence de l'élément recherché inférieure au taux de faux positifs du test utilisé, un test d'évaluation même très fiable retrouvera plus de résultats faux que justes [235].

<sup>20</sup> Le terme anglais est utilisé en référence aux études anglo-saxonnes, notamment en sciences sociales, sur l'identité raciale comme construction sociale, et non, comme dans la tradition française, du présupposé naturaliste de l'existence de races.



**Figure 13. Variations du taux de recours à l'internement entre les départements français en 2017.**  
In [108].

Cet aspect reste peu exploré, pour partie à cause des limites du système d'information existant [109] et de sa mauvaise fiabilité ne permettant pas une analyse détaillée des mesures, notamment de l'activité ambulatoire dont les mesures de contrainte ambulatoires instaurées par la loi de 2011 [110]. Seules deux études, une de l'Institut de Recherche et de Documentation en Économie de la Santé (IRDES) [111] et l'autre de l'INSERM [112], ont cherché à expliquer ces variations et ont notamment mis en évidence le rôle important de facteurs d'offre de soins et socio-économiques, avec un rôle central de l'urbanisation. Une étude spécifique sur l'internement des personnes considérées "malades dangereux" réalisée par le centre de recherche de l'établissement public de santé mentale Lille-Métropole, Centre Collaborateur de

l'Organisation Mondiale de la Santé pour la recherche et la formation en santé mentale (CCOMS), a mis en évidence que les variations du taux d'internement n'étaient pas dépendantes de l'état clinique, mais de variables socio-démographiques et organisationnelles des services de santé mentale [113]. Ces résultats interrogent et évoquent la possibilité de pratiques arbitraires, en opposition avec l'article 14 de la CRPD.

### **II.1.3. L'internement des malades dangereux**

La loi du 05 juillet 2011 a subi plusieurs fois la censure du Conseil Constitutionnel pour son respect insuffisant des libertés au regard de la Constitution française de 1948 [114], amenant à sa modification par la loi du 27 septembre 2013. Pour autant, ces modifications ne s'orientent pas vers une mise en conformité avec la CRPD. La loi française poursuit avec un héritage culturel datant de la première loi sur l'internement de 1838 en confiant au préfet, représentant de l'État responsable notamment des forces de police dans une région, la décision d'internement des personnes estimées dangereuses. La décision d'internement est prise par le représentant de l'État sur la base de deux éléments complémentaires : une dangerosité établie par les forces de police, et un trouble mental qui la sous-tend, établi par un médecin. Ces mesures existent de manière indépendante des éventuelles procédures judiciaires qui répondraient à une infraction, auxquelles elles ne se substituent ni ne répondent. L'internement sur motif de dangerosité et sur décision de police de manière parallèle aux procédures de justice est une exception française historique que le législateur a choisi de conserver, continuant ainsi à soulever des interrogations métaphysiques, éthiques et cliniques à ce jour toujours irrésolues [115]. La mesure comporte deux

temps distincts : la décision, motivée par une dangerosité d'origine psychiatrique, et la levée, motivée par l'état clinique et une obéissance aux soins (Figure 14).

Concernant la décision, la censure du Conseil Constitutionnel a amené à réduire le champ des critères de dangerosité, d'abord en 2002 en précisant que l'atteinte à l'ordre public doit être "grave", puis en 2011 en supprimant la "notoriété publique" comme critère établissant le caractère psychiatrique de la dangerosité pouvant se substituer à avis médical. La loi admet désormais la mesure de Soins Psychiatriques sans consentement sur Décision du Représentant de l'État (SPDRE) prise sur la décision du préfet et basée sur une atteinte grave à l'ordre public ou à la sûreté des personnes sous-tendue par un trouble mental établi sur la base d'un certificat médical (Art. L. 3213-1 du Code de la Santé Publique (CSP)). En cas d'urgence, elle inclut également la mesure de Soins Psychiatriques sans consentement sur Décision du Représentant de l'État en Urgence en cas de danger imminent pour la sûreté des

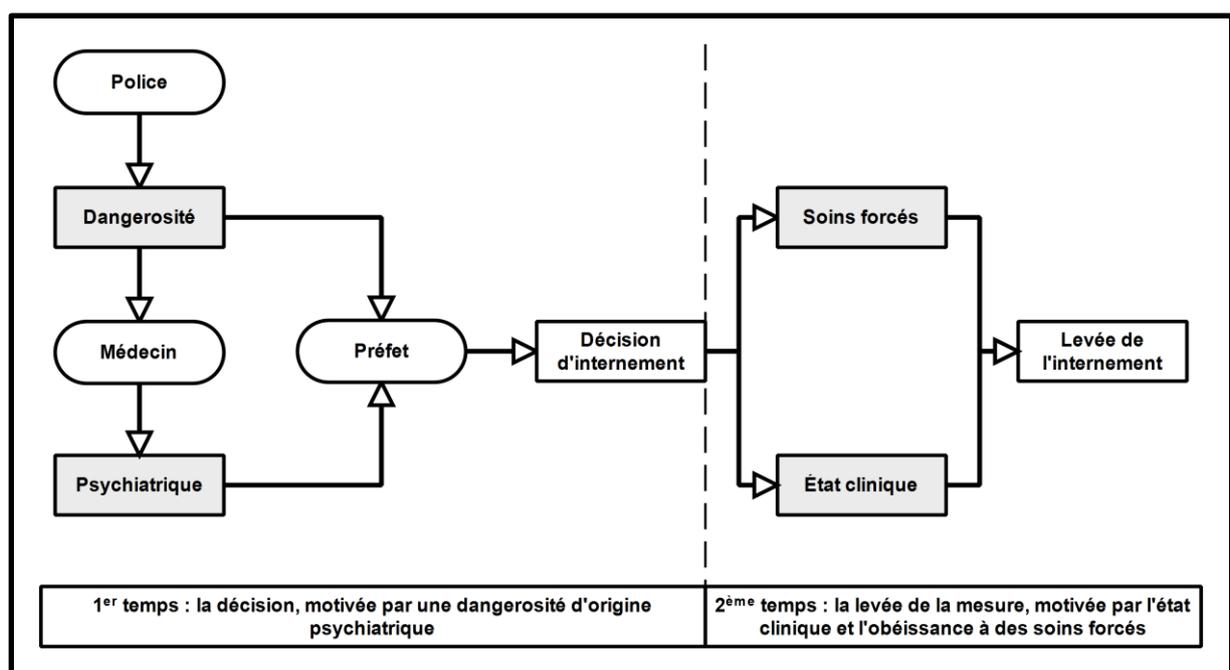


Figure 14. Logigramme de la décision de SPDRE dans la loi du 23 septembre 2013 illustrant les deux temps de la mesure.

personnes (SPDREU) prise sur la décision du maire, confirmée dans les 48 heures par le préfet, et basée sur un danger imminent pour la sûreté des personnes souffrant d'un trouble mental manifeste établi sur la base d'un avis médical (Art. L. 3213-2 du CSP). Ces mesures sont basées sur la perception d'un risque qui aurait une origine médicale et l'organisation du système les réserve aux personnes innocentes ou dont les actes à l'issue d'une procédure judiciaire ne justifient pas une peine d'incarcération qui interrompraient alors la mesure.

L'internement mettant fin au risque pour l'ordre public ou les personnes, la levée de la mesure est uniquement soumise à une évaluation sanitaire [116]. Elle a lieu quand la personne obéit aux soins imposés et que son état clinique ne nécessite plus le maintien en hospitalisation ou en mesure de contrainte ambulatoire. La loi de 2011 introduit deux nouvelles temporalités dans les mesures d'internement. D'abord elle instaure une « période d'observation et de soins initiale sous la forme d'une hospitalisation complète » (Art. L. 3211-2-2 du CSP), évoquant une « garde à vue sanitaire » [117], dont l'objectif est de décider à l'issue d'une observation de 72 heures si, compte tenu de son état clinique et de son obéissance aux soins, la personne doit être maintenue enfermée et, dans le cas contraire, si une mesure de contrainte ambulatoire doit être mise en place. Ensuite, elle instaure un contrôle judiciaire systématique par le Juge des Libertés et de la Détention (JLD), fixé au 12<sup>e</sup> jour depuis le 01 septembre 2014, en charge de contrôler la légalité de la mesure au regard de la loi nationale. Si la loi prévoit que les forces de police puissent intervenir dans la décision d'internement, elle ne prévoit cependant pas que le JLD puisse discuter des décisions médicales, limitant ainsi son rôle à celui d'un contrôle administratif [118].

Dans ces mesures, la loi française ne fait pas intervenir la notion de "capacité à consentir" et est donc en non-conformité directe avec les articles 12 et 14 de la CRPD

puisqu'elle impose un traitement sous la menace de privation de liberté [18]. La possibilité de refuser des soins est une composante majeure de la réduction des risques liés à la santé. Les personnes estimées dangereuses au sens de ces mesures étant privées de la possibilité de consentir aux soins, on peut s'interroger sur leur vision du système de santé et ses conséquences sur l'accès aux soins [119], mais aussi la sécurité des soins qu'elles reçoivent.

## – OBJECTIFS –

Cette étude s'inscrit dans une dynamique de transformation des systèmes de santé français en vue de l'application de la CRPD. Plus particulièrement, elle interroge les liens entre une dangerosité considérée psychiatrique justifiant un internement par le système de santé, et la criminalité répondant au système judiciaire. Les études menées sur le lien entre criminalité et maladie mentale sont venues remettre en cause l'orthodoxie psychiatrique [120] et notamment l'existence d'une "loi épidémiologique" (qui entrainerait un taux stable sur le territoire de la criminalité psychiatrique indépendant de la criminalité de la population [120]).

Afin de renseigner les professionnels sur l'applicabilité pratique de la CRPD, l'objectif principal est de déterminer si les mesures françaises de SPDRE obéissent à la loi épidémiologique en explorant leurs liens avec la criminalité judiciairisée.

Elle permettra également de décrire et renseigner le fonctionnement réel des décisions d'internement et le rôle des différents professionnels impliqués. Ceci permettra d'aider à la prise de décision dans un contexte de débat national sur le positionnement de la psychiatrie comme « la 4<sup>e</sup> force de sécurité de la France » (Annexes 4.1, 4.2, 4.3, & 4.4).

Enfin elle décrira les variations des levées de mesures, en particulier en lien avec la nouvelle période d'observation de 72 heures et l'intervention systématique du juge judiciaire au 12<sup>e</sup> jour d'internement.

En maintenant des mesures d'internement sécuritaires clairement définies et extérieures à la justice, le dispositif unique français [110,115] permet ainsi d'explorer un des mécanismes clés de l'application de la CRPD [91]. L'enquête menée par le CCOMS (Annexe 5) a rendu possible l'accès à des données inexploitées jusqu'alors. Elles ont permis la réalisation de cette première étude française portant sur cette thématique, qui reste un domaine de recherche insuffisamment exploré [95].

## II.2. Méthode

“Die apokalyptische Ansicht der Welt ist eigentlich die, dass sich die Dinge nicht wiederholen.”\*

*Ludwig Wittgenstein, 1946*

\*La vision apocalyptique du monde en est une dans laquelle les événements ne se reproduisent pas.

## II.2.1. Enquête « Hospitalisations d’office dans quatre régions françaises : Nord-Pas de Calais, Ile de France, Aquitaine et Provence-Alpes-Côte d’Azur » du CCOMS

Les données des mesures de SPDRE proviennent de l’enquête du CCOMS « Hospitalisations d’office dans quatre régions françaises : Nord-Pas de Calais, Ile de France, Aquitaine et Provence-Alpes-Côte d’Azur » (Annexe 5). Les résultats de cette enquête ont fait l’objet d’une publication en 2017 [113]. Elle s’est déroulée d’octobre 2009 à juillet 2017 dans quatre régions de France. Cent vingt-cinq secteurs de psychiatrie de 43 établissements de santé y ont participé volontairement (22 en Aquitaine, 42 en Ile de France, 28 en Nord-Pas de Calais, et 33 en Provence-Alpes-Côte d’Azur). Les critères d’inclusion de l’enquête sont présentés sur le Tableau I :

**Tableau I. Critères d’inclusion et de non inclusion de l’enquête du CCOMS**  
« Hospitalisations d’office dans quatre régions françaises : Nord-Pas de Calais, Ile de France, Aquitaine et Provence-Alpes-Côte d’Azur »

Critères d’inclusion	Critères de non inclusion
<ul style="list-style-type: none"><li>▪ Toutes les personnes entrant en SPDRE déclenchée par un arrêté préfectoral ou par un arrêté provisoire émanant d’un maire.</li><li>▪ Y compris : levées à 24h/72h et les transformations de mesures précédentes en SPDRE</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>▪ Les personnes prises en charge par les services pénitentiaires qui nécessitent d’être hospitalisées (Art. D. 398 du CPP)</li><li>▪ Les personnes bénéficiant d’un non-lieu pour irresponsabilité pénale pour troubles psychiques (Art. L. 122-1 et L. 3213-7 du CSP)</li><li>▪ Les personnes transférées en SPDRE depuis un autre établissement</li><li>▪ Les personnes mineures</li></ul>

471 participants ont été recrutés suite à leur internement dans un des secteurs participants. La durée d'inclusion par secteur était d'un an et les inclusions se sont déroulées entre octobre 2009 et juillet 2012. Suite à l'inclusion, les participants ont été suivis sur une période de cinq ans via le RIM-P de l'établissement.

Pour chaque participant, huit questionnaires permettent de renseigner les données socio-démographiques, et sont remplis par le psychiatre ayant fait l'entrée en hospitalisation, l'équipe soignante, la personne internée, les aidants, le médecin traitant, le psychiatre traitant et l'élu local ou son représentant.

Les secteurs ont été répartis en groupe suivant leurs taux d'hospitalisations d'office ou de SPDRE<sup>21</sup>. Étant donnée l'impossibilité d'obtenir des données fiables via le système d'information en psychiatrie, les taux ont été calculés depuis les données des registres de loi obligatoires prévus à l'article L. 3212-11 du CSP et contrôlés « sans publicité préalable au moins une fois par an par le représentant de l'État dans le département ou son représentant, par le président du tribunal de grande instance ou son délégué, par le procureur de la République dans le ressort duquel est situé l'établissement et par le maire de la commune ou son représentant » (Art. L. 3222-4 du CSP) et par la Commissions Départementales des Soins Psychiatriques (Art. L. 3223-1 du CSP). Les registres de la loi constituent une base de données existante et les données extraites comportent des informations relatives aux mesures et conformes aux critères d'inclusion de l'enquête. Afin de vérifier leur stabilité dans le temps, les données des registres ont été collectées annuellement pendant les périodes d'inclusion et de suivi. Les données ont été collectées par deux investigateurs avec l'accord de l'établissement participant.

---

<sup>21</sup> L'enquête s'étant déroulée à cheval sur la loi de 2011, les inclusions précédant l'application de la loi relevait de la mesure d'"hospitalisation d'office" qui a par la suite été remplacée par la SPDRE et la SPDREU.

Cette enquête a reçu un financement de la Direction Générale de l'Offre de Soins (Programmes Hospitaliers de Recherche Clinique 2010 ; 2012), la Direction Générale de la Santé, la Fédération Régionale de Recherche en Santé Mentale et les Agences Régionales de Santé (ARS) Ile de France et Provence-Alpes-Côte d'Azur.

Elle a reçu les autorisations du Comité de Protection des Personnes Nord-Ouest IV, du Comité Consultatif sur le Traitement de l'Information en matière de Recherche dans le domaine de la Santé et de la Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés dont l'approbation a été renouvelée après la loi du 05 juillet 2011.

Parmi les données de cette enquête, nous avons utilisé :

- Les données des registres de loi comprenant :
  - Sexe administratif
  - Année de naissance
  - Code postal
  - Date de décision de la mesure figurant sur l'arrêté préfectoral ou municipal
  - Secteur d'hospitalisation
  - Type d'arrêté (préfectoral ou municipal)
  - Date de levée de la mesure
  - Date de relevé de l'information
- Les réponses au questionnaire « D- Données relatives à la personne » rempli par le participant, à savoir :
  - Question 1 : Connaissez-vous le motif de votre hospitalisation ? Précisez
  - Question 5 : Pensez-vous que votre hospitalisation soit justifiée ? Oui/Non, Pourquoi ?
- Les réponses au questionnaire « H- Données relatives à l'élu local ou son représentant » rempli par l'élu local ou son représentant
  - Question 17 : Avez-vous des remarques particulières ?

## II.2.2. OpenData et données criminelles, géographiques et démographiques

Les données issues de l'enquête du CCOMS ont été mises en lien avec les données en accès libre grâce à la mission Etalab<sup>22</sup>, notamment :

- Données du Ministère de l'Intérieur : Crimes et délits enregistrés par les services de gendarmerie et de police depuis 2012<sup>23</sup>
  - Données annuelles des 104 items de l'état 4001 pour chaque service de gendarmerie et de police nationales
- Données du Ministère de l'Intérieur : Compétence territoriale gendarmerie et police nationales<sup>24</sup>
  - Définition géographique à l'échelle de la commune et du code postal de la compétence territoriale des services de gendarmerie et de police nationales

Ces données permettent de rapporter les données de l'état 4001 à l'échelle géographique du territoire d'intervention des services de gendarmerie et de police nationales. L'état 4001 comprend 104 items représentant l'ensemble des crimes et délits constatés par les services et faisant l'objet d'une procédure judiciaire transmise au parquet [121]. Ces données sont des données administratives produites directement par le fonctionnement des services par la Direction Centrale de la Police Judiciaire et leur analyse est réalisée par l'Observatoire National de la Délinquance selon cinq catégories : l'atteinte aux biens, l'atteinte aux personnes, les infractions, les

---

<sup>22</sup> Service du Premier ministre, au sein de la Direction interministérielle du numérique et du système d'information et de communication de l'État, en charge de l'ouverture des données publiques et du gouvernement ouvert, plus d'informations sur <https://doc.data.gouv.fr/>.

<sup>23</sup> [https://www.data.gouv.fr/en/datasets/crimes-et-delits-enregistres-par-les-services-de-gendarmerie-et-de-police-depuis-2012/#\\_](https://www.data.gouv.fr/en/datasets/crimes-et-delits-enregistres-par-les-services-de-gendarmerie-et-de-police-depuis-2012/#_)

<sup>24</sup> <https://www.data.gouv.fr/fr/datasets/competence-territoriale-gendarmerie-et-police-nationales/>

escroqueries et infractions économiques et financières, et les autres infractions. Depuis 2015, le système d'information a évolué et ces catégories ont été remplacées par neuf nouveaux indicateurs (Tableau I) [122], en conformité avec la *International Classifications of Crime for Statistical purposes*<sup>25</sup> (ICCS) de l'ONU [123]. Ces nouveaux indicateurs couvrent 28 des 104 items de l'état 4001, soit 28 des 54 items dirigés contre des personnes, ce qui représente 83% du volume total des crimes et délits pour vols et 75% des violences physiques non crapuleuses [122].

**Tableau II. Présentation des neuf indicateurs d'analyse de la criminalité et de leurs équivalences dans l'état 4001 et l'ICCS.**

<b>Indicateurs</b>	<b>Intitulés</b>	<b>Items de l'état 4001</b>	<b>Section ICCS</b>
<b>Indicateur 1</b>	Homicides (y compris coups et blessures volontaires suivis de mort)	1;2;3;6;51	01
<b>Indicateur 2</b>	Vols avec armes (armes à feu, armes blanches ou par destination)	15;16;17;18;19;20;21;22	04
<b>Indicateur 3</b>	Vols violents sans arme	23;24;25;26	04
<b>Indicateur 4</b>	Vols sans violence contre des personnes	32;42;43	05
<b>Indicateur 5</b>	Coups et blessures volontaires (sur personnes de 15 ans ou plus)	7	02
<b>Indicateur 6</b>	Cambriolages de logement	27;28	05
<b>Indicateur 7</b>	Vols de véhicules (automobiles ou deux roues motorisés)	34;35;36	05
<b>Indicateur 8</b>	Vols dans les véhicules	37	05
<b>Indicateur 9</b>	Vols d'accessoires sur véhicules	38	05

<sup>25</sup> [Traduction] classification internationale de la criminalité à des fins statistiques.

Ces données sont mises en regard d'autres données administratives en accès libre :

- Données de l'Institut National de la Statistique et des Études Économiques : Population<sup>26</sup>
  - Population française d'après le recensement de 2014 à l'échelle communale
- Données de l'Institut National de l'Information Géographique et Forestière : Contours Iris®<sup>27</sup>
  - Fichiers de définition géographique des Iris®

Ces données permettent à partir des compétences territoriales des services de gendarmerie et de police nationales de renseigner la population desservie par ces services. Le fichier de définition des Iris® a également permis de reconstruire une cartographie des secteurs de psychiatrie des départements participants à l'étude sur la base des informations disponibles auprès des Départements de l'Information Médicale des établissements, sur les sites internet des établissements, et après contact téléphonique auprès des secrétariats de consultation. Sa réalisation a révélé une hétérogénéité importante du fonctionnement des secteurs de psychiatrie qui a fortement limité les analyses possibles, notamment en cas de regroupement en pôle ou dispositifs intersectoriels spécifiques à l'internement. L'unité d'analyse géographique qui a été privilégiée est donc la zone d'intervention des services de gendarmerie et de police nationales. Celle-ci a cependant également subi des variations, notamment via le regroupement de services. Nous avons alors autant que possible choisi une unité géographique correspondant à une unité fonctionnelle, notamment en nous appuyant sur les rapports de visite du CGLPL des locaux de garde

---

<sup>26</sup> <https://www.data.gouv.fr/fr/datasets/population/>

<sup>27</sup> <https://www.data.gouv.fr/fr/datasets/contours-iris/>

à vue. Le Tableau III présente les superpositions de ces échelles géographiques :

**Tableau III. Services de gendarmerie et de police nationales étudiés et secteurs psychiatriques correspondants.**

Département	Service	Type	Secteurs
04	CIAT DE DIGNE	PN	04G01
04	CIAT DE MANOSQUE	PN	04G02
04	CGD BARCELONNETTE	GN	04G01
04	CGD CASTELLANE	GN	04G01 ; 04G02
04	CGD DIGNE LES BAINS	GN	04G01 ; 04G02
04	CGD FORCALQUIER	GN	04G02
05	CIAT DE BRIANCON	PN	05G02
05	CIAT DE GAP	PN	05G01
05	CGD BRIANCON	GN	05G01 ; 05G02
05	CGD GAP	GN	05G01
06	CIAT CENTRAL DE NICE	PN	06G07 ; (06G02 ; 06G03)
06	CIAT D'ANTIBES	PN	06G04 ; 06G05
06	CIAT DE CAGNES SUR MER	PN	(06G02 ; 06G03)
06	CIAT DE CANNES	PN	(06G02 ; 06G03)
06	CIAT DE MENTON	PN	(06G02 ; 06G03)
06	CGD CANNES	GN	06G01 ; (06G02 ; 06G03) ; 06G04 ; 06G05
06	CGD MENTON	GN	(06G02 ; 06G03)
06	CGD NICE	GN	(06G02 ; 06G03)
06	CGD PUGET THENIERS	GN	06G01 ; (06G02 ; 06G03)
13	CIAT D'ARLES	PN	13G26
13	CISP DE TARASCON BEAUCAIRE	PN	13G26
24	CIAT DE BERGERAC	PN	24G03
24	CGD BERGERAC	GN	24G01 ; 24G03
24	CGD NONTRON	GN	24G03 ; 24G07
33	CGD BOULIAC	GN	33G10 ; 33G11 ; 33G15 ; (33G16 ; 33G17)
33	CGD LANGON	GN	33G10 ; 33G14 ; 33G15
40	CIAT DE DAX	PN	40G04
40	CIAT DE MONT DE MARSAN	PN	40G01 ; 40G02 ; 40G03
40	CGD DAX	GN	40G01 ; 40G03 ; 40G04
40	CGD MONT DE MARSAN	GN	40G01 ; 40G02 ; 40G03
40	CGD PARENTIS EN BORN	GN	40G01
59	CSP DE DOUAI AGGLOMERATION <sup>28</sup>	PN	59G25 ; 59G27 ; 59G28
59	CSP DE DUNKERQUE AGGLOMERATION <sup>29</sup>	PN	59G01 ; 59G02 ; 59G03 ; 59G04
59	CSP D'HAZEBROUCK	PN	59G05
59	CIAT LILLE AGGLO <sup>30</sup>	PN	59G06 ; 59G07 ; 59G08 ; 59G09 ; 59G11 ; 59G16 ; 59G17 ; 59G18 ; 59G19 ; 59G20 ; 59G21 ; 59G22 ; 59G23 ; 59G24

<sup>28</sup> Données agglomérées avec celles des commissariats d'Aniche et Somain pour les années 2013 à 2015.

<sup>29</sup> Données agglomérées avec celles du commissariat de Gravelines pour les années 2012 à 2015.

<sup>30</sup> Données agglomérées avec celles des commissariats de La Madeleine, Lomme, Marcq-en-Barœul, Wattignies et des directions de la sécurité publique de Roubaix, Tourcoing, Armentières, et Bailleul, pour les années 2013 à 2015.

59	CGD DUNKERQUE <sup>31</sup>	GN	59G01 ; 59G02 ; 59G03 ; 59G04
59	CGD HAZEBROUCK	GN	59G01 ; 59G05 ; 59G06
59	CGD LILLE	GN	59G07 ; 59G08 ; 59G09 ; 59G10 ; 59G18 ; 59G20
62	CIAT D'AUCHEL	PN	62G09
62	CIAT DE BOULOGNE SUR MER	PN	62G03 ; 62G04
62	CIAT DE BRUAY LA BUISSIERE	PN	62G11
62	CIAT DE MARLES LES MINES	PN	62G08 ; 62G09 ; 62G10
62	CIAT DE NOEUX LES MINES	PN	62G11 ; 62G12
62	CIAT DE ST OMER	PN	62G06 ; 62G07
62	CGD BETHUNE	GN	62G09 ; 62G10 ; 62G11 ; 62G12
62	CGD ST POL SUR TERNOISE	GN	62G05 ; 62G08 ; 62G18
64	CIAT CENTRAL DE PAU	PN	64G03 ; 64G04
64	CIAT DE BAYONNE	PN	64G08
64	CIAT DE BIARRITZ	PN	64G07
64	CIAT DE ST JEAN DE LUZ	PN	64G06
64	CGD BAYONNE	GN	64G06 ; 64G07 ; 64G08
64	CGD MAULEON LICHARRE	GN	64G01 ; 64G06 ; 64G07
64	CGD OLORON STE MARIE	GN	64G01
64	CGD ORTHEZ	GN	64G01 ; 64G02
64	CGD PAU	GN	64G01 ; 64G02 ; 64G03 ; 64G04
77	CIAT DE CHELLES	PN	77G15
77	CIAT DE CHESSY	PN	77G14
77	CIAT DE LAGNY	PN	77G14
77	CIAT DE MEAUX	PN	77G11
77	CIAT DE NOISIEL	PN	77G14 ; 77G16
77	CIAT DE PONTAULT COMBAULT	PN	77G01 ; 77G17
77	CIAT DE VILLEPARISIS	PN	77G12 ; 77G13
77	CGD MEAUX	GN	77G11 ; 77G12 ; 77G13 ; (77G09 ; 77G10)
78	CIAT DE PLAISIR	PN	78G11 ; 78G12
78	CIAT DE RAMBOUILLET	PN	78G16
78	CGD RAMBOUILLET	GN	78G12 ; 78G14 ; 78G15 ; 78G16
93	DTSP93 AUBERVILLIERS	PN	93G06
93	DTSP93 BONDY	PN	93G14
93	DTSP93 GAGNY	PN	93G16
93	DTSP93 MONTREUIL	PN	93G10
93	DTSP93 NOISY LE GRAND	PN	93G18
93	DTSP93 ST OUEN	PN	93G02
94	DTSP94 CHAMPIGNY SUR MARNE	PN	94G03
94	DTSP94 CHENNEVIERES SUR MARNE	PN	94G04
94	DTSP94 FONTENAY SOUS BOIS	PN	94G01
94	DTSP94 NOGENT SUR MARNE	PN	94G02 ; 94G05
94	DTSP94 ST MAUR DES FOSSES	PN	94G05
95	CIAT DE CERGY PONTOISE	PN	(95G01 ; 95G02 ; 95G12) ; (95G05 ; 95G06 ; 95G13)

*Les dénominations des services correspondent à celles issues des données officielles du Ministère de l'Intérieur.*

*Le type PN correspond à Police Nationale ; le type GN correspond à Gendarmerie Nationale.*

*Les secteurs de psychiatrie regroupés entre parenthèses sont ceux dont le fonctionnement des internements est confirmé comme intersectoriel au moment de l'étude.*

<sup>31</sup> Données agglomérées avec celles de la compagnie de gendarmerie départementale de Dunkerque Hoymille pour l'année 2016.

## II.2.3. Analyses

L'échantillon analysé total comprend 3506 SPDRE de personnes majeures entre 2012 et 2016, représentant la totalité de ces mesures sur le territoire psychiatrique étudié. Parmi ces mesures, 2131 ont pu être rapportées à l'échelle de 79 services de gendarmerie et de police nationales.

Les analyses géographiques ont été réalisées à l'aide du logiciel QGIS version 3.4.3.

Des statistiques descriptives ont été calculées pour l'ensemble des données. Les durées des mesures ont été catégorisées en fonction de deux critères : durée de la période d'observation de 72 heures, et date de l'intervention du JLD à 12 jours. L'âge a été catégorisé en sept catégories : 18-20 ans, 20-29 ans, 30-39 ans, 40-49 ans, 50-59 ans, 60-69 ans, 70 ans et plus. La catégorie des 18-20 ans a été exclue des analyses du fait de sa faible fréquence. Les distributions des variables n'obéissant pas pour la plupart à la loi normale, les analyses ont été réalisées en non-paramétriques. Les variables continues sont décrites par leurs médianes (écart interquartile) et leurs corrélations sont estimées par le calcul de rho de Spearman. Les variables catégorielles sont décrites par leur fréquence (en pourcentages) et les comparaisons et corrélations sont réalisées par des tests du chi carré.

Les données ont été analysées avec les logiciels R version 3.4.4 et Sphinx version IQ2. Une représentation en réseaux des tableaux de contingence [124] des variables continues a été réalisée avec le logiciel Cytoscape version 3.6.1.

L'échantillon comprend également des données textuelles libres avec 382 réponses à la question D1 « Connaissez-vous le motif de votre hospitalisation ? Précisez », 385 à la question D5 (173 oui ; 212 non) « Pensez-vous que votre hospitalisation soit justifiée

? Oui/Non, Pourquoi ? », et 101 à la question H17 « Avez-vous des remarques particulières ? ». Ces données ont été analysées par nuage de mots sur la base de leur fréquence d'emploi, puis par la méthode A.L.C.E.S.T.E. d'analyse hiérarchique descendante [125–128] qui permet de rendre compte de l'organisation des lemmes du texte, d'extraire des concepts et modalités d'organisations, et d'explorer leur association avec des variables externes. Les résultats ont également été soumis à une analyse factorielle des correspondances.

Les analyses textuelles, dont les analyses par la méthode A.L.C.E.S.T.E., ont été réalisées avec le logiciel IRaMuTeQ version 0.7alpha2 construit sur R version 3.1.2.

## II.3. Résultats

“A number of charts contained yearly notes from patients to their doctors voicing such sentiments as “Doc, I really think I am cured,” or “Dear Doctor, I believe I am ready to go home,” or “You have no right to keep me here after my sentence is over.” These letters stacked thirty deep in some charts, signifying years of pleading and longing and anger, together with thirty years’ of responses from clinicians urging, “You are almost there” or “Perhaps next year”. Invariably, the last note in each stack was a death certificate from the Ionia coroner.”\*

*Jonathan M. Metzl, The Protest Psychosis, 2009*

\*"Un certain nombre de dossiers contenait des notes annuelles de patients à leurs médecins exprimant des sentiments tels que "Docteur, je pense vraiment être guéri", ou "Cher docteur, je crois que je suis prêt à rentrer chez moi", ou "Vous n'avez pas le droit de me garder ici après la fin de ma peine". Ces lettres s'empilaient au fond de certains dossiers, signifiant des années de plaidoirie, de nostalgie et de colère, ainsi que trente années de réponses de cliniciens qui disaient : "Vous y êtes presque" ou "Peut-être l'année prochaine". Invariablement, la dernière note de chaque pile était un certificat de décès du légiste de l'Ionia."

## II.3.1. SPDRE et criminalité judiciaire

Les analyses ont porté sur 79 services de gendarmerie et de police nationales, représentant 318 services-année : 13 (4.1%) en 2012 ; 78 (24.5%) en 2013 ; 78 (24.5%) en 2014 ; 78 (24.5%) en 2015 ; 71 (22.3%) en 2016. Ils sont répartis dans les quatre régions de l'enquête : 76 (23.9%) en Aquitaine ; 92 (28.9%) en Ile de France ; 64 (20.1%) en Nord-Pas de Calais ; 86 (27%) en Provence-Alpes-Côte d'Azur.

Le taux médian de SPDRE par service-année pour 100 000 habitants est de 6.6 (7.8) pour l'ensemble des mesures, 0.0 (1.5) pour les mesures jusqu'à 72 heures inclus, 5.8 (7.3) pour les mesures dépassant 72 heures, 1.4 (3.1) pour les mesures jusqu'à 11 jours inclus, et 5.0 (6.6) pour les mesures dépassant 11 jours. On retrouve une hétérogénéité importante du taux de décision de SPDRE (Figure 15) suivant les territoires avec 20 services-année sans aucune mesure et des variations d'un facteur 240 entre le service avec le plus faible taux non nul de mesure et celui avec le plus fort (52.7 pour 100 000 habitants).

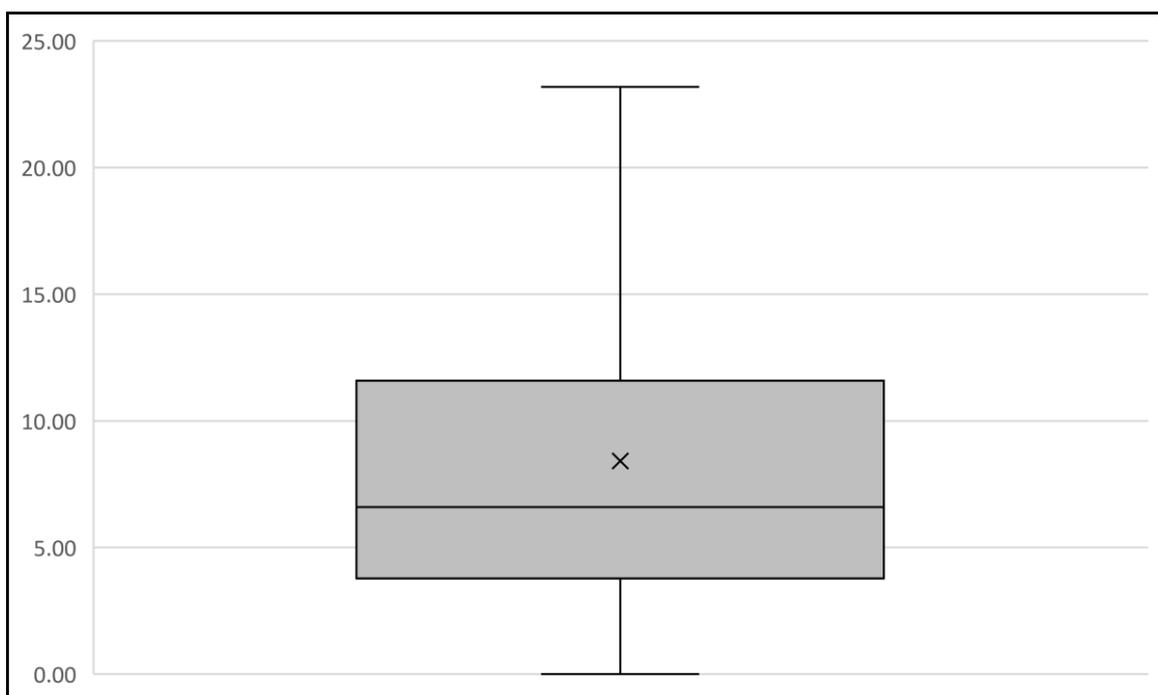


Figure 15. Description du taux annuel de SPDRE pour 100 000 habitants des services de gendarmerie et de police nationales (n=318).

Les services sont décrits sur la base de trois caractéristiques territoriales : la superficie (moyenne 61 047km<sup>2</sup> (91 680)), le nombre de communes (moyenne 34 communes (49.8)) et la population (moyenne 87 096 habitants (105 757.4)) desservis.

On n'observe pas de corrélation entre le taux de SPDRE et le nombre d'habitants ( $r_{(316)}=-0.05$ , *ns*), mais ce taux est négativement corrélé au nombre de communes ( $r_{(316)}=-0.2$ ,  $p<.001$ ) et à la superficie ( $r_{(316)}=-0.135$ ,  $p<.05$ ) desservies.

Les taux d'indicateurs de criminalité (Tableau II), ainsi que leur somme et l'ensemble des crimes et délits de l'état 4001 sont fortement corrélés entre eux sur l'échantillon total, à l'exception de l'indicateur 1 portant sur les homicides (Tableau IV).

**Tableau IV. Matrice de corrélation des taux des indicateurs de la criminalité à l'échelle des services de gendarmerie et de police nationales (n=318).**

	TOTAL INDIC 1-9	INDIC 9	INDIC 8	INDIC 7	INDIC 6	INDIC 5	INDIC 4	INDIC 3	INDIC 2	INDIC 1
TOTAL ETAT 4001	0.9429	0.7008	0.8148	0.8444	0.7308	0.7572	0.7444	0.8473	0.7141	0.0512 <i>ns</i>
INDIC 1	0.0322 <i>ns</i>	-0.0516 <i>ns</i>	-0.019 <i>ns</i>	0.0124 <i>ns</i>	0.0732 <i>ns</i>	0.0783 <i>ns</i>	0.0732 <i>ns</i>	-0.0325 <i>ns</i>	-0.0029 <i>ns</i>	
INDIC 2	0.7253	0.683	0.6854	0.7643	0.651	0.5425	0.4082	0.7699		
INDIC 3	0.8596	0.7536	0.7989	0.8472	0.7357	0.6827	0.5254			
INDIC 4	0.7972	0.4231	0.634	0.584	0.546	0.4049				
INDIC 5	0.6381	0.4913	0.4958	0.596	0.4401					
INDIC 6	0.8425	0.7206	0.7288	0.8287						
INDIC 7	0.9071	0.7891	0.8011							
INDIC 8	0.8813	0.7438								
INDIC 9	0.7661									

*Les cases contiennent les résultats des rho de Spearman à 316 degrés de liberté  
Les cases grisées contiennent des résultats significatifs à  $p<.001$*

Ce résultat s'observe également dans le sous-échantillon des 120 services-année de gendarmerie nationale (Tableau V). Le sous-échantillon des 198 services-année de police nationale présente une dynamique différente (Tableau VI) dans laquelle l'indicateur 5, portant sur le taux de coups et blessures volontaires, se distingue par ses plus faibles corrélations avec les autres.

**Tableau V. Matrice de corrélation des taux des indicateurs de la criminalité à l'échelle des services de gendarmerie nationale (n=120).**

	TOTAL INDIC 1-9	INDIC 9	INDIC 8	INDIC 7	INDIC 6	INDIC 5	INDIC 4	INDIC 3	INDIC 2	INDIC 1
TOTAL ETAT 4001	0.9538	0.675	0.7561	0.7231	0.6886	0.7735	0.9178	0.748	0.467	0.0637 <i>ns</i>
INDIC 1	0.0866 <i>ns</i>	0.1214 <i>ns</i>	0.0499 <i>ns</i>	0.1484 <i>ns</i>	0.1647 <i>ns</i>	0.0535 <i>ns</i>	0.0639 <i>ns</i>	0.1614 <i>ns</i>	0.0624 <i>ns</i>	
INDIC 2	0.5608	0.5481	0.6104	0.6131	0.608	0.4386	0.3315	0.5036		
INDIC 3	0.8067	0.7567	0.783	0.7704	0.6842	0.5484	0.6502			
INDIC 4	0.9072	0.581	0.7021	0.6422	0.5873	0.6402				
INDIC 5	0.7159	0.5431	0.4902	0.5072	0.467					
INDIC 6	0.7989	0.7897	0.7578	0.7818						
INDIC 7	0.8349	0.7689	0.8226							
INDIC 8	0.8739	0.7123								
INDIC 9	0.7873									

Les cases contiennent les résultats des rho de Spearman à 118 degrés de liberté

Les cases grisées contiennent des résultats significatifs à  $p < .001$

**Tableau VI. Matrice de corrélation des taux des indicateurs de la criminalité à l'échelle des services de police nationale (n=198).**

	TOTAL INDIC 1-9	INDIC 9	INDIC 8	INDIC 7	INDIC 6	INDIC 5	INDIC 4	INDIC 3	INDIC 2	INDIC 1
TOTAL ETAT 4001	0.9005	0.5571	0.7274	0.748	0.6289	0.4429	0.6921	0.7183	0.5299	0.1839 $p < .01$
INDIC 1	0.0826 <i>ns</i>	-0.1058 <i>ns</i>	0.0085 <i>ns</i>	0.0128 <i>ns</i>	0.0666 <i>ns</i>	0.2584	0.142 $p < .05$	-0.0273 <i>ns</i>	0.0422 <i>ns</i>	
INDIC 2	0.5662	0.5701	0.5425	0.6187	0.5141	0.1588 $p < .05$	0.2298 $p < .01$	0.6602		
INDIC 3	0.8189	0.685	0.766	0.7752	0.721	0.2306 $p < .01$	0.3954			
INDIC 4	0.74	0.1963 $p < .01$	0.5155	0.4754	0.393	0.1448 $p < .05$				
INDIC 5	0.2955	0.0997 <i>ns</i>	0.1496 $p < .05$	0.2278 $p < .01$	0.1481 $p < .05$					
INDIC 6	0.7855	0.5694	0.5944	0.7716						
INDIC 7	0.8618	0.6493	0.6914							
INDIC 8	0.8171	0.6272								
INDIC 9	0.6404									

Les cases contiennent les résultats des rho de Spearman à 196 degrés de liberté

Les cases grisées sans précision autre contiennent des résultats significatifs à  $p < .001$

Ceci semble mettre en évidence des schémas différents de criminalité entre police et gendarmerie nationales.

On observe une corrélation entre certains taux de SPDRE, notamment les durées longues, et les indicateurs de criminalité sauf les indicateurs 1, 5, et 9 (Tableau VII).

**Tableau VII. Liens entre le taux de décision de SPDRE ou les taux de mesures de plus et moins de 72 heures et plus et moins de 11 jours et les indicateurs de criminalité des services de gendarmerie et de police nationales (n=318).**

Taux annuel pour 100 000 habitants (Crimes & délits / SPDRE)	TOTAL n=2 131	≤72h n=262	>72h n=1 869	≤11j n=557	>11j n=1 574	
<b>Médiane (Q3-Q1)</b>	6.6 (7.8)	0 (1.5)	5.8 (7.3)	1.4 (3.1)	5.0 (6.6)	
<b>Total crimes et délits de l'État 4001</b> n=1 537 136	5119.1 (2354.5)	0.1991 <i>p</i> <.001	-0.0571 <i>ns</i>	0.23 <i>p</i> <.001	0.0044 <i>ns</i>	0.2451 <i>p</i> <.001
<b>Indicateur 1.</b> Homicides (y compris coups et blessures volontaires suivis de mort) n=297	0.0 (1.8)	0.0501 <i>ns</i>	0.0722 <i>ns</i>	0.0722 <i>ns</i>	0.1263 <i>p</i> <.05	0.0572 <i>ns</i>
<b>Indicateur 2.</b> Vols avec armes (armes à feu, armes blanches ou par destination) n=4 530	9.1 (14.7)	0.1617 <i>p</i> <.001	0.0193 <i>ns</i>	0.1791 <i>p</i> <.01	0.0256 <i>ns</i>	0.1977 <i>p</i> <.001
<b>Indicateur 3.</b> Vols violents sans arme n=50 341	80.6 (196.4)	0.1746 <i>p</i> <.01	-0.0814 <i>ns</i>	0.2161 <i>p</i> <.001	-0.0508 <i>ns</i>	0.2349 <i>p</i> <.001
<b>Indicateur 4.</b> Vols sans violence contre des personnes n=282 350	824.1 (565.9)	0.2527 <i>p</i> <.001	0.0166 <i>ns</i>	0.2705 <i>p</i> <.001	0.1071 <i>ns</i>	0.2714 <i>p</i> <.001
<b>Indicateur 5.</b> Coups et blessures volontaires (sur personnes de 15 ans ou plus) n=94 686	305.9 (240.8)	0.0966 <i>ns</i>	-0.1044 <i>ns</i>	0.1334 <i>p</i> <.05	-0.0639 <i>ns</i>	0.1382 <i>p</i> <.05
<b>Indicateur 6.</b> Cambriolages de logement n=111 099	337.9 (293.6)	0.2238 <i>p</i> <.001	-0.0195 <i>ns</i>	0.2599 <i>p</i> <.001	0.062 <i>ns</i>	0.266 <i>p</i> <.001
<b>Indicateur 7.</b> Vols de véhicules (automobiles ou deux roues motorisés) n=83 046	231.3 (267.2)	0.1936 <i>p</i> <.001	-0.0347 <i>ns</i>	0.2237 <i>p</i> <.001	0.0158 <i>ns</i>	0.2404 <i>p</i> <.001
<b>Indicateur 8.</b> Vols dans les véhicules n=131 013	371.1 (293.2)	0.1233 <i>p</i> <.05	-0.0229 <i>ns</i>	0.1436 <i>p</i> <.05	-0.0117 <i>ns</i>	0.1671 <i>p</i> <.01
<b>Indicateur 9.</b> Vols d'accessoires sur véhicules n=48 913	141.6 (112.0)	0.0671 <i>ns</i>	-0.0166 <i>ns</i>	0.0874 <i>ns</i>	-0.0483 <i>ns</i>	0.1187 <i>p</i> <.05
<b>Total indicateurs 1 à 9</b> n=806 275	2470.5 (1568.8)	0.22 <i>p</i> <.001	-0.0343 <i>ns</i>	0.252 <i>p</i> <.001	0.0379 <i>ns</i>	0.2618 <i>p</i> <.001

Les cases contiennent les résultats des rho de Spearman à 316 degrés de liberté  
Les cases sont grisées suivant leur niveau de significativité

À l'inverse, on ne retrouve pas de corrélation entre SPDRE et criminalité dans le sous-échantillon des services de gendarmerie nationale (Tableau VIII).

**Tableau VIII. Liens entre le taux de décision de SPDRE ou les taux de mesures de plus et moins de 72 heures et plus et moins de 11 jours et les indicateurs de criminalité des services de gendarmerie nationale (n=120).**

Taux annuel pour 100 000 habitants (Crimes & délits / SPDRE)	TOTAL n=614	≤72h n=105	>72h n=509	≤11j n=208	>11j n=406	
<b>Médiane (Q3-Q1)</b>	6.1 (7.5)	1.1 (2.1)	4.7 (6.9)	1.9 (3.9)	3.7 (6.5)	
<b>Total crimes et délits de l'État 4001</b> n=305 825	3406.8 (1980.6)	0.085 <i>ns</i>	-0.0396 <i>ns</i>	0.0863 <i>ns</i>	-0.028 <i>ns</i>	0.109 <i>ns</i>
<b>Indicateur 1.</b> Homicides (y compris coups et blessures volontaires suivis de mort) n=106	0.6 (1.8)	-0.0253 <i>ns</i>	-0.1339 <i>ns</i>	0.03 <i>ns</i>	-0.0149 <i>ns</i>	0.0223 <i>ns</i>
<b>Indicateur 2.</b> Vols avec armes (armes à feu, armes blanches ou par destination) n=474	3.7 (5.8)	-0.1041 <i>ns</i>	-0.0342 <i>ns</i>	-0.1151 <i>ns</i>	-0.0305 <i>ns</i>	-0.1099 <i>ns</i>
<b>Indicateur 3.</b> Vols violents sans arme n=2 751	22.2 (25.3)	-0.1452 <i>ns</i>	-0.1275 <i>ns</i>	-0.1169 <i>ns</i>	-0.1599 <i>ns</i>	-0.104 <i>ns</i>
<b>Indicateur 4.</b> Vols sans violence contre des personnes n=63 553	624.4 (501.8)	0.0902 <i>ns</i>	-0.0558 <i>ns</i>	0.093 <i>ns</i>	-0.0161 <i>ns</i>	0.1104 <i>ns</i>
<b>Indicateur 5.</b> Coups et blessures volontaires (sur personnes de 15 ans ou plus) n=16 299	186.5 (74.1)	0.0783 <i>ns</i>	-0.0747 <i>ns</i>	0.1038 <i>ns</i>	-0.0578 <i>ns</i>	0.1089 <i>ns</i>
<b>Indicateur 6.</b> Cambriolages de logement n=24 829	217.6 (181.8)	0.0284 <i>ns</i>	0.0102 <i>ns</i>	0.0288 <i>ns</i>	0.0279 <i>ns</i>	0.0536 <i>ns</i>
<b>Indicateur 7.</b> Vols de véhicules (automobiles ou deux roues motorisés) n=13 386	98.6 (98.3)	-0.0092 <i>ns</i>	-0.0019 <i>ns</i>	-0.0102 <i>ns</i>	0.0031 <i>ns</i>	0.0206 <i>ns</i>
<b>Indicateur 8.</b> Vols dans les véhicules n=25 502	233.9 (221.7)	-0.1259 <i>ns</i>	-0.0377 <i>ns</i>	-0.1358 <i>ns</i>	-0.109 <i>ns</i>	-0.0897 <i>ns</i>
<b>Indicateur 9.</b> Vols d'accessoires sur véhicules n=10 520	85.9 (75.5)	0.013 <i>ns</i>	0.065 <i>ns</i>	-0.0014 <i>ns</i>	0.0141 <i>ns</i>	0.0138 <i>ns</i>
<b>Total indicateurs 1 à 9</b> n=157 420	1534.5 (1036.9)	0.0243 <i>ns</i>	-0.0286 <i>ns</i>	0.0214 <i>ns</i>	-0.0305 <i>ns</i>	0.0494 <i>ns</i>

Les cases contiennent les résultats des rho de Spearman à 118 degrés de liberté

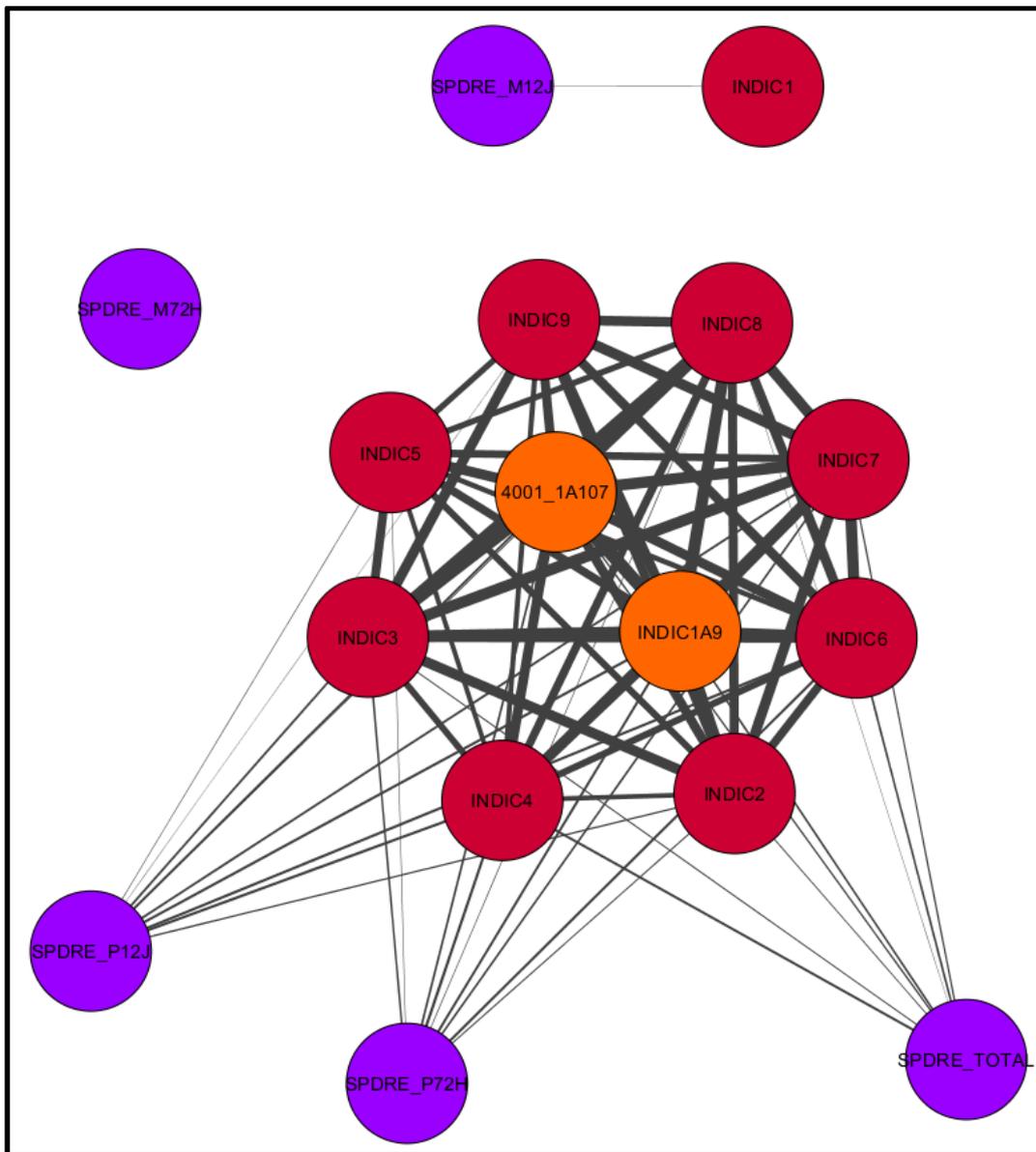
Par contre, les taux de SPDRE corrént fortement avec les taux de criminalité des services de police nationale, quelle que soit la durée de la mesure (Tableau IX).

**Tableau IX. Liens entre le taux de décision de SPDRE ou les taux de mesures de plus et moins de 72 heures et plus et moins de 11 jours et les indicateurs de criminalité des services de police nationale (n=198).**

Taux annuel pour 100 000 habitants (Crimes & délits / SPDRE)	TOTAL n=1 517	≤72h n=157	>72h n=1 360	≤11j n=348	>11j n=1 169	
<b>Médiane (Q3-Q1)</b>	7.4 (7.7)	0.0 (1.2)	6.6 (7.3)	1.2 (2.6)	5.7 (6.5)	
<b>Total crimes et délits de l'État 4001</b> n=1 231 311	6729.8 (2290.1)	0.2481 <i>p</i> <.001	0.261 <i>p</i> <.001	0.2465 <i>p</i> <.001	0.2518 <i>p</i> <.001	0.2281 <i>p</i> <.01
<b>Indicateur 1. Homicides (y compris coups et blessures volontaires suivis de mort)</b> n=191	0.0 (1.9)	0.1145 <i>ns</i>	0.1824 <i>p</i> <.05	0.1192 <i>ns</i>	0.1929 <i>p</i> <.001	0.1032 <i>ns</i>
<b>Indicateur 2. Vols avec armes (armes à feu, armes blanches ou par destination)</b> n=4 056	14.3 (18.8)	0.2342 <i>p</i> <.001	0.3223 <i>p</i> <.001	0.2222 <i>p</i> <.01	0.2526 <i>p</i> <.001	0.2204 <i>p</i> <.01
<b>Indicateur 3. Vols violents sans arme</b> n=47 590	164.6 (195.9)	0.3161 <i>p</i> <.001	0.2501 <i>p</i> <.001	0.3201 <i>p</i> <.001	0.2207 <i>p</i> <.01	0.3081 <i>p</i> <.001
<b>Indicateur 4. Vols sans violence contre des personnes</b> n=218 797	893.2 (532.8)	0.3239 <i>p</i> <.001	0.2292 <i>p</i> <.01	0.3217 <i>p</i> <.001	0.2967 <i>p</i> <.001	0.292 <i>p</i> <.001
<b>Indicateur 5. Coups et blessures volontaires (sur personnes de 15 ans ou plus)</b> n=78 387	391.1 (174.4)	0.0698 <i>ns</i>	0.1731 <i>p</i> <.05	0.0638 <i>ns</i>	0.1332 <i>ns</i>	0.0346 <i>ns</i>
<b>Indicateur 6. Cambriolages de logement</b> n=86 270	418.8 (282.6)	0.2879 <i>p</i> <.001	0.1487 <i>p</i> <.05	0.3014 <i>p</i> <.001	0.2107 <i>p</i> <.01	0.2783 <i>p</i> <.001
<b>Indicateur 7. Vols de véhicules (automobiles ou deux roues motorisés)</b> n=69 660	327.3 (211.8)	0.2818 <i>p</i> <.001	0.2258 <i>p</i> <.01	0.2801 <i>p</i> <.001	0.2346 <i>p</i> <.001	0.2644 <i>p</i> <.001
<b>Indicateur 8. Vols dans les véhicules</b> n=105 511	469.5 (278.1)	0.1882 <i>p</i> <.01	0.1949 <i>p</i> <.01	0.1957 <i>p</i> <.01	0.1585 <i>p</i> <.05	0.1878 <i>p</i> <.01
<b>Indicateur 9. Vols d'accessoires sur véhicules</b> n=38 393	166.9 (99.9)	0.0832 <i>ns</i>	0.144 <i>p</i> <.05	0.0841 <i>ns</i>	0.053 <i>ns</i>	0.1076 <i>ns</i>
<b>Total indicateurs 1 à 9</b> n=648 855	2890.7 (1356.2)	0.2994 <i>p</i> <.001	0.2496 <i>p</i> <.001	0.3015 <i>p</i> <.001	0.2714 <i>p</i> <.001	0.2739 <i>p</i> <.001

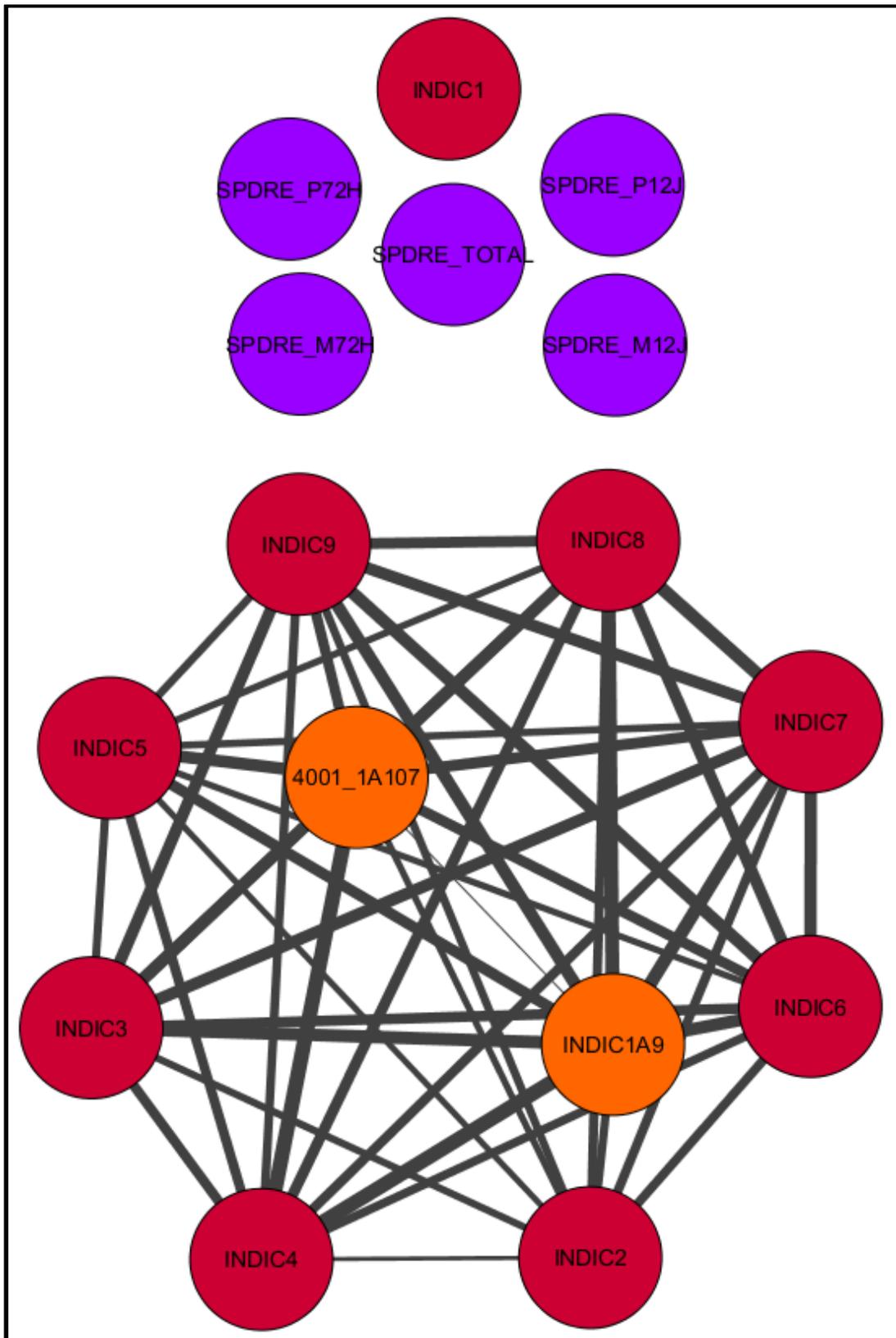
Les cases contiennent les résultats des rho de Spearman à 196 degrés de liberté  
Les cases sont grisées suivant leur niveau de significativité

Ces analyses permettent de construire un réseau des corrélations entre les indicateurs de criminalité et les taux de SPDRE pour l'ensemble des services de l'échantillon (Figure 16 d'après les Tableau IV & Tableau VII), les services de gendarmerie nationale (Figure 17 d'après les Tableau V & Tableau VIII), et les services de police nationale (Figure 18 d'après les Tableau VI & Tableau IX), confirmant les schémas différents de criminalité et de SPDRE.



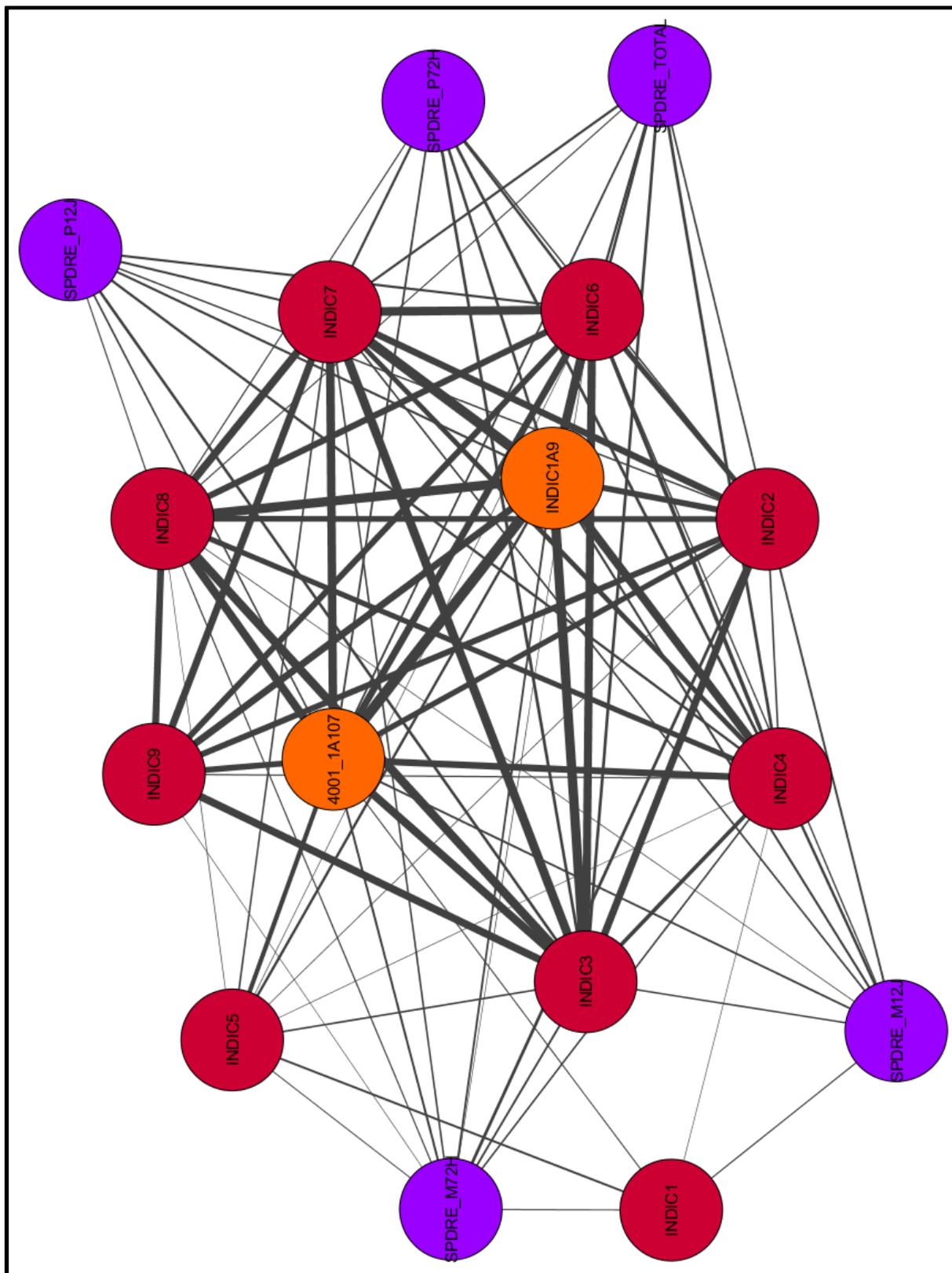
**Figure 16. Réseau des taux de criminalités d'après les indicateurs 1 à 9, leur somme et l'intégralité de l'état 4001, et des SPDRE suivant leur durée pour l'ensemble des services de gendarmerie et de police nationales (n=318).**

Les nœuds représentent les variables, ils sont classés par couleur (violet pour les taux de SPDRE, rouge pour les taux d'indicateurs, orange pour les taux de criminalité agglomérés), les liens dessinés sont significatif  $p < .05$ , l'épaisseur du lien est proportionnelle à la force de la corrélation basée sur le rho de Spearman.



**Figure 17. Réseau des taux de criminalités d'après les indicateurs 1 à 9, leur somme et l'intégralité de l'état 4001, et des SPDRE suivant leur durée pour les services de gendarmerie nationale (n=120).**

Les nœuds représentent les variables, ils sont classés par couleur (violet pour les taux de SPDRE, rouge pour les taux d'indicateurs, orange pour les taux de criminalité agglomérés), les liens dessinés sont significatif  $p < .05$ , l'épaisseur du lien est proportionnelle à la force de la corrélation basée sur le rho de Spearman.



**Figure 18. Réseau des taux de criminalités d'après les indicateurs 1 à 9, leur somme et l'intégralité de l'état 4001, et des SPDRE suivant leur durée pour les services de police nationale (n=198).**

Les nœuds représentent les variables, ils sont classés par couleur (violet pour les taux de SPDRE, rouge pour les taux d'indicateurs, orange pour les taux de criminalité agglomérés), les liens dessinés sont significatif  $p < .05$ , l'épaisseur du lien est proportionnelle à la force de la corrélation basée sur le rho de Spearman.

## II.3.2. La décision de SPDRE

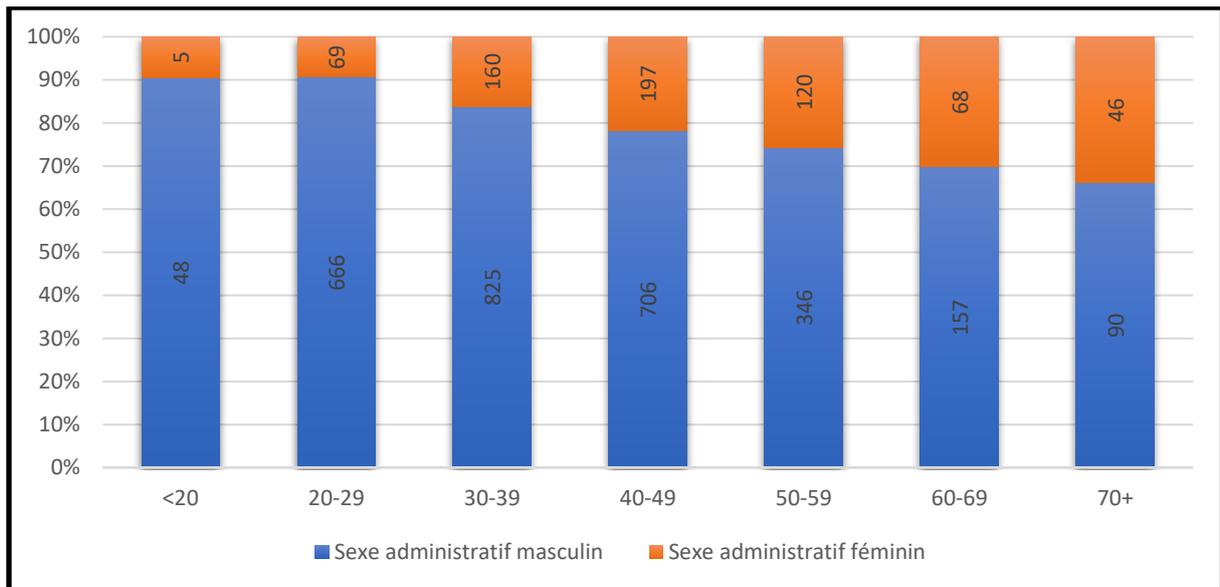
### II.3.2.1. Analyses des décisions

Les analyses ont porté sur 3506 décisions de SPDRE de personnes majeures entre le 03 janvier 2012 et le 31 décembre 2016 : 237 (6.8%) en 2012 ; 830 (23.7%) en 2013 ; 825 (23.5%) en 2014 ; 890 (25.4%) en 2015 ; 724 (20.7%) en 2016. Elles sont réparties dans les quatre régions de l'enquête : 829 (23.6%) en Aquitaine ; 1011 (28.8%) en Ile de France ; 639 (18.2%) en Nord-Pas de Calais ; 1027 (29.3%) en Provence-Alpes-Côte d'Azur.

Les décisions de SPDRE concernent en majorité des personnes de sexe administratif masculin (2838 (80.9%) ;  $\chi^2_{(1)}=1343.1$ ,  $p<0.001$ ).

L'échantillon est composé de 269 (7.7%) personnes sans domicile fixe. On observe une corrélation entre le statut de personne sans domicile fixe et le sexe administratif masculin ( $\chi^2_{(1)}=16.64$ ,  $p<0.001$ ), et les mesures arrêtées par un préfet ( $\chi^2_{(1)}=28.48$ ,  $p<0.001$ ).

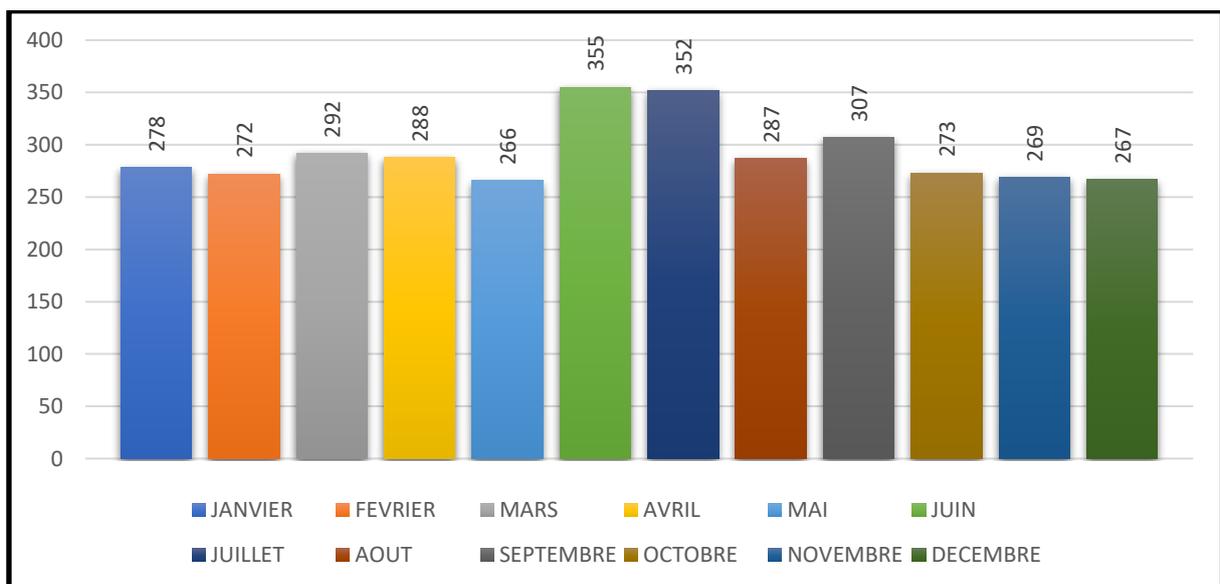
L'âge moyen des personnes est de 40.93 (13.95) ans. L'âge corrèle avec le sexe administratif ( $\chi^2_{(5)}=103.13$ ,  $p<0.001$ ) et l'auteur de l'arrêté de la décision ( $\chi^2_{(5)}=40.07$ ,  $p<0.001$ ). Il apparaît que la proportion de personnes de sexe administratif féminin augmente après 40 ans (Figure 19), et que la proportion de mesures arrêtées par un maire augmente après 60 ans.



**Figure 19. Catégorie d'âge des personnes internées**

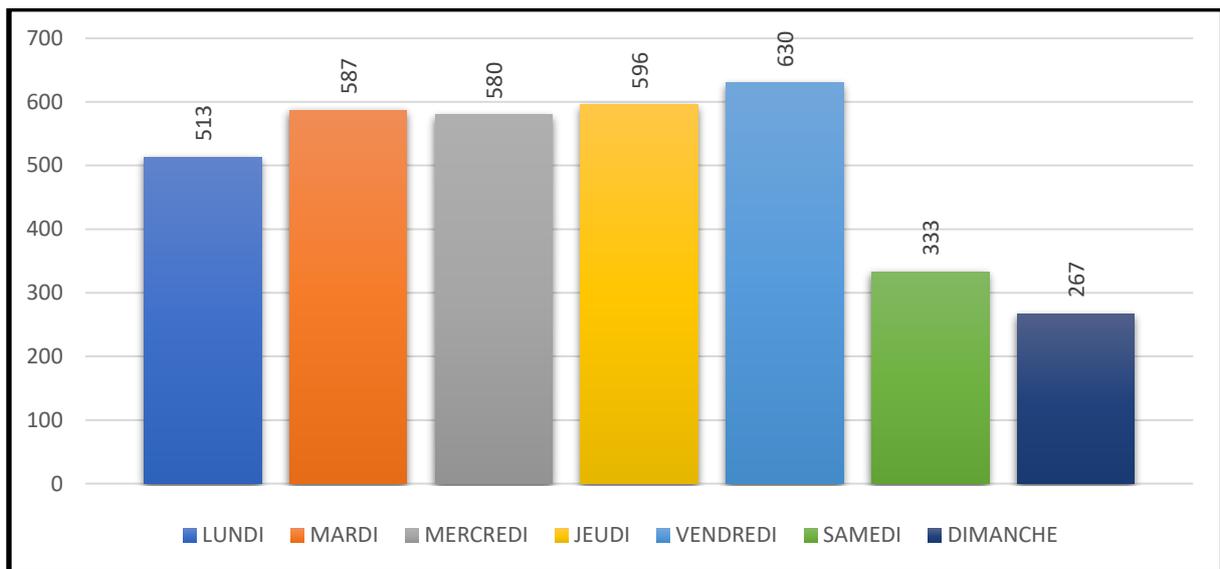
La majorité des décisions de SPDRE est arrêtée par un maire (2219 (63.3%)), pour 26 mesures (0.7%) l'arrêté était manquant. On observe une corrélation entre le sexe administratif féminin et les SPDRE arrêtées par un maire ( $\chi^2_{(1)}=11.99, p<0.001$ ).

La décision de SPDRE dépend du mois et pique aux mois de juin et juillet ( $\chi^2_{(11)}=36.35, p<0.001$ , Figure 20). On observe également que les maires décident davantage en janvier et les préfets en décembre ( $\chi^2_{(11)}=35.66, p<0.01$ ). On n'observe pas de lien entre le mois de la décision de SPDRE et le sexe administratif ( $\chi^2_{(11)}=6.95, ns$ ).



**Figure 20. Décision de SPDRE par mois de l'année (n=3506).**

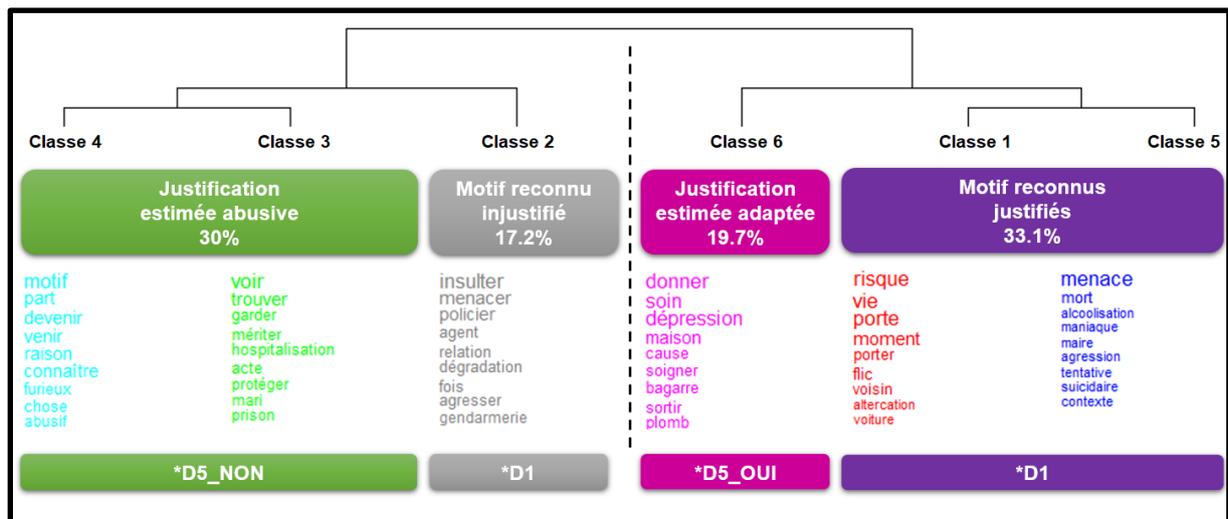
Le nombre de décisions de SPDRE dépend du jour de la semaine ( $\chi^2_{(6)}=244.43$ ,  $p<0.001$ ) et plonge les samedis et dimanches (Figure 21). On observe également une corrélation entre le jour de la semaine et le sexe administratif ( $\chi^2_{(6)}=13.25$ ,  $p<0.05$ ), et avec l'auteur de l'arrêté ( $\chi^2_{(6)}=17.44$ ,  $p<0.01$ ) : les maires décident davantage le week-end, et les personnes de sexe administratif masculin sont davantage internées le dimanche.



**Figure 21. Décision de SPDRE par jour de la semaine (n=3506).**



La méthode A.L.C.E.S.T.E. permet un regroupement des lemmes suivant leur éloignement respectif en classes de sens structurant le discours. Pour cela, l'analyse repose sur un découpage du texte en Unités de Contexte (UC) qui forment un ensemble de mots proches et respectant les règles de la ponctuation. Parmi les 276 UC constituant le corpus, 233 (84.42%) ont été incluses dans l'analyse. L'analyse découpe le corpus en 6 classes (Figure 23). La classification descendante hiérarchique rend compte d'une division précoce du discours entre d'un côté les classes 2 (40 UC, 17.17%), 3 (35 UC, 15.02%), et 4 (35 UC, 15.02%), et de l'autre les classes 1 (33 UC, 14.16%), 5 (44 UC, 18.88%), et 6 (46 UC, 19.74%). Le ressenti de la mesure comme justifiée (réponse oui/non à la question D5) est l'élément structurant du discours, y compris de celui du motif initial de la mesure.



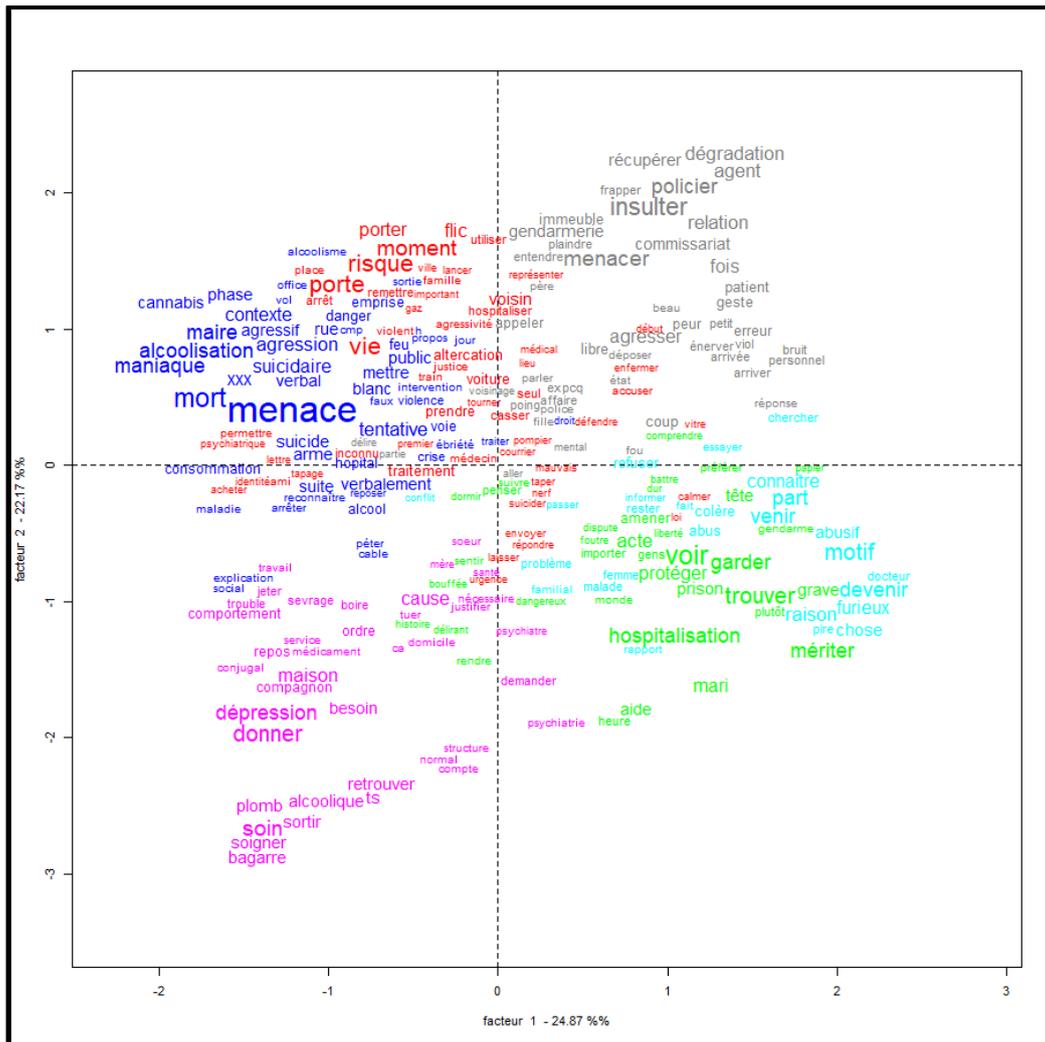
**Figure 23. Classification descendante hiérarchique du corpus CORP\_D.**  
Les lemmes présentés pour chaque classe leurs sont associés ( $p < 0.001$ ). Pour chaque classe sont présentées la proportion du corpus analysé et une proposition de titre reprenant le sens de la classe.

Les classes 3 et 4 font état de mesures estimées non justifiées : « harcèlement téléphonique suivi d'une garde à vue. Le médecin a cru que j'étais en rupture de traitement alors que c'est faux » ; « parce que je n'en pouvais plus et mon concubin a mis la pression pour que je vienne ici pensant avoir la garde de la petite » ; « ce sont les gendarmes qui m'ont amené. J'avais déjà été en garde à vue et le gendarme m'a

dit : si je vous vois encore une 3ème fois, c'est la prison ». Ces justifications partagent leur vocabulaire avec les motifs évoqués à la classe 2 : « je suis allé chercher des affaires chez mon ex-beau-père et je me suis disputé avec lui et ils ont appelé la police, et c'est vrai que j'ai insulté l'agent de police, c'est 50/50 » ; « j'aurais tenu d'après la voisine des propos racistes alors que je répondais aux insultes d'une personne qui était chez elle » ; « j'ai insulté un policier ».

La classe 6 fait état de mesures estimées justifiées : « j'avais prévu de me soigner en externe avec mon médecin généraliste et de reprendre mon travail d'infirmière » ; « oui, il me fallait des soins, mais le traitement est trop fort » ; « je pense que j'en ai besoin » ; « parce que j'ai besoin d'être réstabilisé, j'avais besoin d'un traitement, je ne sortais plus de chez moi ». Ces justifications partagent leur vocabulaire avec les motifs évoqués dans les classes 1 et 5 : « dépression et alcoolisme suite au décès de mon ami. Je suis déprimée depuis longtemps : pas de logement, problèmes financiers, problèmes relationnels » ; « Tentative de suicide. Dépression » ; « cela fait dix ans que je suis en dépression, cela me permet de me reposer ».

Ce découpage du corpus peut également être visualisé sur le plan d'analyse factoriel de l'analyse (Figure 24).

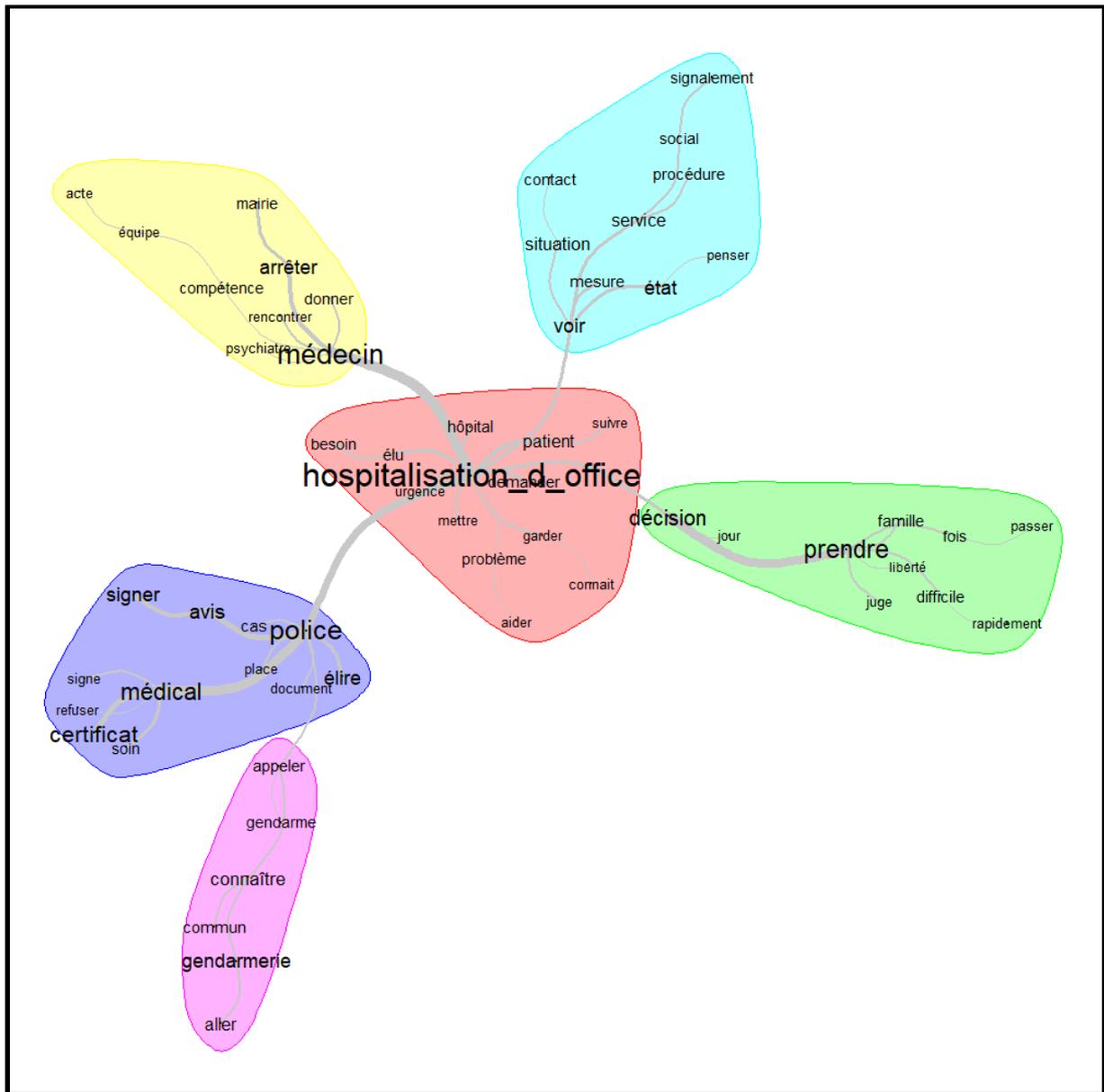


**Figure 24. Plan d'analyse factorielle du corpus.**

Ce plan rend compte des deux facteurs principaux (24.87% et 22.17%). Les lemmes sont colorés suivant leur classe, présenté à la Figure 23.

Les analyses ont également porté sur un deuxième corpus (CORP\_H) constitué de 101 réponses à la question H17 « Avez-vous des remarques particulières ? », dont les lemmes sont présentés en Figure 25. Ce nuage de mots illustre un corpus centré autour de la prise de décision d'hospitalisation d'office (« hospitalisation\_d\_office », « décision », « prendre ») et de ses modalités (« médecin », « police », « certificat », « médical »).





**Figure 26. Analyse des similitudes sur la base des cooccurrences des lemmes dans le corpus CORP\_H.**

Cette question ouverte a donc largement donné lieu à des discussions sur la réalité du fonctionnement de l'internement. Parmi ces discussions on retrouve trois grandes thématiques illustrées dans les Encart 1, Encart 2, et Encart 3 : l'aspect administratif de la décision de l'élu (Encart 1), la primauté de l'avis médical (Encart 2), et la place de la procédure dans le fonctionnement des institutions (Encart 3).

**Encart 1. Réponses extraites du corpus CORP\_H évoquant l'aspect administratif du rôle du maire ou de son représentant (n=12).**

Je n'étais pas d'astreinte mais le maire n'était pas disponible. C'est donc moi qui ai signé l'arrêté. Je me fie vraiment aux documents qu'on me donne : l'avis du médecin et ensuite le commissaire de police. D'une façon générale, nous on habille la procédure.

Internement fait uniquement sur présentation de dossier apporté par la police nationale et certificat d'un psychiatre attaché au CHU, le plus souvent pour désordre sur la place publique.

Je signe les documents, je ne rencontre ni le patient ni la famille. L'étude de la situation est faite par le corps médical et la police : la police d'abord, qui doit constater le dérangement, et ensuite le médecin.

L'hospitalisation d'office était inévitable car le médecin de garde à l'hôpital a délivré un certificat de non admission et d'état incompatible avec une mesure de garde à vue.

L' élu hospitalisant d'office juge sur la base du procès-verbal de police qui fait le constat des faits. Le médecin se base sur le plan médical, mais l'origine du trouble n'est pas précisée.

Notre rôle est de bien vérifier qu'il y a un certificat médical et un document de la police. C'est un problème juridique, après on envoie la demande au niveau préfectoral.

Matériellement c'est impossible de contacter le médecin, de connaître la personne. À partir du moment où il est confié à une instance médicale, savoir s'il convient ou non de maintenir la personne dans cet état. Je trouve qu'il y a une bonne relation police, justice ... les documents sont bien remplis en général.

Ce sont les commerçants qui ont appelé la gendarmerie. Le rôle des élus est purement administratif, on n'aime pas cette situation à la mairie. Parfois pour l'hospitalisation d'office on ne voit pas la personne.

Ce n'est pas facile pour les élus, d'après moi car l' élu arrive en bout de chaîne, ce que je fais généralement c'est que je vérifie le certificat, là j'ai aussi interrogé la police, et à partir de là je signe ou je ne signe pas.

Nous sommes juste amenés à signer des certificats dans les cas d'urgence. Mais nous ne connaissons pas les circonstances, ni la personne. Le dossier est ensuite transmis. L' élu local qui signe n'en sait pas plus que ce qui est noté sur le certificat médical.

Généralement les hospitalisations d'office sont décidées et rédigées suite à une constatation de police qui appelle un médecin qui évalue l'état du patient. La mairie intervient après le constat du médecin. On prépare les arrêtés d'hospitalisation d'office sur la base des rapports du médecin et de la police.

À chaque fois c'est le même processus, les personnes pétent les plombs en gendarmerie. Nous on prend les décisions appuyées sur ce que nous dit la gendarmerie et le médecin. Cette procédure permet de faire connaître cet événement-là aux services de la mairie, car souvent ce sont des personnes qu'on ne connaît pas du tout.

**Encart 2. Réponses extraites du corpus CORP\_H évoquant la primauté de l'avis médical (n=13).**

Je n'ai pas signé l'arrêté d'hospitalisation d'office tant que le médecin n'est pas arrivé pour donner son avis. Je ne mettrai jamais personne en hôpital psy de moi-même.

Pour signer l'acte d'hospitalisation d'office nous lisons le rapport de police et les préconisations médicales les accompagnant.

C'est un appel qui est souvent la nuit, la police nous appelle pour nous dire qu'il y a une hospitalisation d'office. On vérifie le certificat médical, pour signer, c'est la seule chose que fait l'adjoint ou le maire : il y a un avis médical et on s'y conforme. Ils n'ont pas la compétence d'aller contre.

Étant donné que j'avais les certificats des deux médecins dont un psychiatre de l'hôpital, je ne vais pas aller à l'encontre de leur décision, ils savent ce qu'ils font. En tant qu'élu on se forme sur le tas et vous vous retrouvez du jour au lendemain à signer des hospitalisations d'office. On nous demande d'apposer un tampon et une signature, on est des exécutants, notre avis n'est pas demandé, on ne pose qu'un tampon et une signature. On ne fait que de l'administratif nous. Dans notre mallette on a un imprimé et on le suit. Je ne sais pas si on peut refuser, s'il faut rencontrer la personne directement, je ne sais pas, je ne sais pas ... Après, y'a pas de retour sur la personne, si elle rentre chez elle, ce qu'elle devient, c'est un peu dommage. Savoir qu'on enferme, ça donne des scrupules.

Je fais entièrement confiance à la doctoresse qui suit le patient.

Dans des cas comme celui-ci, nous sommes appelés par la gendarmerie (cette personne était connue pour acte délictueux), cette personne a été arrêtée puis amenée au poste et était en état d'excitation, ça n'allait pas du tout, on a dû appeler un docteur d'une autre ville car ceux de la commune refusent de se déplacer et nous, on signe l'arrêté car c'est il y a un certificat médical et on ne prend pas le risque de contrer.

Environnement, équipe association autour de ces personnes pour ne pas faire de l'hospitalisation d'office. Si c'était évitable le psychiatre aurait indiqué une autre solution. 15 jours auparavant son psychiatre nous avait indiqué qu'il refusait son traitement.

La décision de placer cette personne sous hospitalisation d'office s'est fondée sur un avis médical ET un certificat médical circonstancié.

Nous ne savons pas plus, nous signons juste provisoirement sur l'avis d'un médecin, nous ne jugeons pas.

Ce questionnaire n'est pas adapté dans la mesure où la décision est médicale.

On ne peut pas prendre une décision grave pour une personne sans avoir un avis médical spécialisé.

Certaines questions ne correspondent pas aux compétences du maire : un gendarme et un médecin me disent il faut l'enfermer, moi je me fie à ce qu'ils disent. Je n'ai pas d'avis ni de compétence pour contredire le médecin.

L'après-midi ils ont réussi à le ramener à la gendarmerie. Moi j'étais de garde cette semaine-là et on m'a amené les documents mais je n'ai pas rencontré le patient directement. Le médecin a fait un certificat circonstancié qui demandait une hospitalisation d'office. Le certificat a été fait par un médecin généraliste car le psychiatre ne pouvait pas l'établir, vu qu'il allait le recevoir dans son service. Ensuite, le psychiatre l'a quand même rencontré à la gendarmerie et accepté dans son service : il a reconnu que quelque chose n'allait pas.

**Encart 3. Réponses extraites du corpus CORP\_H interrogeant la place de la procédure dans le fonctionnement des institutions (n=10).**

La procédure d'hospitalisation d'office qui nécessite l'avis d'un élu municipal ne répond plus à aucune nécessité dans notre société. Les élus n'ont plus aucune raison d'intervenir sur ces cas souvent difficiles à juger.

Si on considère que c'est un problème de police, tout dépend de l'état de la personne et du degré de danger pour lui-même ou les autres. L'internement je le vois comme une mesure de santé publique, de soin, sinon le dégrisement en cellule de police est suffisant.

L'hospitalisation d'office c'est un résidu de l'époque où c'était difficile d'accéder rapidement partout pour la police : l'élu représentait le pouvoir de police. Aujourd'hui, les forces de police peuvent arriver rapidement n'importe où, dans les plus petites communes rapidement, alors je ne suis pas convaincu que cette compétence des élus soit encore pertinente.

Les élus ont besoin d'aide car tout le monde est responsable de tout et de rien. Il y a des pressions à la fois administratives et familiales. Il me semble que cela devrait être une solution de dernier recours. Les élus ont besoin de formation et d'informations sur les placements en hospitalisation d'office, car c'est une décision grave dont nous ne connaissons pas tous les tenants et les aboutissants.

Il est parfois difficile de prendre ce genre de décision, cela donne l'impression d'être juge et partie.

La procédure c'est pour l'élu faire l'aveugle. Frustration pour l'élu et prise de responsabilité difficile.

Des responsabilités qui ne sont pas de notre ressort, c'est une petite commune. La prochaine fois, ça ne se reproduira pas, j'ai passé 4h un dimanche pour gérer ça. Les médecins ont la science infuse, qu'ils s'en occupent. L'hospitalisation d'office maintenant on cherche plus à comprendre, je ne suis pas d'accord pour prendre ces décisions, il y a des toubibs.

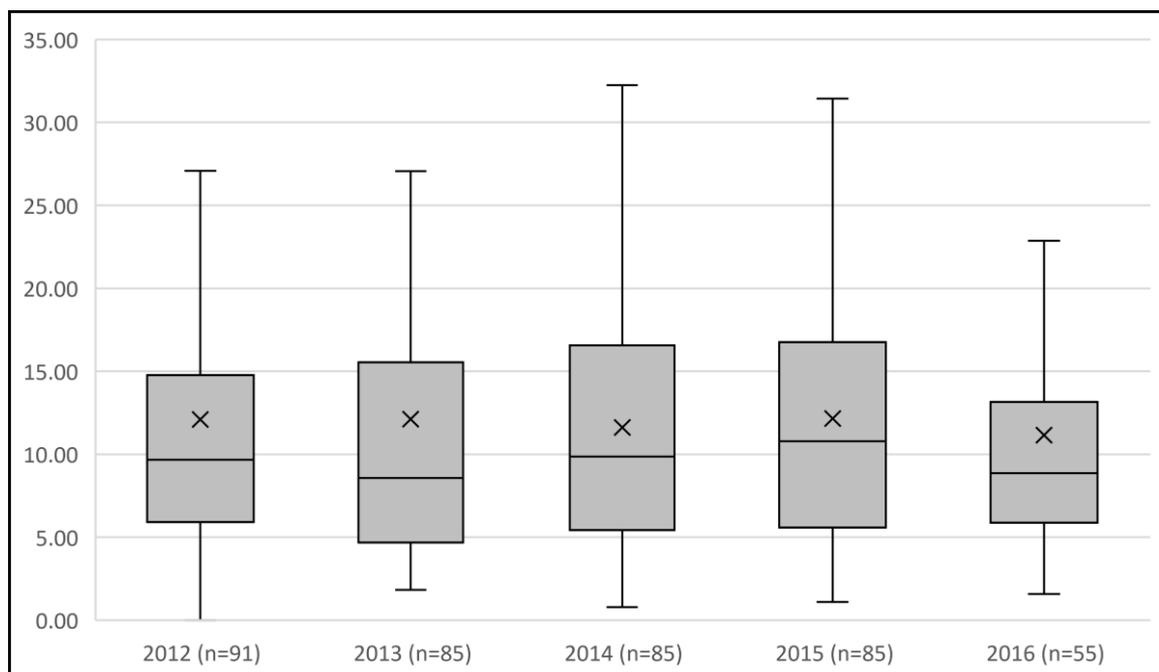
Je pense que c'était la meilleure solution pour éviter toute procédure pénale, je pense que le service psychiatrique était le plus adapté au vu de l'état mental de la personne. Je me dis que c'est toujours un peu arbitraire, je vérifie toujours qu'il y a des éléments qui vont dans le sens d'une hospitalisation d'office car je me dis qu'il doit être facile de mettre quelqu'un en hospitalisation d'office alors que pour en sortir ce n'est pas toujours évident.

L'hospitalisation d'office me paraît justifiée dans la mesure où il était alcoolisé, peu conciliant, ou alors il fallait que la gendarmerie le mette en cellule de dégrisement.

On est entre l'avis médical et la police. Conflit entre la liberté individuelle, l'ordre public et la santé. L'hospitalisation d'office est pour la personne dangereuse pour elle-même et pour les tiers. La nécessité d'avoir des médecins formés à établir des certificats, d'avoir de bons médecins. Quel élu prendra le risque de remettre quelqu'un en liberté qui a commis des violences du fait de sa maladie dans le contexte politique. Décision entre la liberté individuelle et l'intérêt général. Le juge de la détention et des libertés prend en compte la liberté individuelle alors que le juge administratif ou judiciaire prend plus en compte l'intérêt général. Réflexion sur transfert des compétences.

### II.3.2.3. Analyses des secteurs

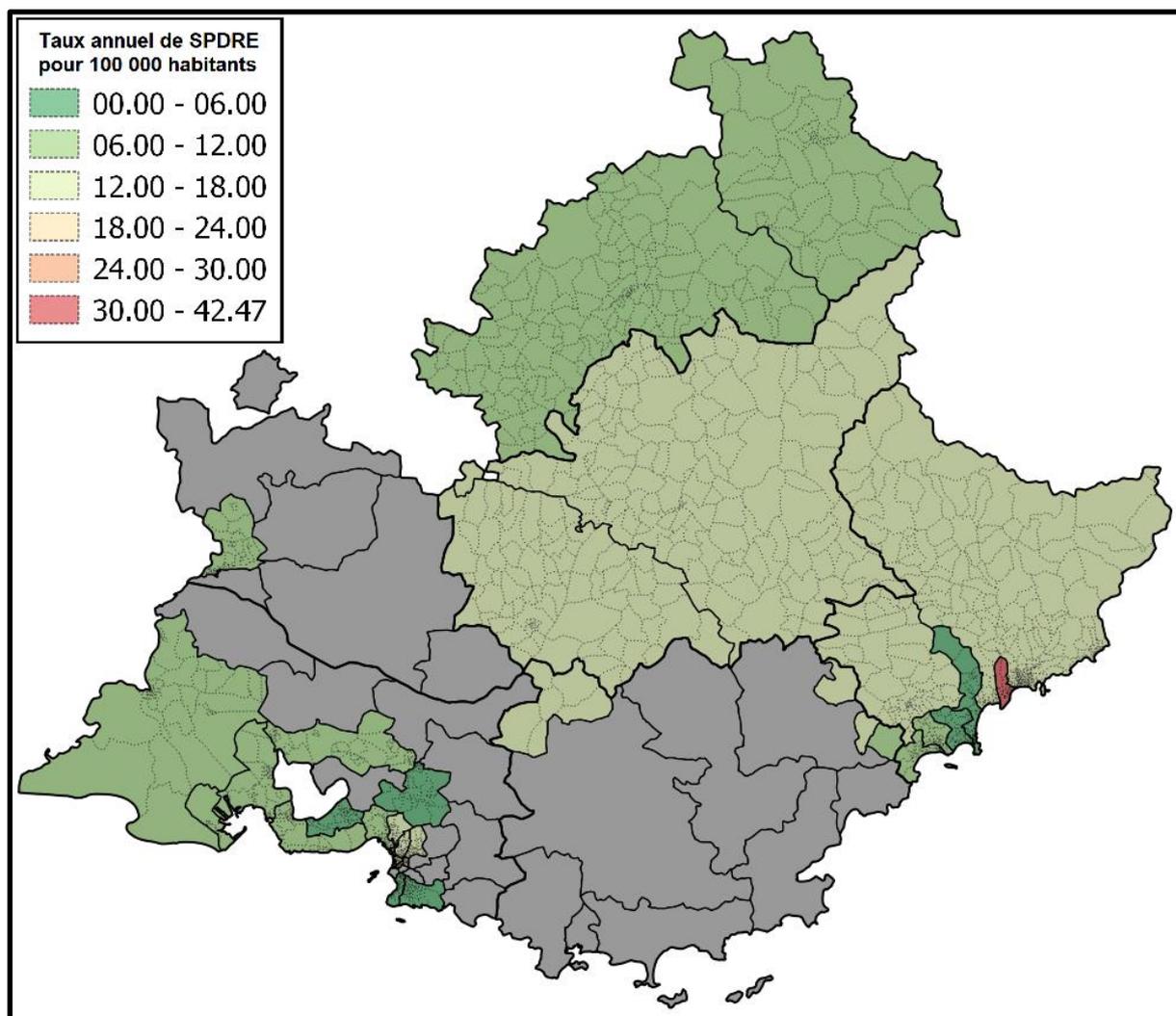
Les SPDRE ont été ramenées à l'activité de 128 secteurs de psychiatrie. Les secteurs de psychiatrie partageant une même organisation pour les mesures d'internement ont été rassemblés en 92 unités. Le taux médian de SPDRE par unité-année pour 100 000 habitants est de 9.2 (8.0, n=401) pour l'ensemble des mesures, 9.7 (8.9, n=91) pour l'année 2012, 8.6 (10.9, n=85) pour l'année 2013, 9.9 (11.1, n=85) pour l'année 2014, 10.8 (11.2, n=85) pour l'année 2015, et 8.9 (7.3, n=55) pour l'année 2016. On retrouve une hétérogénéité importante suivant les années (Figure 27), et les territoires (Figure 28, Figure 29, Figure 30, & Figure 31), avec 4 unités-année sans aucune mesure et des variations d'un facteur 77 entre l'unité-année avec le plus faible taux non nul de mesure et celui avec le plus fort (61.87 pour 100 000 habitants).



**Figure 27. Description du taux annuel de SPDRE pour 100 000 habitants des unités de psychiatrie pour les années 2012 à 2016 (n=401).**

Les unités sont décrites sur la base de deux caractéristiques territoriales : la superficie (médiane 6 646km<sup>2</sup> (67 733.5)), et la population (médiane 85 860.5 habitants (36 826.8)) desservies.

On n'observe pas de corrélation entre le taux de SPDRE et le nombre d'habitants ( $r_{(90)}=0.05145$ , *ns*), mais il est inversement corrélé à la superficie de l'unité ( $r_{(90)}=-0.3481$ ,  $p<.001$ ).



**Figure 28. Taux de SPDRE moyen par secteur participant, entre 2012 et 2016, région Provence-Alpes-Côte d'Azur.**

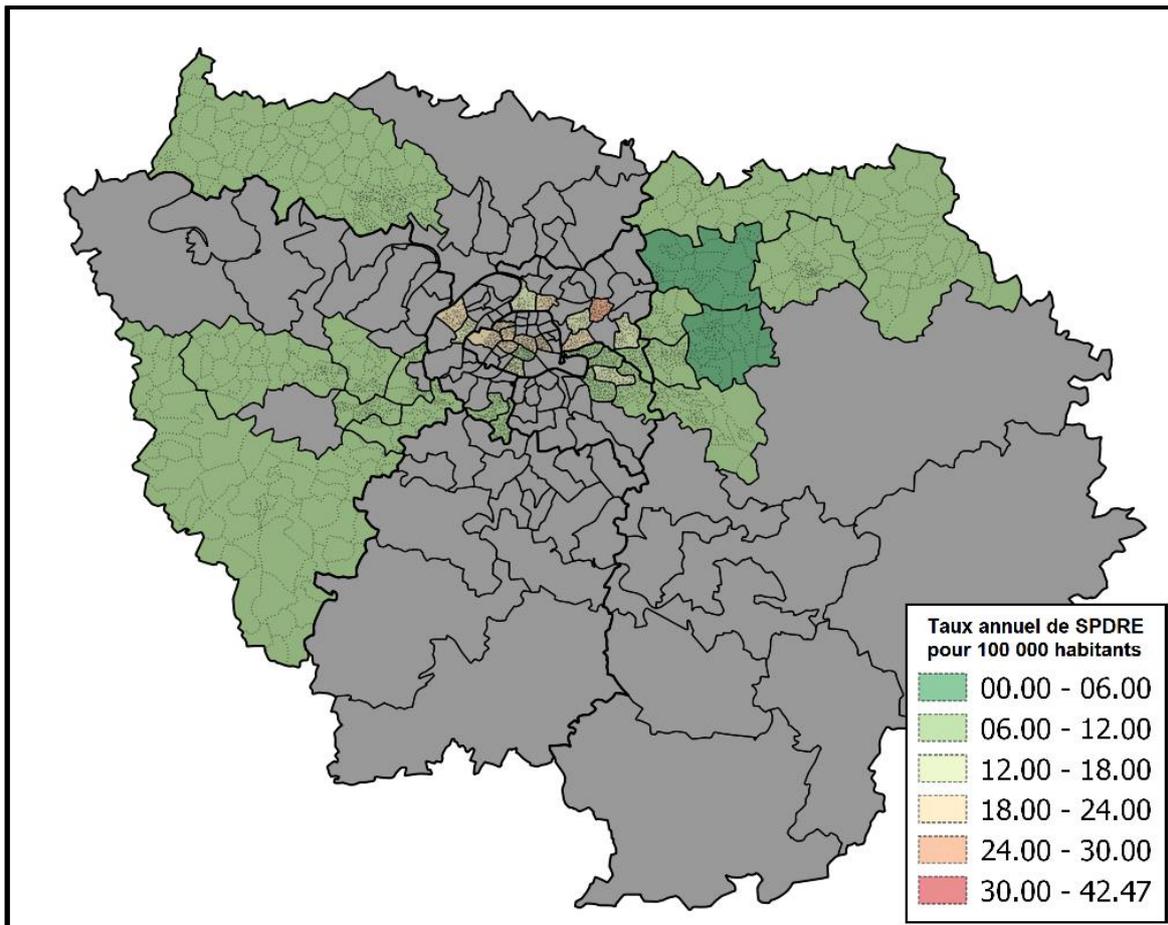


Figure 29. Taux de SPDRE moyen par secteur participant, entre 2012 et 2016, région Ile de France.

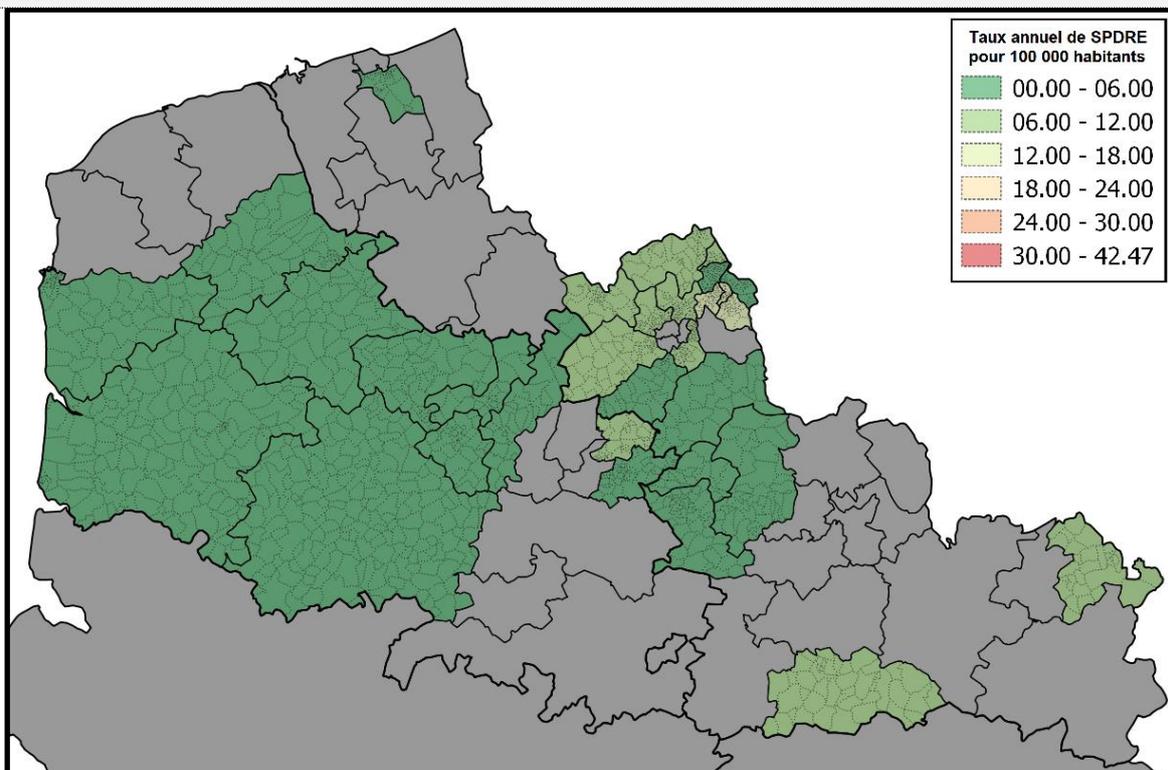
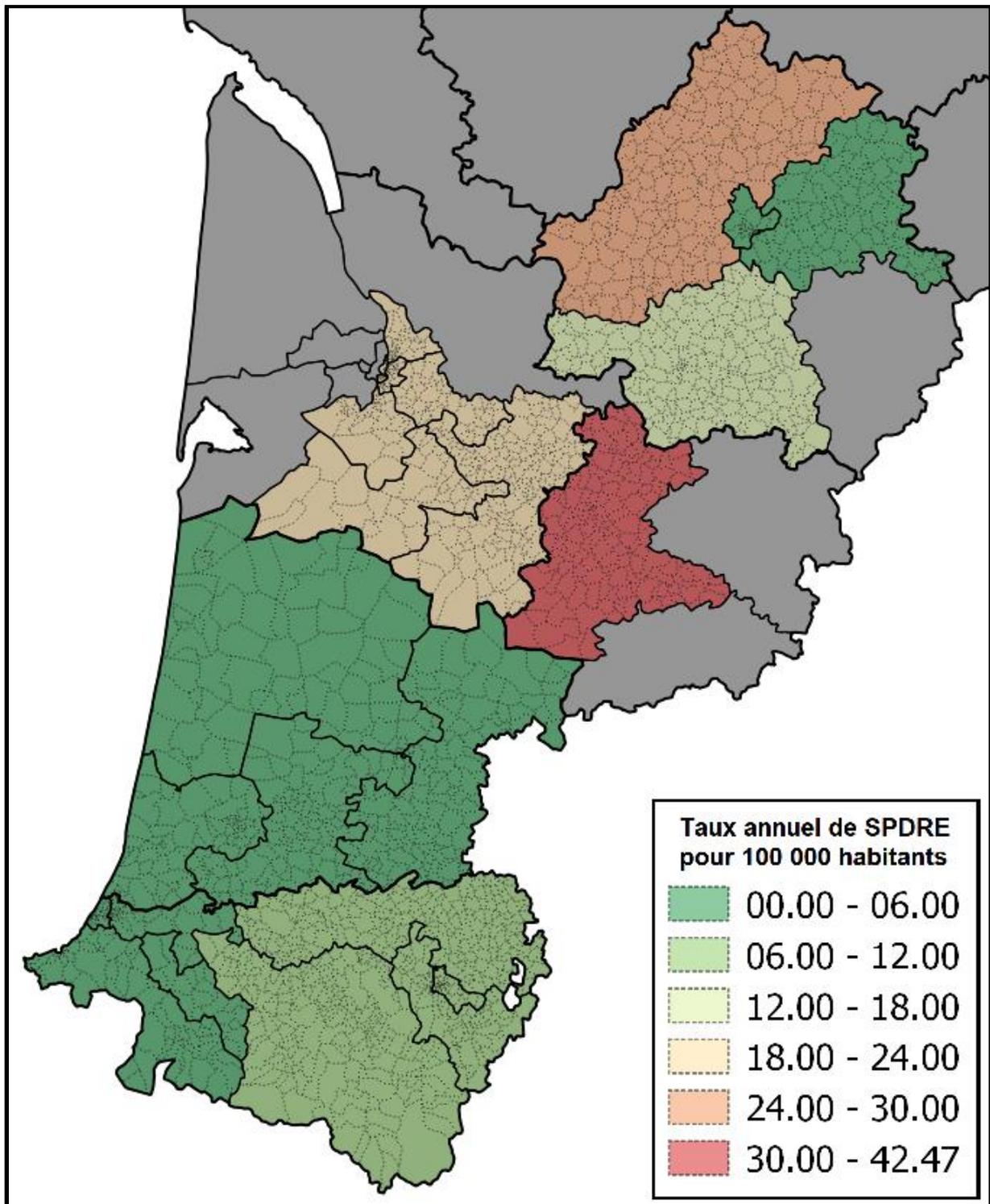


Figure 30. Taux de SPDRE moyen par secteur participant, entre 2012 et 2016, départements du Nord et du Pas-de-Calais.

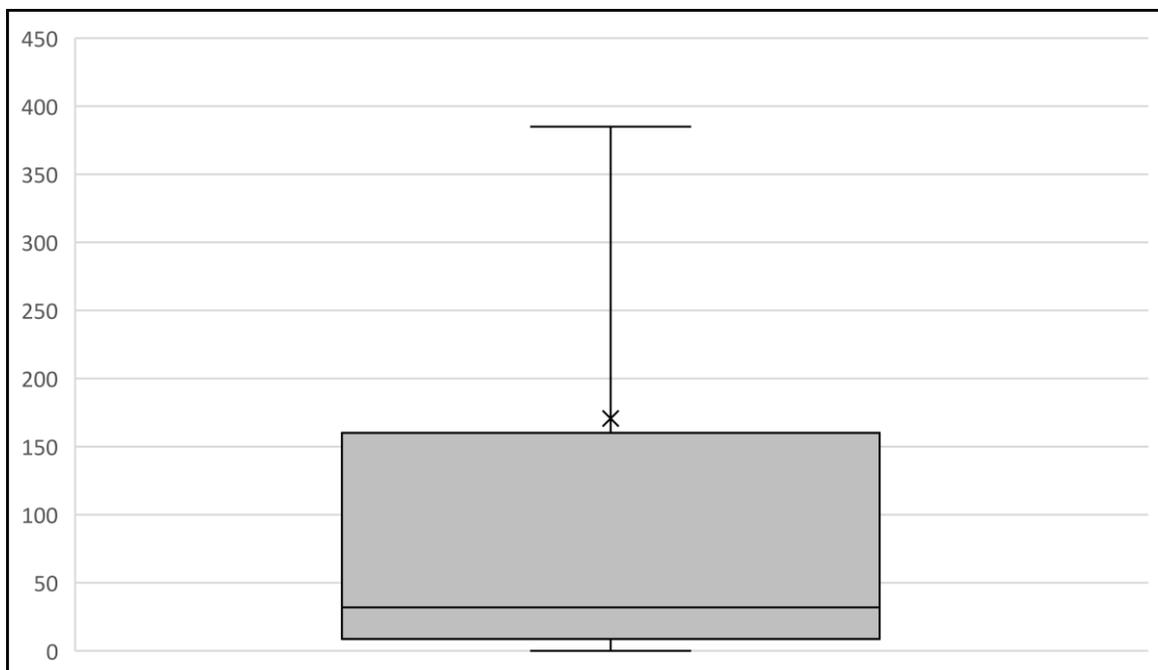


*Figure 31. Taux de SPDRE moyen par secteur participant, entre 2012 et 2016, départements de la Dordogne, de la Gironde, des Landes, du Lot-et-Garonne, et des Pyrénées-Atlantiques.*

### II.3.3. La levée de SPDRE

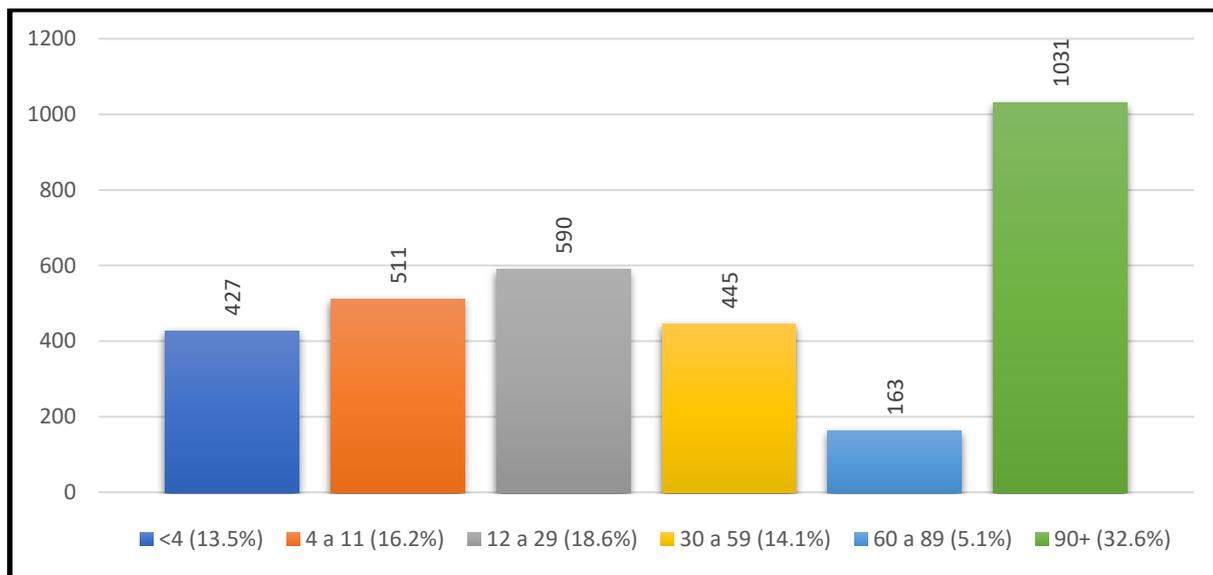
Dans l'échantillon précédemment décrit de 3506 SPDRE, on observe 194 (5.5%) transferts, 14 (0.4%) décès, et 1 (0.03%) fugue. Le devenir de 129 (3.7%) mesures est inconnu faute d'information dans le registre de la loi, et 355 (10.1%) mesures se poursuivent au moment de l'étude. Le délai moyen entre la décision des SPDRE qui se poursuivent et la date de relevé des informations est de 795.2 (430.44) jours avec un minimum de 132 jours.

La suite des analyses n'a pas tenu compte des transferts, décès, fugue, et devenirs inconnus, et a donc porté sur 3167 (90.3%) SPDRE. La durée médiane des SPDRE est de 32 (151) jours, avec une variation importante entre les mesures (Figure 32). Plus d'un tiers des mesures (37.5%) dépasse la durée minimale de détention de 2 mois.



**Figure 32. Description de la durée des SPDRE (n=3167).**

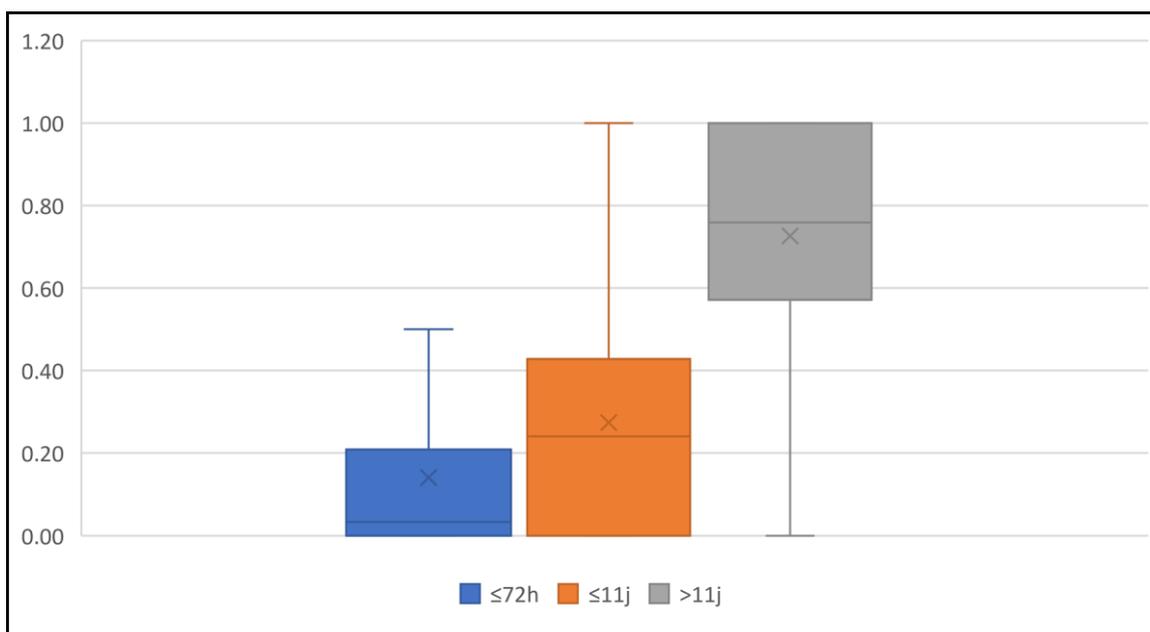
Le Figure 33 présente les durées de mesures catégorisées conformément aux nécessités de rédaction des certificats médicaux.



**Figure 33. SPDRE levées à chaque échéance des certificats médicaux (n=3167).**

Ainsi, 427 (13.5%) personnes internées voient leur mesure levée à la fin de la période d'observation, et un minimum de 938 (29.6%) personnes internées n'ont pas été contrôlées par le JLD.

À l'échelle des services de gendarmerie et de police nationales, les SPDRE levées à la fin de la période d'observation représentent 03% (0.21), et celles levées préalablement à l'intervention du JLD 24% (0.43) des SPDRE (Figure 34).

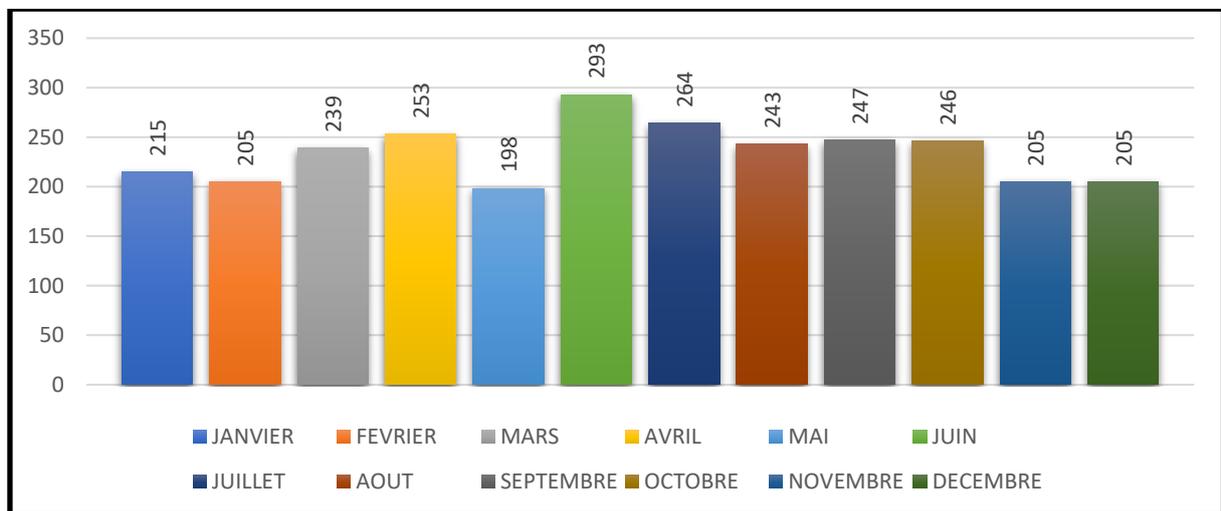


**Figure 34. Description de la part des SPDRE de moins de 72h, moins de 11 jours et plus de 11 jours dans les services de gendarmerie et de police nationales (n=2131).**

On observe une corrélation entre les services et les dates de levée à la fin de la période d'observation ( $\chi^2_{(1)}=14.3, p<0.001$ ), et préalablement à l'intervention du JLD ( $\chi^2_{(1)}=15.4, p<0.001$ ). Les levées sont plus importantes dans les territoires des services de gendarmerie nationale. De plus, on observe également une corrélation entre l'arrêt initial et les SPDRE levées à la fin de la période d'observation ( $\chi^2_{(1)}=59.5, p<0.001$ ), et préalablement à l'intervention du JLD ( $\chi^2_{(1)}=59, p<0.001$ ), qui sont associés à une mesure arrêtée par un maire.

On n'observe pas de corrélation entre le sexe administratif de la personne internée et les SPDRE levées à la fin de la période d'observation ( $\chi^2_{(1)}=0.22, ns$ ), ou les SPDRE levées préalablement à l'intervention du JLD ( $\chi^2_{(1)}=0.007, ns$ ).

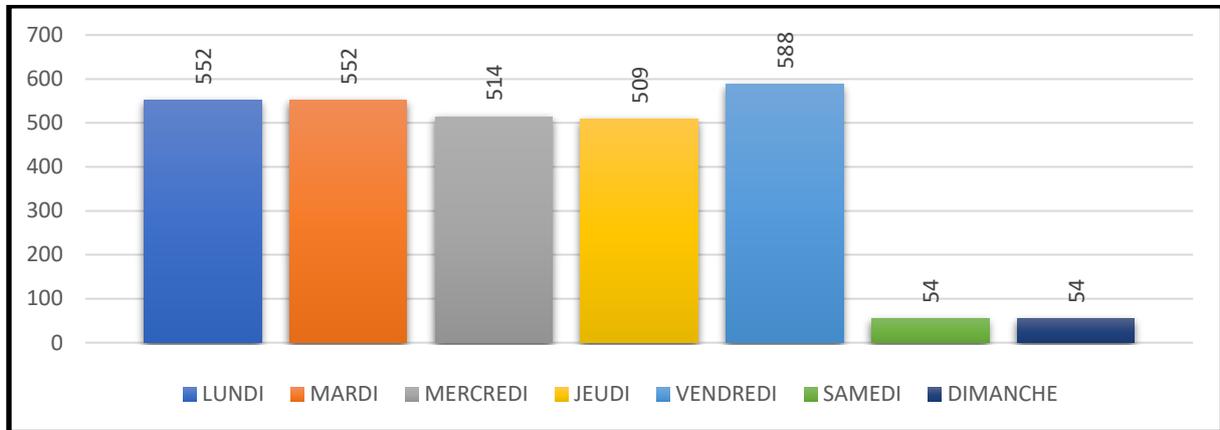
La levée de SPDRE dépend du mois et pique au mois de juin ( $\chi^2_{(11)}=39.84, p<0.001$ , Figure 35). On n'observe pas de lien entre le mois de la levée de SPDRE et le sexe administratif ( $\chi^2_{(11)}=13.59, ns$ ).



**Figure 35. Levée de SPDRE par mois de l'année (n=3167).**

On observe une corrélation entre les mois de levée de SPDRE et les mois de décision de SPDRE ( $r_{(10)}=0.9085, p<.0001$ ).

La levée de SPDRE dépend du jour de la semaine et plonge les samedis et dimanches ( $\chi^2_{(6)}=878.07$ ,  $p<0.001$ , Figure 36). On n'observe pas de lien entre le jour de la levée de SPDRE et le sexe administratif ( $\chi^2_{(6)}=5.68$ , *ns*).



**Figure 36. Levée de SPDRE par jour de la semaine (n=3167).**

On ne retrouve pas de corrélation entre les jours de levée de SPDRE et les jours de décision de SPDRE ( $r_{(5)}=0.7207$ , *ns*).

## II.4. Discussion

“They use force, to make you do, what the deciders, have decided you must do.”\*

*Eldridge Cleaver, Soul on ice, 1968*

\* Ils utilisent la force, pour vous faire faire, ce que les décideurs, ont décidé que vous deviez faire.

## II.4.1. Dangérosité et insécúrité

L'objectif de cette étude était d'explorer l'applicabilité pratique de la CRPD de l'ONU, notamment les articles perçus comme problématiques dans la littérature scientifique, à savoir l'article 12, sur la capacité juridique, et l'article 14, sur l'interdiction de la privation de liberté discriminatoire ou arbitraire [89,91,95]. Une des oppositions à la mise en pratique de ces articles repose sur la question du sort réservé à un faible nombre de personnes étiquetés avec une maladie mentale et une dangérosité qui en serait l'expression [101]. Cette dangérosité suivrait ainsi une loi épidémiologique et serait, de fait, insensible aux variations criminologiques extérieures [120]. En France, la gestion de cette "dangérosité psychiatrique" serait assurée par les mesures de SPDRE.

À l'inverse des hypothèses de la loi épidémiologique, notre étude montre qu'il existe des variations du taux de SPDRE liées aux variations de taux de criminalité. Ce résultat vaut pour l'ensemble des crimes et délits enregistrés par les forces de gendarmerie et de police nationales, et pour les indicateurs spécifiques construits sur la base des normes internationales de l'ICCS. Il contredit la loi épidémiologique et vient interroger le lien entre SPDRE et "dangérosité psychiatrique".

L'âge et la répartition des sexes administratifs au sein de la population des personnes internées en SPDRE se rapproche en effet davantage des caractéristiques des auteurs de crimes et délits [129] que de celles des personnes étiquetées avec une maladie mentale [130], et en désaccord avec les éléments sous-tendant la loi épidémiologique, les taux de SPDRE sont davantage liés à la criminalité visant des biens (sections 04 et 05 de l'ICCS) qu'à la criminalité visant des personnes (sections 01 et 02 de l'ICCS). Pour autant, les motifs étudiés des mesures d'internement ne font

pas état de situations de vols, mais davantage de conflits interpersonnels. De plus, les mesures de moins de trois jours, correspondant à la période légale d'observation sans poursuite de l'internement, sont davantage présentes dans les zones d'intervention de la gendarmerie nationale, là où le lien entre SPDRE et criminalité est le plus faible. Si la possibilité d'emploi de la mesure de SPDRE pour enfermer illégalement une personne est une possibilité certaine, elle ne semble pas pour autant dicter le fonctionnement de l'ensemble des mesures.

Le lien entre SPDRE et criminalité semble, de fait, davantage s'inscrire dans un climat d'insécurité à prédominance urbaine. Si le lien entre dangerosité et maladie mentale reste hypothétique, ce n'est pas le cas de celui reliant insécurité et problèmes de santé mentale, comme cause [131,132] et conséquence [133]. Il semblerait donc en cohérence avec les données de la science de concevoir le lien entre internement et criminalité comme celui d'une situation d'insécurité plutôt que de dangerosité. Ainsi, ce ne serait pas la personne étiquetée malade mentale qui porterait en elle le danger, mais elle viendrait révéler une perception de danger liée à l'environnement. Cette conception est d'ailleurs plus en adéquation avec les modèles psychosociaux tels qu'ils devraient être utilisés en santé mentale [134].

Aussi, cette étude amène à considérer le lien entre la dangerosité psychiatrique supposée et la criminalité non pas comme une conséquence directe, mais comme l'expression d'un climat social congruent. Interroger l'applicabilité des articles 12 et 14 de la CRPD reviendrait donc à interroger la place des systèmes de soins dans l'ensemble des systèmes contribuant à la santé mentale. Dans ce contexte, la CRPD apparaît non seulement applicable, mais également en adéquation avec l'éthique médicale. Les personnes actuellement concernées par l'internement ne devraient pas

payer de leur liberté, de leur sécurité, et de leur santé, un climat social qui leur est extérieur.

## II.4.2. Aspects arbitraire et institutionnel

Cet impact du climat social immédiat est largement mis en avant par les résultats de notre étude. En effet, le premier facteur discriminant le lien entre internement et criminalité n'est pas sanitaire mais organisationnel, à savoir la nature du service à rôle de police en charge du territoire. Les liens entre criminalité et internement prédominent en effet dans les territoires desservis par la police nationale. Pour autant, les territoires de la gendarmerie nationale sont également associés à des durées plus courtes de mesures prises davantage dans l'urgence. Aussi, en cohérence avec les données existantes nationales [111–113] et européennes [135], explorer le lien entre criminalité et internement, amène davantage à explorer l'organisation territoriale.

Une des difficultés auxquelles cette étude a dû faire face est celle de la complexité de l'organisation territoriale. Bien que réintroduits officiellement dans la loi du 26 janvier 2016, les secteurs de psychiatrie diffèrent par leur fonctionnement entre établissements et au sein d'un même établissement, ce qui a grandement limité les possibilités d'analyses, et notamment de réplique des résultats passés. De plus, bien que la loi française les amène à collaborer dans le cas des mesures de SPDRE, les organisations territoriales des services de gendarmerie et de police nationales, des élus locaux, et de la psychiatrie apparaissent indépendantes, si bien que, dans notre étude, un service à rôle de police est amené à interagir avec jusqu'à quatorze secteurs de psychiatrie (Tableau III) ou cent quatre-vingt-dix-neuf communes. Développés pour remédier à ces difficultés d'échelle, notre étude n'a pas pu prendre en compte dans

son analyse l'impact des Conseils Locaux de Santé Mentale du fait d'une implantation éparse sur le territoire couvert. « Plateforme de concertation et de coordination d'un territoire défini par ses acteurs, présidée par un élu local, co-animée par la psychiatrie publique, intégrant les usagers et les aidants » [136], cette instance est mise en avant comme exemple international de bonne pratique [137]. La présence de Conseils Locaux de Santé Mentale a déjà été associée à un plus fort taux d'internement [111], et, compte tenu des difficultés rencontrées dans cette étude, leur impact mériterait d'être étudié davantage.

À l'échelle des services de gendarmerie et de police nationales, comme à celle des secteurs de psychiatrie, les zones les plus restreintes entraînent un plus fort taux de SPDRE. Ces résultats viennent confirmer ceux de la littérature scientifique, notamment ceux de la précédente étude sur l'internement d'office [113]. Ces variations mettent en avant le rôle important de l'urbanité du territoire étudié, ce qui correspond à un phénomène également décrit pour l'ensemble des mesures d'internement, incluant celles pour cause de "santé" [111–113]. Aussi, si la dangerosité suit la loi épidémiologique, notre étude montre que l'internement en SPDRE semble suivre l'organisation territoriale et urbaine.

L'analyse du calendrier des mesures fait également apparaître l'aspect institutionnel de l'internement. Des mesures définies comme relevant de l'exception (Art. L. 3211-2 du CSP), pouvant être prises dans l'urgence (Art. L. 3213-2 du CSP), face à un danger imminent (Art. L. 3213-2 du CSP) ou une compromission de la sûreté des personnes ou un trouble grave à l'ordre public (Art. L. 3213-1 du CSP), apparaissent étonnamment rythmées par les horaires de permanence administratives et les vacances annuelles d'été et d'hiver, ce qui va en opposition avec ce qui est décrit de la temporalité des crimes et délits qui apparaissent maximaux quand les mesures de

SPDRE sont au plus bas [138]. Ceci vaut d'autant plus que les périodes de pic de décisions de SPDRE sont corrélés aux périodes de pic de levée, sans préjugé de la durée de la mesure, ce qui semble davantage mettre en lumière les moments d'activités des institutions. D'ailleurs, bien que les mesures d'internement doivent être les plus courtes possibles, les levées ont principalement lieu en semaine. Ces éléments mettent en avant un aspect institutionnel ancré qui vient questionner sa capacité à justifier des mesures qualifiées par le Conseil des Droits de l'Homme de l'ONU comme « une forme de mauvais traitements, voire de torture » [18].

Cet aspect institutionnel de l'internement vient également questionner le nombre important de personnes sans domicile fixe internées, d'autant plus de sexe administratif masculin et arrêtés par le préfet. On retrouve également une prédominance d'arrêtés municipaux ruraux pris dans l'urgence pour des personnes âgées, d'autant plus de sexe administratif féminin. Ces éléments amènent à envisager l'emploi de la mesure comme solution se substituant aux réponses systémiques adaptées, comme le développement de ressources communautaires [139], ou l'implantation d'initiatives d'accès au droit commun pour public spécifique précarisé (parmi lesquelles on peut citer l'exemple du programme Un-Chez-Soi-D'abord, mis en avant lors des derniers échanges de l'ONU sur l'application de la CRPD [26] et ayant fait preuve de son efficacité clinique et de son efficience médico-économique [140]).

Plusieurs réponses des élus locaux et des personnes internées laissent également entendre que les mesures de SPDRE serviraient de variables d'ajustement aux limites de l'organisation territoriale. Ce possible détournement de la législation, amenant l'internement à déplacer hors de vue des situations complexes, seraient en contradiction avec l'interdiction de la privation illégale de liberté de l'article 14 de la CRPD. Ces difficultés ont été pourtant identifiées à l'échelle internationale, amenant

un récent rapport de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) à proposer que les politiques de santé soient directement gérées par le chef d'État [141]. Enfin, si la loi française est en théorie contraire à la CRPD en permettant la privation de liberté sur la base du handicap, dans la pratique les variations importantes des mesures, non justifiables par une loi épidémiologique, éclairent une autre contradiction avec l'article 14 de la CRPD, à savoir l'interdiction de la privation arbitraire de liberté. Si cet arbitraire n'est pas voulu, il semble produit par la possibilité de privation de liberté sur la base du handicap et l'imprécision des outils diagnostics disponibles qui amèneraient à un nombre important de faux positifs.

### **II.4.3. Réduction des risques en santé**

Notre analyse met en évidence un paradoxe des mesures de SPDRE, à savoir que celles dont les motifs apparaissent justifiés aux yeux des personnes internées sont également celles dans lesquelles elles consentent à leur internement. La mesure de SPDRE est un exemple rare à l'échelle internationale et une spécificité française [110,115], en ce qu'elle permet d'étudier l'impact d'un internement dans lequel ni la capacité à consentir ni le désir de la personne ne sont interrogés et dans lequel, sur le motif de la dangerosité psychiatrique, les personnes sont privées de capacité. Ainsi – puisque la majorité des mesures se fait dans l'urgence sur un simple avis médical, et que même un certificat médical n'est pas infaillible – il est possible qu'une personne soit internée à tort et, pour lever l'internement, il est alors nécessaire que son état de santé soit jugé adapté aux psychiatres en charge, ce qui représente une violation du droit au consentement (Art. L. 1111-4 du CSP) et « constitue une violation du droit à la liberté et à la sécurité de la personne, puisque ces mesures imposent un traitement sous la menace de la détention en cas de refus » [18]. D'un autre côté, si cette

personne n'est pas internée à tort et est effectivement dangereuse au point d'avoir commis un acte délictueux, alors l'internement sera levé par la mise en détention. Parce qu'il n'admet pas de régulation de l'erreur, le système de santé mentale français fonctionne sur le modèle d'un système d'oppression [104,142].

Le JLD est le juge censé apporter un contrôle extérieur des mesures d'internement [118]. Notre analyse montre qu'au moins une personne sur trois y échappe. Ceci est sans compter les personnes dont l'internement prend la forme de mesures de contrainte ambulatoires qui ne sont plus sous le contrôle systématique d'un juge, si bien qu'il a été documenté que ces mesures sont utilisées pour maintenir en hospitalisation complète des personnes afin d'éviter l'intervention du JLD [143]. Le délai d'intervention du JLD a été pensé afin de permettre que l'état de santé de la personne soit compatible avec une audience [144]. Pour autant, ce système n'est pas en mesure de répondre aux personnes internées à tort, ou uniquement sur des temps courts dont l'usage est pourtant en lien avec les services à rôle de police. La protection des personnes internées face à un possible détournement de la loi ne semble pas être un problème que le système actuel est en capacité de gérer. Ceci est particulièrement préoccupant étant donné que notre étude met en évidence une majorité de personnes internées dont le motif d'internement est en lien avec le ressenti de non-justification, interrogation à laquelle le système en place devrait être en capacité de répondre.

Cette interrogation s'inscrit dans une logique de réduction des risques en santé. En effet, il a été établi que la santé comporte des risques et donc que le contact avec le système de santé doit être limité aux situations où les bénéfices attendus les surpassent [54]. De même, il a été établi que le vécu de privation de liberté est une barrière majeure à l'accès aux soins [119], ce d'autant plus que les personnes touchées par les mesures d'internement semblent partager d'autres déterminants

documentés de santé à risque [145]. Enfin, les systèmes d'hospitalisation, et à plus forte raison d'internement, psychiatriques présentent des limites connues quant à leur capacité à reconnaître des personnes faux positifs [1]. Il apparaît donc comme central, dans le cas d'une réforme, que le système mis en place soit en capacité de répondre à ces faux positifs qui sont liés pour partie à l'imprécision des outils de dépistage et à l'épidémiologie hypothétisée faible.

Les résultats mettent en évidence que les mesures de SPDRE admettent des durées extrêmement variables. D'autres études réalisées sur l'internement étendent cette variabilité au contenu des soins forcés administrés [146]. Près d'un tiers des mesures dépasse deux mois, durée minimale d'emprisonnement prévue par la loi française et applicable aux auteurs de délits (Art. 131-4 du Code Pénal). Cette mise en perspective est d'autant plus nécessaire que nous avons établi que ce système d'internement ne se substitue pas au système judiciaire et que donc les personnes privées de liberté en hôpital psychiatrique sur lesquelles portent notre analyse sont innocentes aux yeux de la loi. Ceci a lieu dans un contexte où il a été mis en évidence par le CGLPL des situations d'atteintes majeures aux droits de l'Homme [3] et de détenus préférant refuser les soins face aux conditions de traitement dans les services de psychiatries [3]. Cette variabilité importante de la durée des SPDRE interroge d'autant plus que nous avons établi précédemment la variabilité importante des décisions suivant le paysage territorial et organisationnel.

Bien que des biais systémiques, notamment sexistes et ethniques [106], aient été mis en évidence dans les systèmes de santé européens, aucun n'est apparu dans notre analyse de la prise de décision par les élus locaux. La monopolisation des commentaires libres du questionnaire par la question de la décision d'internement évoque les nombreuses interrogations des élus. Ceux-ci semblent de principe se

limiter à un rôle administratif en soutien de l'opinion médicale. Cette dernière repose sur des éléments fournis par les forces de l'ordre, si bien que la mission du médecin est alors de médicaliser une situation relevant davantage de la vie de tous les jours [147].

Une des forces de cette étude est la fiabilité des données relatives aux mesures de SPDRE qui permet une évaluation précise de leurs durées, contrairement aux données des systèmes d'informations administratifs dont la qualité de remplissage est incertaine, limitant les analyses à des échelles supra-organisationnelles [110]. Une autre force de la méthodologie employée est de ne pas recourir aux diagnostics psychiatriques comme critère explicatif ou d'ajustement visant à expliquer le réel, étant admis leur faible reproductibilité [148].

Un nombre important de mesures est levé à l'issue de la période d'observation de trois jours. Cependant, le taux de maintien de mesures, et donc d'accords entre psychiatres, est largement supérieur à la fiabilité des principaux diagnostics psychiatriques, en suivant le *Diagnosis and Statistical Manual of Mental Disorders 5th edition*<sup>32</sup> (DSM-5) [148] (par exemple, un kappa de Cohen intra-classe de 0.28 pour l'épisode dépressif majeur, 0.46 pour la schizophrénie, ou 0.21 pour le trouble de personnalité antisociale [149]), ou la *International Classification of Diseases*<sup>33</sup> (ICD) [150]. S'il est difficile d'obtenir l'accord de psychiatres sur un diagnostic, nos résultats montrent qu'il semble plus facile de l'obtenir sur le statut de "malade mental", voire "malade mental dangereux". Cette étude montre par le faible taux de levées de mesures que les considérations des psychiatres dépassent celle de l'état clinique qui est pourtant censé régner [116]. Soit les procédures cliniques employées par les psychiatres souffrent de

---

<sup>32</sup> [Traduction] Manuel Diagnostique et Statistique des troubles mentaux 5e édition.

<sup>33</sup> [Traduction] Classification Internationale des Maladies.

nombreux biais, soit ils empiètent sur le rôle du juge, gardien de la liberté individuelle (Art. 66 de la Constitution française de 1958). Une situation similaire avait amené à proposer la création d'un *psychiatric protection order*<sup>34</sup> sur le modèle des mesures d'éloignement pour protéger les *battered mental patient*<sup>35</sup> des psychiatres [151].

## – CONCLUSION –

Notre étude met en évidence que l'applicabilité pratique de l'article 12 de la CRPD de l'ONU passe par la réduction des situations de décision substitutive. Le système français actuel admet un nombre important de substitutions qui sont généralement motivées par une atteinte aux facultés ou à la capacité à consentir. Pour autant, l'exemple récent de la réforme péruvienne montre qu'il est possible de construire un système social qui fonctionne autour de l'accompagnement et de l'aide à la décision [152]. Les prises de décision anticipées semblent des exemples vers lesquels tendre en santé mentale [119]. L'exemple français des SPDRE présente un cas unique permettant d'étudier la substitution de la décision en indépendance de la capacité à consentir et pour cela devrait être étudié davantage.

L'étude met en évidence trois atteintes distinctes à l'article 14 de la CRPD de l'ONU : les privations arbitraire, illégale, et discriminatoire de liberté. Ces atteintes semblent sous-tendues par deux mécanismes distincts. L'illégalité est rendue possible par la facilité de mise en place des mesures et l'incapacité du système à réguler ses propres erreurs. Il apparaît que ceci a été anticipé comme nécessaire puisqu'une réponse à l'urgence. D'autre part il a été établi que les mesures d'internement n'étaient pas en capacité de distinguer correctement les faux positifs [1]. La proposition du *Hearing Voices Network* de limiter la privation de liberté à 72 heures semble une réponse

---

<sup>34</sup> [Traduction] Ordonnance de protection psychiatrique.

<sup>35</sup> [Traduction] Malades mentaux maltraités.

cohérente à ces deux impératifs [93] et est déjà en application dans certains pays comme l'Islande [153].

L'usage arbitraire de l'internement est rendu possible par sa justification discriminatoire. En déclarant la maladie mentale comme motif suffisant de privation de liberté, la pratique se retrouve confrontée à l'imprécision des outils d'évaluation qui lui sont liés [148,149]. Il convient de rappeler que l'existence d'une *disability* [154] ou l'étiquette de maladie mentale ne peuvent constituer des motifs de privation de liberté sans créer une hiérarchisation sous-tendant un système d'oppression [104]. S'il existe une situation où une privation de liberté s'avère nécessaire, des conceptions alternatives en conformité avec la CRPD ont été développées [89]. Le concept de maladie mentale restant une hypothèse de recherche régulièrement remise en cause [155], il semblerait préférable que, quand cela est absolument nécessaire, la loi se base sur un concept davantage éprouvé et consensuel, tel que la *psychosocial disability* de l'ONU [156].

L'exemple français de la SPDRE permet de mettre en évidence que les difficultés de mises en pratique de la CRPD ne peuvent justifier le maintien du *statu quo*. De plus, la crainte d'une majoration de la stigmatisation liée à l'application de la CRPD ne semble pas prendre en compte les pratiques institutionnelles discriminatoires actuellement à l'œuvre et il semble nécessaire que les professionnels travaillent en collaboration des (ex-)usagers et survivants de la psychiatrie avant d'en évaluer le bénéfice / risque. Dans le cas français des SPDRE, il semble difficile d'argumenter contre une réforme de fond de mesures contraires aux droits de l'Homme dont la filiation idéologique remonte en 1838, précédant de dix ans l'abolition de l'esclavage.

# III. Discussion sur la réduction de l'enfermement psychiatrique – une mise en perspective cybernétique

“Let us begin at the beginning. We relate to others in two opposite ways: by cooperation and by coercion. Some psychiatric relations are consensual, some are coercive. Contractual psychiatry, based on cooperation, is like mutually desired love-making. Coercive psychiatry, based on force, is like rape.”\*

*Thomas S. Szasz, 1987/1997, 2004*

\* Commençons par le commencement. Nous avons des relations avec les autres de deux façons opposées : par la coopération et la contrainte. Certaines relations psychiatriques sont consensuelles, d'autres sont coercitives. La psychiatrie contractuelle, basée sur la coopération, est comme une relation sexuelle mutuellement désirée. La psychiatrie coercitive, basée sur la force, est comme le viol.

## III.1. La médecine comme mécanisme de régulation

Nous avons situé le questionnement sur l'enfermement psychiatrique et la liberté des personnes entre les notions de santé et de dangerosité. Il ressort de notre analyse de la littérature scientifique médicale que cette question est abordée de manière différente suivant l'organisation des services, notamment opposant services hospitaliers et communautaires. Notre analyse fait état de disparités très importantes entre les territoires et cette non-équité de traitement fait apparaître l'atteinte à la liberté individuelle par le système de soins arbitraire, appelant à une transformation des pratiques.

Ces éléments sont concordants avec les observations et débats contemporains, notamment ceux du professeur A. Buzyn, Ministre des Solidarités de la Santé, qui rappelait récemment qu'« un des problèmes de la psychiatrie française est quand même la multiplicité des écoles, le fait que les prises en charge sont assez peu harmonisées sur l'ensemble du territoire » [157]. De plus, remarquant que « les préoccupations sécuritaires se sont substituées à l'objectif de réinsertion » [158], lors de la présentation de son rapport le 26 mars 2019, la CGLPL souligne que la situation française « est toujours dans l'attente d'une loi ou du moins d'un plan ambitieux pour faire face à la gravité de la situation » [158], notamment ce que le professeur A. Buzyn qualifie de services ayant « des pratiques du XIXe siècle » [157]. Outre ses recommandations en urgence face aux abus constatés dans ses visites (Annexes 6.1, 6.2, & 6.3), la CGLPL s'inquiète de la situation de la France qui est « progressivement devenue l'un des pays européens qui enferme le plus » [158].

La dernière étude comparative entre pays, notamment européens, sur l'emploi des mesures d'internement datait de 2002 et précédait donc les réformes législatives et la crise actuelle [135]. Ces éléments sont maintenant actualisés par de nouvelles données publiées dans le *Lancet Psychiatry* d'avril 2019 portant sur 23 pays et dans lesquelles la France apparaît comme un des pays avec le plus haut taux d'internement avec de surcroît une des plus grandes croissances annuelles [159]. Les éléments de notre étude semblent donc concorder avec les observations des acteurs nationaux et les données de la littérature scientifique.



Le 28 juin 2018, le Gouvernement français a dévoilé sa feuille de route santé mentale et psychiatrie [160], dans laquelle la question de l'enfermement n'est abordée qu'à l'action 22 sur 37. De plus, les objectifs fixés de « **mettre en œuvre le plan d'actions visant la réduction du recours aux soins sans consentement**, et en particulier la réduction du recours aux mesures d'isolement et de contention dans les établissements<sup>36</sup> » [158] semblent modestes en regard des engagements de la CRPD [18,36] :

Il est inacceptable de ne pas remettre en cause le statu quo afin de s'attaquer aux violations des droits de l'homme dans les systèmes de santé mentale. Alors que la santé mentale devient une priorité politique, il est capital d'apprécier, dès à présent, l'incapacité à planifier une meilleure voie à suivre, pour parvenir à un consensus concernant la manière d'investir au mieux [36].

On trouve une discordance entre les textes des droits humains de l'ONU, auxquels la France s'est engagée à se mettre en conformité suite à la ratification de la CRPD en 2010, et les actions et politiques nationales. À titre d'illustration, le Conseil des droits de l'homme de l'ONU qualifie les pratiques de contention et d'isolement, prolongations

---

<sup>36</sup> Les passages en gras sont repris depuis le texte original.

de la restriction d'aller et venir permise par les mesures d'internement, de « violation du droit au consentement libre et éclairé, mais aussi une forme de mauvais traitements, voire de torture » [18]. Cette lecture semble différer de celle du professeur F. Bellivier, récemment nommé délégué ministériel à la psychiatrie, qui considère que « c'est un sujet sensible. La contention ou l'isolement, c'est du soin, cela répond à des pratiques et situations spécifiques. Mais il y a des dérives et j'y serai très attentif » [161]. Aussi, si tous s'accordent sur la réduction des mesures d'internement, l'objectif poursuivi semble osciller entre d'un côté réduire l'usage en réduisant les abus, et de l'autre réduire l'usage comme étape préliminaire à une abolition.



Une des difficultés rencontrées dans la réalisation de notre étude a été de définir une mesure fiable de l'internement. En effet, les données actuelles proviennent des bases d'informations administratives, à savoir le Recueil d'Information Médicalisée en Psychiatrie (RIM-P) et la Statistique Annuelle des Établissements (SAE) [109]. Ces bases sont remplies à l'échelle des établissements et présentes l'avantage d'être collectées en routine, rendant leur exploitation facilement représentative de l'activité réelle. Leur principale limite est leur mauvaise qualité, pouvant contenir, d'après une étude récente, plus de 80% de lignes erronées et 7.6% de données non exploitables [110]. Une autre limite vient du fait qu'elles n'ont pas été conçues dans une logique de recherche et que certains indicateurs manquent. Il n'est ainsi pas possible de suivre de manière fiable le recours aux programmes de soins, pourtant introduits dans la loi de 2011 [110,146]. Les problématiques soulevées par l'internement amènent ainsi à des propositions d'introduction de nouveaux indicateurs dans ces bases, comme c'est le cas pour les programmes de soins [110], ou pour la contention et l'isolement [162],

rendus obligatoires par la loi de 2016<sup>37</sup>. Le Comité européen pour la prévention de la torture et des peines ou traitements inhumains ou dégradants a déploré suite à l'annonce de ces indicateurs que cette initiative n'ait pas été étendue à d'autres pratiques portant atteintes aux droits fondamentaux telles que la contention chimique, si bien qu'elles restent à ce jour inchiffrables [163].

Le manque de fiabilité et le faible champ des données recueillies amènent à considérer que la contrainte tracée et étudiée n'est que la partie visible de pratiques plus importantes. Parce qu'elles découlent toutes de la légalisation de l'enfermement, nous avons fait le postulat que l'ensemble des pratiques de contrainte forment un système unique. Il y a donc une possibilité qu'une réduction constatée du recours à l'enfermement ne soit en fait qu'une transformation de ces mesures vers d'autres non tracées. Par exemple, dans le dispositif actuel français, un remplacement des mesures de contention physique par des mesures de contention chimique apparaîtrait faussement comme une réduction du recours à l'enfermement. Cette limite, déjà pointée par le docteur B. Odier<sup>38</sup> [164], est d'autant plus prégnante que l'objectif poursuivi est de contrôler le recours.

De plus, l'ensemble des pratiques effectives de contrainte ne tient pas compte de l'impact, pourtant documenté [119], que ces pratiques ont sur l'ensemble de l'activité. Quid des personnes en "soins psychiatriques libres" dont l'absence d'internement n'est pas lié à leur état de santé, mais à leur non désaccord avec le psychiatre ? Autrement dit, ceci nous amène à nous interroger sur la possibilité pour une personne de consentir à un soin psychiatrique avec un psychiatre, ce choix ne pouvant pas être

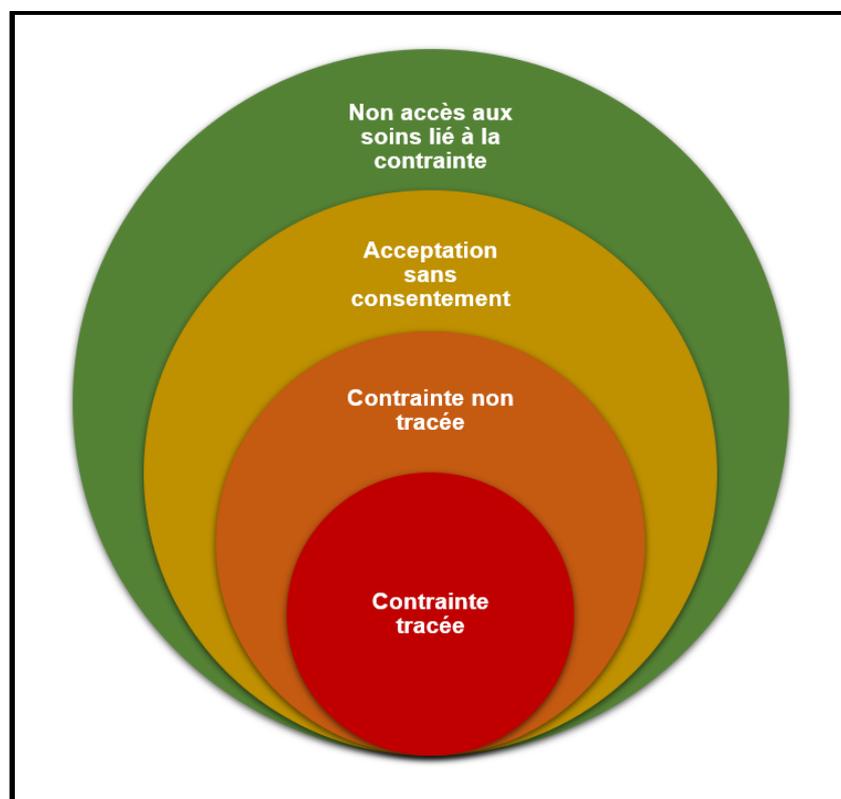
---

<sup>37</sup> Loi du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé.

<sup>38</sup> Ancien président de la Fédération Française de Psychiatrie de 2011 à 2017.

présupposé libre puisque que le psychiatre a la possibilité de l'enfermer. On retrouve donc une situation de *catch-22*<sup>39</sup> où la personne avec un problème de santé mentale peut ainsi se trouver dans une situation où elle est contrainte du fait de son état de souffrance d'accepter sans consentir des soins psychiatriques qui l'exposeraient à « une violation du droit à la liberté et à la sécurité de la personne, puisque ces mesures imposent un traitement sous la menace de la détention en cas de refus » [18].

Évaluer la place de la contrainte dans les services de psychiatrie dépasserait donc la question des mesures portant atteintes aux libertés tracées (internement, contention, isolement) et non tracées (contention chimique [18], stérilisation forcée [18,165,166], médication forcée [18], surmédication [18], etc.), et s'étendrait également à une évaluation de l'impact que l'emploi de ces moyens a sur la possibilité de consentir des personnes non contraintes (Figure 37). Ces personnes seraient alors contraintes



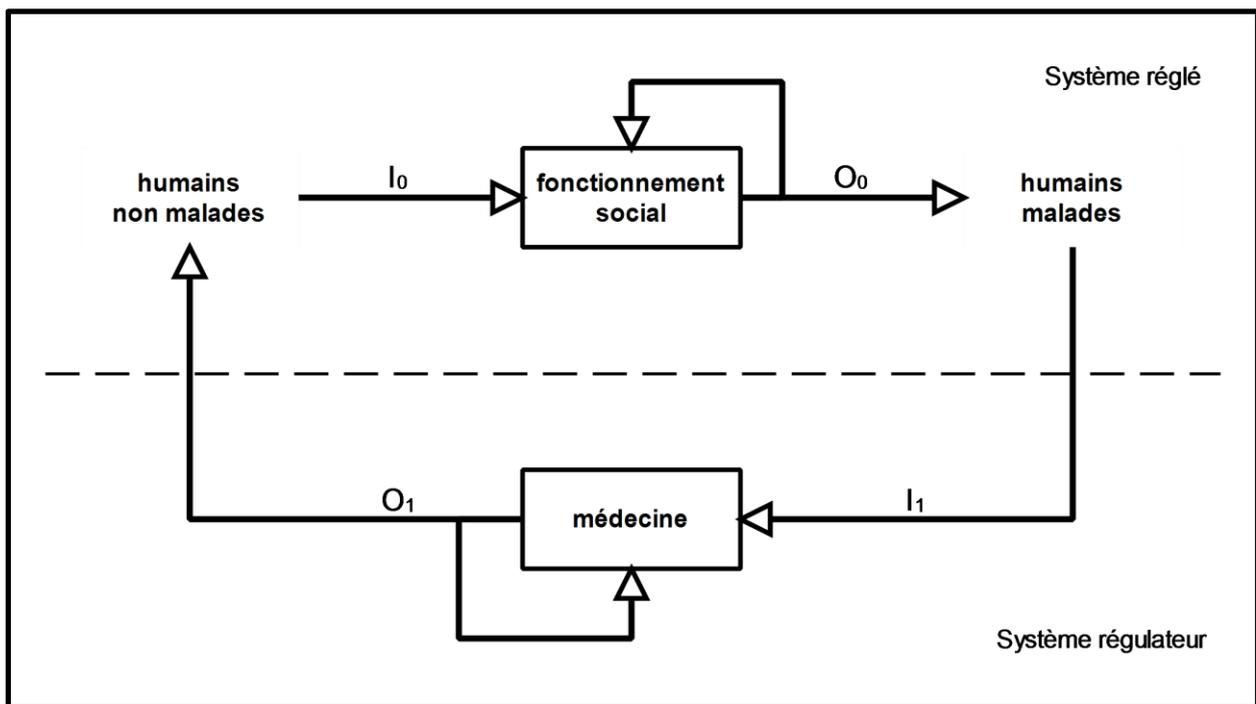
**Figure 37. Différents niveaux d'expression de la contrainte dans les services de psychiatrie.**

<sup>39</sup> Paradoxe logique représentant une situation de laquelle une personne ne peut s'extraire à cause de règles contradictoires, nommé d'après le roman de J. Heller de 1961.

d'accepter des soins rendus dangereux ou refuser d'avoir accès à ce système de soins. Aucune analyse à ce jour ne rend état de l'ensemble de ces niveaux et les chiffres mesurés de plus de 93 000 personnes internées chaque année ne correspondent donc qu'à une fraction de la réalité de l'internement et il n'est pas exclu que la contrainte exercée par les effets directs et indirects de l'internement couvrent l'ensemble de la discipline.



Dans la suite de l'approche cybernétique, la médecine peut être pensée comme un système de régulation (Figure 38), dont le pouvoir assure le fonctionnement et par cela la survie du système social<sup>40</sup> [53]. Cette pensée de la médecine comme organe de

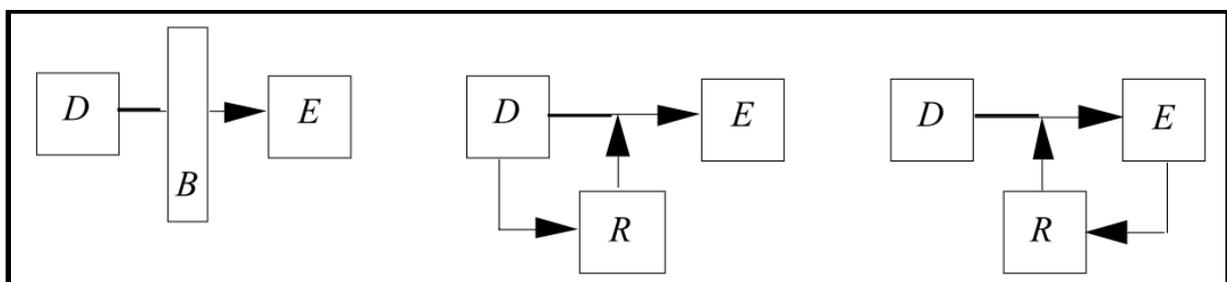


**Figure 38. La médecine comme système de régulation du fonctionnement social.**  
 Ici, la société est un système ouvert dans lequel la 'médecine' agit comme système régulateur du 'fonctionnement social' dans son aspect de santé, étant admis qu'une partie  $O_0$  de l'ensemble des personnes  $I_0$  ont des problèmes de santé. L'apparition d'un problème de santé est traitée comme une erreur. L'efficacité de la 'médecine' est représentée par la part  $O_1$  des personnes dont les problèmes de santé sont corrigés parmi l'ensemble des personnes ayant un problème de santé  $I_1$ . L'accès au système de soins est alors représenté par le ratio  $\frac{I_1}{O_0}$ .

<sup>40</sup> On peut cependant s'interroger sur l'impact de la concentration au même endroit de la régulation et du pouvoir, phénomène que N. Wiener décrivait déjà en 1948 [50].

régulation sociale est d'actualité [167] et n'est ni nouvelle [168] ni inconnue [169]. Cette mission de contrôle social de la médecine va de pair avec son statut d'institution publique, de même que pour la police et la justice qui sont deux autres composantes du système de régulation social impliquée dans les mesures d'enfermement psychiatrique de notre étude précédente. Le contrôle social est une notion complexe [170], pensée ici au sens large et non d'un point de vue uniquement sécuritaire auquel est souvent réduite la lecture des penseurs post-modernes des années 1970, comme M. Foucault [171,172] ou E. Goffman [173]. Aussi, si l'internement est une partie intégrante de la médecine, on peut s'interroger sur sa participation dans le fonctionnement du système de régulation. Les modèles cybernétiques admettent trois mécanismes fondamentaux de régulation : le *buffering*<sup>41</sup>, le *feedforward*<sup>42</sup>, et le *feedback*<sup>43</sup> (Figure 39) [52].

Le *buffering* (B) est un mécanisme de contrôle passif dans lequel la perturbation (D) est absorbée, réduisant son impact sur la variable essentielle (E). Ce mécanisme est intrinsèque à de nombreux systèmes en ce qu'il représente les formes passives d'homéostasie, permettant la stabilité de l'équilibre. Il a pour rôle de dissiper en l'absence d'intervention les perturbations dans le système [52]. Dans notre situation



**Figure 39. Trois mécanismes fondamentaux de régulation des systèmes.**  
De gauche à droite : le *buffering*, le *feedforward*, et le *feedback*, in [52].

<sup>41</sup> [Traduction] emmagasinage.

<sup>42</sup> [Traduction] action anticipatrice.

<sup>43</sup> [Traduction] rétroaction.

d'étude, la « période d'observation et de soins initiale sous la forme d'une hospitalisation complète » (Art. L. 3211-2-2 du CSP) et la garde à vue sont des formes de *buffering* qui permet d'absorber la perturbation représentée par des troubles du comportement dans l'urgence.

Le *feedforward* est un mécanisme de contrôle actif (R) dans lequel l'impact de la perturbation (D) est anticipée et corrigée afin de réduire son impact sur la variable essentielle (E). Ce mécanisme nécessite de pouvoir anticiper les conséquences de la perturbation et requiert donc un haut niveau d'information et de connaissances afin que le système puisse distinguer ce qui forme une perturbation et quelle sera sa conséquence. Son application pratique est, de fait, limitée par la qualité des connaissances et informations à disposition. Nous ne disposons pas de modèles certains ou de capteurs infaillibles, ce qui amène ce type de régulation à accumuler progressivement les erreurs pouvant mener à la destruction du système faute de révisions régulières [52]. Dans notre situation, ce mécanisme correspondrait par exemple à l'évaluation du statut de 'malade mental' ou de la dangerosité. Ces deux étiquettes servent à renseigner sur le présent et décrire le futur, mais elles souffrent de l'imprécision de leur évaluation, et de l'incomplétude des modèles qui les sous-tendent [36].

Le *feedback* est également un mécanisme de contrôle actif (R) dans lequel l'erreur causée par la perturbation (D) sur la variable essentielle (E) est corrigée *a posteriori* de sa survenue. Aussi appelé régulation par l'erreur, il est le seul mécanisme dont l'application pratique permet une survie du système au long cours. Il est théoriquement imparfait (puisqu'il nécessite la survenue d'erreurs) comparé au *feedforward* théoriquement parfait (mais pratiquement imparfait). Cependant, il n'est pas applicable

dans les situations où l'erreur n'est soit pas tolérable, soit de survenue trop rapide pour être corrigée [52].

L'objectif de réduction du recours aux pratiques d'enfermement amène donc à améliorer le fonctionnement de la médecine comme système de régulation. Pour assurer son fonctionnement, deux modèles sont possibles (Figure 40) : la régulation par l'anticipation des risques via le diagnostic et l'évaluation médicale (modèle 1) et la régulation par l'erreur via le principe de consentement (modèle 2). Ces deux modèles partagent le recours à un mécanisme de *buffering*, servant à répondre à des perturbations dans l'urgence (S), exception au consentement. Les perturbations restantes (M) sont alors gérées par un mécanisme de contrôle actif<sup>44</sup>.

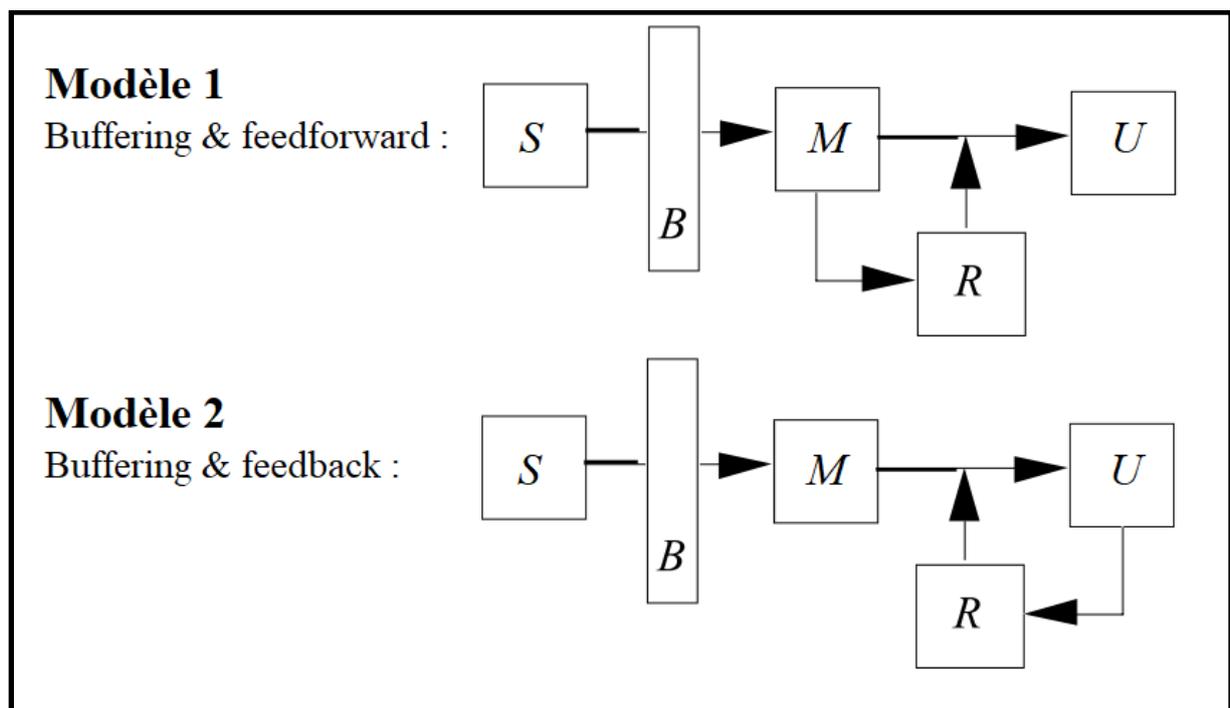


Figure 40. Deux modèles de régulation : buffering & feedforward, buffering & feedback.

<sup>44</sup> Cette modélisation se focalise sur le système de régulation actif principal de chaque modèle, on admet qu'en pratique les deux mécanismes actifs coexistent. Ainsi, le respect du principe de consentement vient s'ajouter et ne remplace pas l'autocontrôle de la "médecine" par elle-même.

Dans le premier modèle, la régulation active est réalisée par *feedforward*, c'est-à-dire que la situation à l'issue du *buffering* donne lieu à une évaluation et anticipation des conséquences prévisibles permettant une réponse anticipée. Ce modèle sera donc à privilégier dans un système possédant des modélisations fonctionnelles solides et des techniques de dépistage valides et fiables. Cependant, il risque d'accumuler un nombre croissant d'erreurs et devra être régulièrement révisé.

Dans le deuxième modèle, la régulation active est réalisée par *feedback*, c'est-à-dire qu'une perturbation qui perdurerait à l'issue du *buffering* donnerait lieu à une correction *a posteriori* des erreurs. Ce modèle sera donc à privilégier dans un système visant une stabilité importante. Cependant, il nécessite de pouvoir tolérer et corriger les erreurs.



Le choix du mécanisme de régulation apparaît donc comme une modalité sur laquelle il est possible d'agir. Le mécanisme de l'internement correspond à un système basé sur le *feedforward* (modèle 1) et a donc pour objectif d'éviter la survenue des erreurs. Cette lecture est compatible avec l'évolution historique de l'internement qui s'est construit en réponse à l'idée qu'il existait des 'malades dangereux' dont il fallait protéger à tout prix le reste de la société (à l'exemple du discours d'Antony du président N. Sarkozy en Annexe 7). Ceci est donc bien en adéquation avec les caractéristiques d'un système de régulation en *feedforward*, privilégié dans le cas où l'erreur est intolérable pour le système.

Cependant, une des limites d'un tel système est sa capacité d'anticipation, étant admis qu'en pratique nul n'est infaillible. Le médecin en charge de la détection (position M) serait donc amené, puisque l'erreur est perçue comme intolérable, à utiliser un mécanisme de détection sensible, visant à minimiser le risque de perturbation pour la

société. L'inconvénient d'un système en *feedforward* est donc l'enfermement à tort de personnes reconnues dangereuses par un système trop sensible. Ceci est confirmé par des études menées sur la capacité du système à reconnaître les faux positifs [1].

A l'inverse, le choix du mécanisme de régulation du reste de la médecine s'est orienté vers une régulation par l'erreur, puisqu'il s'agit d'un mécanisme plus efficient et en réponse aux dérives de l'application en médecine d'un mécanisme basé sur l'anticipation<sup>45</sup>. Ceci met en évidence une logique à deux vitesses : celle des personnes dont on privilégie la protection face aux risques liées à la médecine (principe du consentement) et celles des personnes dont on privilégie la protection de la société face au risque qu'elles présenteraient (cas des 'mineurs incapables', des 'majeurs incapables', et des 'malades mentaux').

Ce choix d'un mécanisme de régulation différent doit nécessairement reposer sur des éléments scientifiques à haut niveau de preuve, faute de quoi il risquerait d'évoluer vers la constitution d'un mécanisme discriminatoire.



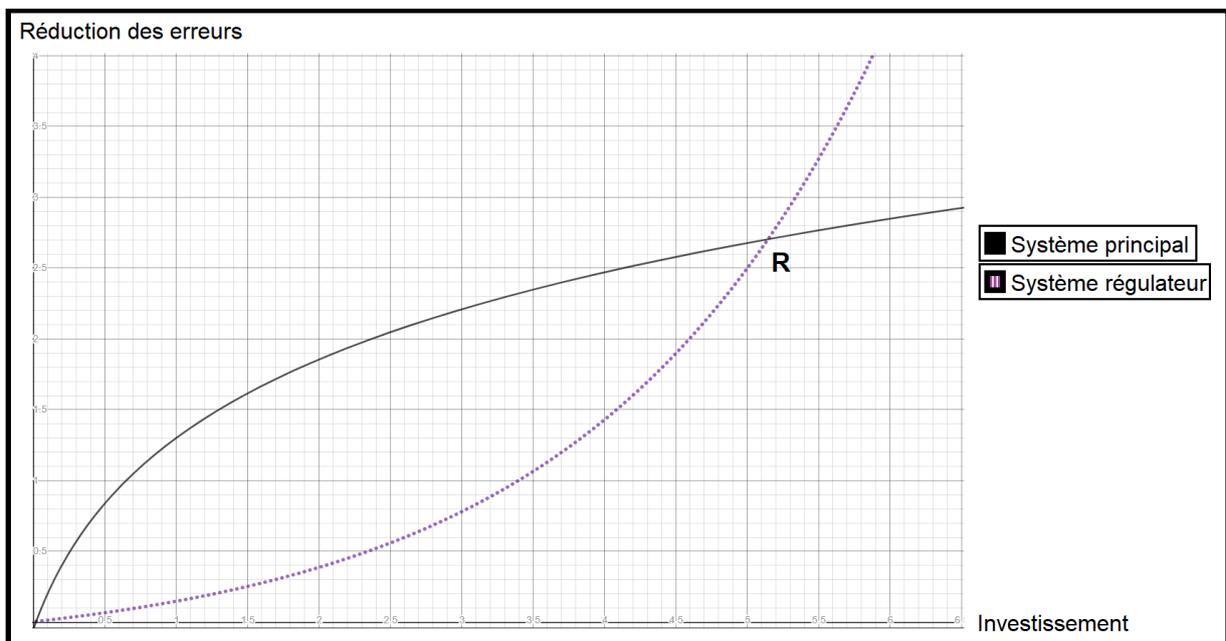
Parmi les disciplines médicales, la psychiatrie se caractérise par la faible fiabilité de ses outils de dépistage et de ses modèles théoriques. En effet, l'existence de 'maladies mentales' reste hypothétique à ce jour [12,36,155], et les recherches sur leurs substrats sont non concluantes [36], voire métaphysiquement débattues [134]. De plus, les personnes concernées par des problèmes de santé mentale sont en nombre important, et souvent totalement ou partiellement exclues du système social [174], si bien que leur empowerment a été mis en avant comme mécanisme d'intégration

---

<sup>45</sup> Voir notamment les raisonnements eugénistes du début du 20<sup>ème</sup> siècle et leurs applications, notamment la stérilisation [236] et l'euthanasie des personnes dont la vie est estimée alors par le médecin comme 'n'ayant pas de valeur' [183].

[35,175]. Enfin, le fonctionnement actuel du système est une preuve concrète de sa tolérance à l'erreur. Les caractéristiques actuelles de la psychiatrie sont donc davantage en adéquation avec une régulation par l'erreur (modèle 2).

De plus, réguler la médecine ne doit pas être pensé comme un objectif parallèle ou secondaire, mais comme un aspect à part entière de l'activité médicale. Les mécanismes de régulation sont nécessaires à la survie d'un système et donc de ses objectifs [52,53]. Aussi, un mécanisme de régulation de la médecine y participe puisqu'il permet, en évitant ses erreurs, d'améliorer ses résultats. L'objectif de soin est alors poursuivi par deux mécanismes : la médecine, et la régulation de la médecine. Pour autant, leurs profils d'efficacité diffèrent (Figure 41). Puisque chaque niveau supplémentaire augmente sa complexité et réduit la zone à laquelle il s'applique, la courbe d'efficacité du système principal prend une allure logarithmique (courbe noire continue sur la Figure 41).



**Figure 41. Réduction des erreurs par investissement des systèmes principal et régulateur.**

À l'inverse, le système de régulation s'applique au système principal au fur et à mesure des investissements successifs. Chaque investissement dans un système de régulation améliore donc son efficacité de manière exponentielle puisqu'il augmente d'autant plus sa zone d'intervention. Le croisement de ces deux profils (noté R sur la Figure 41) représente donc le moment où l'investissement dans la régulation est plus rentable pour le système que l'investissement dans le système principal. Autrement dit, il doit exister un moment où investir dans la régulation de la médecine est plus rentable pour les objectifs de la médecine que d'investir dans la médecine elle-même.

La question de la régulation de la médecine ne se pose donc pas comme une alternative à l'efficacité du système médical. Investir dans la régulation de la médecine, c'est par définition investir dans les objectifs même de la médecine. La question devient donc : est-il plus efficient pour le système d'investir dans la médecine ou dans son mécanisme de régulation ? En d'autres termes, la psychiatrie a-t-elle dépassé ce point R où un gain de technicité présente une efficacité inférieure à un gain de contrôle sur le résultat principal de la médecine ? Un rapport récent du Haut Conseil pour l'Avenir de l'Assurance Maladie [139] met en évidence que, non seulement le niveau de technicité de la médecine contemporaine est trop élevé, mais que la priorité devrait être mise sur la régulation du système, principalement étudiée par l'accès aux soins via le développement de soins communautaires de faible technicité. Ceci laisse à penser, en accord avec d'autres observations [176–178], que la technicité importante de la médecine contemporaine, n'est pas à la hauteur de son impact sur la santé des populations [179,180].

—

Cette modélisation cybernétique de la psychiatrie permet donc de distinguer les mécanismes des deux formes de réduction des pratiques d'enfermement. D'un côté

celle que nous avons qualifié de ‘réduction des abus’ poursuivie par le gouvernement actuel visera à réduire les faux positifs dans le système en améliorant la reproductibilité, la validité et la falsifiabilité de l’évaluation afin de mieux prévenir une erreur considérée comme inacceptable. Vouloir réduire les abus passe par une augmentation de la technicité de la psychiatrie dans sa capacité à reconnaître et prévoir et apparaît donc comme un investissement faiblement rentable pour le fonctionnement du système. Ce d’autant plus que le niveau de technicité de la psychiatrie française importe peu à l’analyse de l’enfermement : soit il est élevé et des mécanismes de régulation doivent être privilégiés, soit il est faible et ne peut alors justifier un enfermement.

D’un autre côté celle que nous avons qualifiée de ‘préliminaire à l’abolition’ promue par l’ONU et l’OMS vise à réduire les faux positifs dans le système en mettant la priorité non pas sur la détection et l’anticipation, mais sur l’insertion sociale et le maintien dans la communauté. Pour cela l’accent devra être mis sur l’accès aux services de santé. La résolution de situations de crise – considérées comme des erreurs dans le système – ne viendra donc pas par une augmentation de la technicité de la psychiatrie, mais par la capacité des personnes concernées à avoir un accès facile à des soins acceptables visant leur maintien dans leur milieu. L’accent est donc mis sur la tolérance du système à l’erreur et sa capacité de correction.

Ainsi, questionner la logique de la réduction de l’enfermement devient une question politique et interroge l’identité du psychiatre, entre expert et médecin.

## III.2. Enfermement et modèles de la santé

Les réactions aux atrocités commises par la médecine précédant et pendant la seconde guerre mondiale ont, non seulement amené le principe de consentement, mais aussi une nouvelle définition de la santé. Ainsi, dès sa constitution de 1946, l'OMS définit « la santé [qui] est un état de complet bien-être physique, mental et social, et ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité » [41].

Cette modification de la conception de la santé qui passe de la guérison au bien-être s'accompagne nécessairement d'une modification de la notion de soins. Puisque la santé est en premier lieu le bien-être, et étant acquis qu'il est possible d'aller bien en étant malade, les modèles utilisés évoluent, par exemple via le modèle des deux continums (Figure 42) [181,182]. Cette redéfinition de la santé, et donc des soins, n'est pas issue de l'aboutissement des recherches de l'époque (centrées autour du

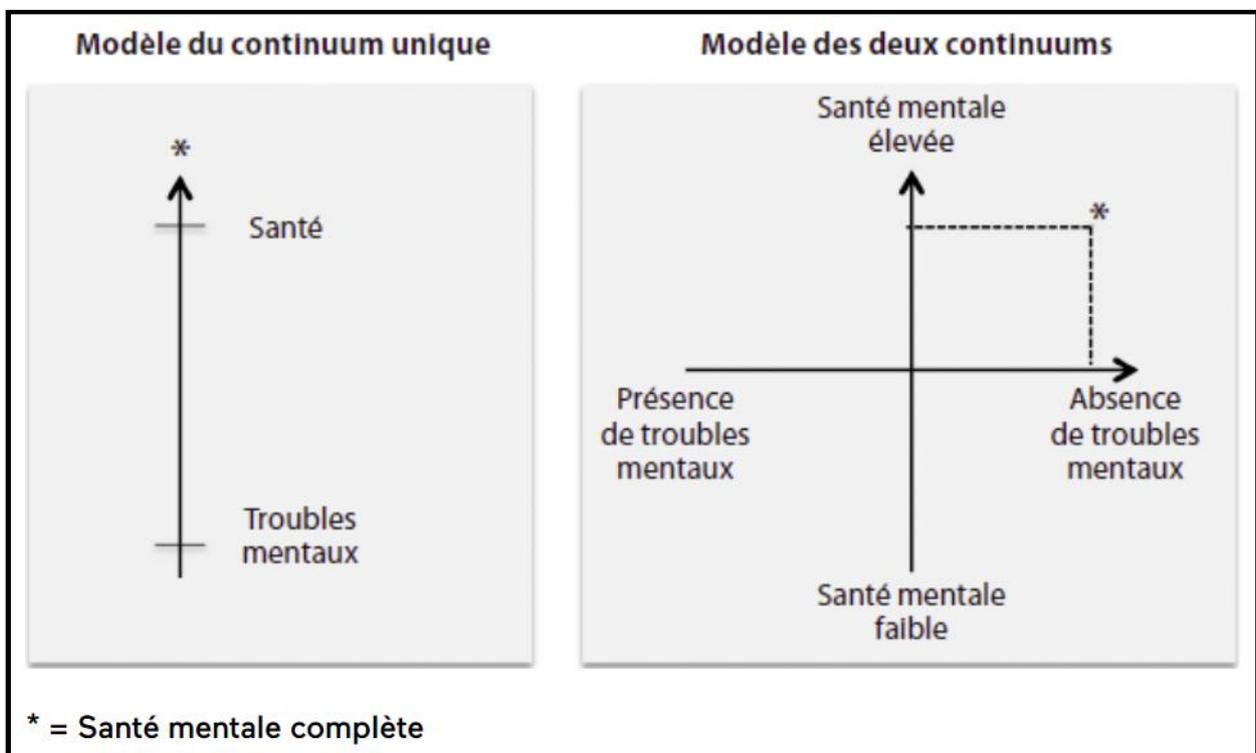


Figure 42. Deux modèles de la santé : le continuum unique et les deux continums.  
In [181].

concept d'eugénisme [183], notamment en santé mentale [184]), mais d'une volonté politique apparue en réaction et dans un objectif de paix mondiale [41]. Cela a permis d'étendre le champ de la santé au-delà de la résolution des maladies, vers la prévention, l'accompagnement, la réduction des risques, la médecine palliative, etc.



Par ailleurs, la plus importante contribution à nos compréhension et modélisation de la santé mentale est venue de la notion de *recovery*<sup>46</sup> (voir 'RECOVERY – DEFINITIONS' p. 124-125) [185–187]. Comme le concept de santé, le *recovery* n'est pas une découverte de la médecine. Il est issu des mouvements des survivants de la psychiatrie [188]. Ces mouvements s'incluent dans les mouvements des droits civiques américains des années 1970, et comptent notamment plusieurs personnes qui ont profondément marqué la santé mentale contemporaine, telles que J. Chamberlin [188], P. Deegan [185], ou D. Oaks [70]. Le *recovery* a transformé notre conception de la santé mentale en mettant en évidence la possibilité pour des personnes de se rétablir de situations pour lesquelles la médecine estimait qu'il n'y avait pas de solution. De ce fait, l'accompagnement au *recovery* a été mis en avant par l'OMS [40] et le Conseil des droits de l'homme de l'ONU [18] comme un des objectifs des services de santé mentale. Ainsi, cette nouvelle conception a non seulement renforcé les critiques sur la capacité de la psychiatrie à prévoir le devenir des malades, mais a également amené à questionner le concept même de 'maladie mentale' sur lequel ces prédictions étaient basées [188].

Reprenant notre modélisation précédente, il est vraisemblable que c'est en remettant en cause la capacité prédictive des diagnostics psychiatriques que le *recovery* a remis en cause l'internement.

---

<sup>46</sup> [Traduction] Rétablissement en santé mentale.

## **- RECOVERY – DEFINITIONS -**

**« A clear definition of recovery is elusive and means different things to different people. But most people agree that a person "in recovery" is working to take back control of his or her life and achieving her or his own goals and dreams »**

**M.E. Copeland, 2006**

**Extrait de *Involuntary Commitment and Recovery: An Innovative Mental Health Peer Support Program* [186]**

**« Recovery is a process, a way of life, an attitude, and a way of approaching the day's challenges. It is not a perfectly linear process. At times our course is erratic and we falter, slide back, regroup and start again.**

**...the need is to meet the challenge of the disability and to re-establishing a new a valued sense of integrity and purpose within and beyond the limits of the disability; the aspiration is to live, work and love in a community in which one makes a significant contribution »**

**P. Deegan, 1988**

**Extrait de *Recovery: The lived experience of rehabilitation* [185]**

**Recovery is « a deeply personal, unique process of changing one's attitudes, values, feelings, goals, skills and/or roles. It is a way of living a satisfying, hopeful and contributing life even with limitations caused by the illness. Recovery involves the development of new meaning and purpose in one's life as one grows beyond the catastrophic effects of mental illness »**

**W. Anthony, 1993**

**Extrait de *Recovery from Mental Illness: The Guiding Vision of the Mental Health Service System in the 1990s* [187]**

[Traduction]

« Une définition claire du rétablissement est difficile à définir et signifie différentes choses pour différentes personnes. Mais la plupart des gens s'entendent pour dire qu'une personne "en rétablissement" s'efforce de reprendre le contrôle de sa vie et d'atteindre ses propres buts et rêves »

M.E. Copeland, 2006

Extrait de *Involuntary Commitment and Recovery: An Innovative Mental Health Peer Support Program* [186]

« Le rétablissement est un processus, un mode de vie, une attitude et une façon d'évaluer les défis de la journée. Ce n'est pas un processus parfaitement linéaire. Parfois, notre parcours est erratique et nous hésitons, reculons, nous nous regroupons et recommençons.

...le besoin est de relever le défi du handicap et de rétablir un nouveau sens de l'intégrité et un but précieux à l'intérieur et au-delà des limites du handicap ; l'aspiration est de vivre, travailler et aimer dans une communauté dans laquelle on apporte une contribution significative »

P. Deegan, 1988

Extrait de *Recovery: The lived experience of rehabilitation* [185]

Le rétablissement est « un processus profondément personnel et unique de changement d'attitudes, de valeurs, de sentiments, d'objectifs, de compétences et/ou de rôles. C'est une façon de vivre une vie satisfaisante, pleine d'espoir et de contribution, même avec les limites causées par la maladie. Le rétablissement implique le développement d'un nouveau sens et d'un nouveau but dans la vie d'une personne à mesure qu'elle grandit au-delà des effets catastrophiques de la maladie mentale »

W. Anthony, 1993

Extrait de *Recovery from Mental Illness: The Guiding Vision of the Mental Health Service System in the 1990s* [187]

Cette question du modèle en santé mentale reste une zone importante de conflits entre professionnels, et entre professionnels et personnes concernées. Aux États-Unis, le *Hunger Strike Debate*<sup>47</sup> organisé par l'association MindFreedom International en est un parfait exemple (Annexes 8.1, 8.2, 8.3, 8.4, & 8.5). Il est vrai que les diagnostics des 'maladies mentales' souffrent de plusieurs lacunes, notamment concernant leur reproductibilité et leur validité. Les résultats publiés à l'occasion de la parution du DSM-5 rapportent des coefficients kappa de Cohen, marqueurs de l'accord entre examinateurs, variables entre les diagnostics et faibles voire très faibles pour certains (Tableau X). Les auteurs remarquent ainsi « that a single diagnostic assessment may be insufficient for some diagnoses<sup>48</sup> » [149], ce qui interroge sur la place des certificats médicaux dans les procédures d'internement que nous avons décrites.

**Tableau X. Fiabilité de diagnostics du DSM-5.**

Diagnostic DSM-5	Kappa	95% CI	Interprétation
Schizophrénie	0.46	0.34–0.59	Modéré
Trouble bipolaire de type I	0.56	0.45–0.67	Modéré
Épisode dépressif majeur	0.28	0.20–0.35	Passable
Trouble anxiodépressif mixte	-0.004	-0.10 to 0.09	Pauvre
État de stress post-traumatique	0.67	0.59–0.75	Substantiel
Trouble d'utilisation de l'alcool	0.40	0.27–0.54	Passable
Trouble de la personnalité antisociale	0.21	-0.02 to 0.47	Passable
Trouble de la personnalité limite	0.54	0.43–0.66	Modéré

*Kappa et intervalles de confiance d'après les études menées au Canada et États-Unis [149].  
Interprétation d'après celle proposée par Landis & Koch [189].*

De plus, au-delà de la question de la reproductibilité des diagnostics, une autre difficulté est la définition même de ce qui constitue une 'maladie mentale'. Par exemple, le trouble de la personnalité limite qui apparaît comme ayant une reproductibilité modérée dans le Tableau X a néanmoins été retiré de la dernière révision de l'ICD car le concept a été jugé non scientifiquement valide [190]. Un autre

<sup>47</sup> [Traduction] Débat de la grève de la faim.

<sup>48</sup> [Traduction] qu'une seule évaluation diagnostique peut s'avérer insuffisante pour certains diagnostics.

exemple célèbre est celui de l'homosexualité qui a arrêté d'être classifiée comme une 'maladie mentale' officiellement en 1987 pour le DSM et en 1992 pour la ICD de l'OMS [12,191], qui forment les deux classifications principales en psychiatrie. Ce changement n'a pas eu lieu à la suite de découvertes scientifiques, mais suite à des évolutions sociales et politiques sous-tendues par des combats des personnes concernées pour la reconnaissance de leurs droits [12,191]. Dans ce contexte social, l'*American Psychiatric Association*<sup>49</sup> a tenu en 1973 un vote lors de sa convention annuelle et 5 854 (60.7%) des psychiatres participant se sont prononcés en faveur d'un retrait de l'homosexualité des 'maladies mentales' [12,191]. Cet exemple illustre les difficultés à réduire les 'maladies mentales' à des manifestations de lésions biologiques. Des dynamiques similaires sont actuellement observées pour les diagnostics associés à la transidentité, pour lesquels le consensus s'oriente vers un retrait des 'maladies mentales', cette fois suite à des études scientifiques internationales [192–195]. Le modèle biomédical est en difficulté à expliquer cette notion qu'indépendamment d'éventuels substrats biologiques, les 'maladies mentales' sont en premier lieu des constructions sociales [134]. Dès lors, des dynamiques similaires s'observent pour d'autres situations auparavant uniquement lues sous l'angle biomédical, à l'exemple de l'entente de voix [196].

---

Le concept de 'maladies mentales' souffre donc de limites de reproductibilité et de validité, mais également le problème de falsifiabilité. La falsifiabilité est un des critères nécessaires à la démarche scientifique, et cette logique d'explication du réel que seul le psychiatre est en mesure de percevoir rend la maladie mentale difficilement justifiable d'un point de vue métaphysique. En conséquence, argumenter l'existence

---

<sup>49</sup> [Traduction] Association Psychiatrique Américaine

de 'maladies mentales' face à un interlocuteur sceptique place le psychiatre dans une position à l'image de celle décrite dans le chapitre *The Dragon in My Garage*<sup>50</sup> de C. Sagan [197], où le protagoniste argumente l'existence d'un dragon invisible.

Ces limites amènent certains, dont le psychiatre T. Szasz, à proposer d'abandonner le concept entier, notamment en 1961 dans son livre « *The Myth of Mental Illness*<sup>51</sup> » [155] :

Psychiatry is conventionally defined as a medical specialty concerned with the diagnosis and treatment of mental diseases. I submit that this definition, which is still widely accepted, places psychiatry in the company of alchemy and astrology and commits it to the category of pseudoscience. The reason for this is that there is no such thing as "mental illness"<sup>52</sup> [155].

Comme M. Foucault, les idées de T. Szasz l'ont amené à être qualifié d'antipsychiatre [198]. T. Szasz s'en défend, se définissant lui-même comme « anti-coercion, not anti-psychiatry<sup>53</sup> » [64]. Il reconnaît l'idée de l'existence de 'maladies mentales' comme un mythe fondateur, non pas de la discipline comme ont pu le faire certains antipsychiatres, mais de l'enfermement [64,65,151,155]. Professeur de psychiatrie, il argumente que l'abandon du concept serait au bénéfice de l'aspect scientifique de la discipline, autant dans la pratique que la recherche [155]. Souvent comparé à M. Foucault, ils partagent cet abord sceptique de l'origine du pouvoir dont jouit la psychiatrie [199]. M. Foucault interrogeait ainsi :

Pourquoi une archéologie de la psychiatrie fonctionne-t-elle comme antipsychiatrie, alors qu'une archéologie de la biologie ne fonctionne pas comme une antibiologie ? Est-ce à cause du caractère partiel de l'analyse ? Ou n'est-ce pas plutôt à cause d'un certain mauvais rapport de la psychiatrie à sa propre

---

<sup>50</sup> [Traduction] Le Dragon dans Mon Garage.

<sup>51</sup> [Traduction] Le mythe de la maladie mentale.

<sup>52</sup> [Traduction] La psychiatrie est conventionnellement définie comme une spécialité médicale s'occupant du diagnostic et du traitement des maladies mentales. Je soutiens que cette définition, qui est encore largement acceptée, place la psychiatrie en compagnie de l'alchimie et de l'astrologie et l'engage dans la catégorie des pseudosciences. La raison en est qu'il n'existe pas de "maladie mentale".

<sup>53</sup> [Traduction] Anti-coercion pas anti-psychiatrie.

histoire, d'une certaine incapacité où se trouve la psychiatrie, étant donné ce qu'elle est, à recevoir sa propre histoire [199] ?

Les limites d'efficacité concrète du modèle biomédical amènent le docteur D. Pūras, rapporteur spécial de l'ONU sur le droit qu'a toute personne de jouir du meilleur état de santé physique et mentale possible, à conclure dans un rapport de 2017 que :

Reductive biomedical approaches to treatment that do not adequately address contexts and relationships can no longer be considered compliant with the right to health. While a biomedical component remains important, its dominance has become counter-productive, disempowering rights holders and reinforcing stigma and exclusion<sup>54</sup> [36].

Ainsi, au-delà des limites de fiabilité, validité et falsifiabilité, le concept de 'maladies mentales' est également limité par son incomplétude à expliquer le réel.



Une revue récente publiée dans le *Lancet Psychiatry* met en évidence que le diagnostic en psychiatrie s'oriente vers une approche individualisée, collaborative, et holistique, qui doit servir au *recovery* [200]. Pour autant, même si ces avancées représentent un changement par rapport à un usage normatif, les diagnostics restent inscrits dans le concept de 'maladies mentales'. Plusieurs mouvements se sont érigés comme alternative à cette vision autour du *Mad Pride Paradigm*<sup>55</sup>, parmi lesquels on peut citer pour les plus connus le *Icarus Project* [201], ou *Intervoice* [196,202].

Tout comme le *recovery*, ce nouveau paradigme est défini de manière participative (voir 'MAD PRIDE – DEFINITIONS' p. 130-131). Il fait suite aux mouvements des survivants de la psychiatrie [203], puis du *recovery* [204,205], et aborde la question

---

<sup>54</sup> [Traduction] Les approches biomédicales réductionnistes des traitements qui ne tiennent pas suffisamment compte des contextes et des relations ne peuvent plus être considérées comme conformes au droit à la santé. Bien qu'une composante biomédicale demeure importante, sa domination est devenue contre-productive, privant les détenteurs de droits de leur pouvoir et renforçant la stigmatisation et l'exclusion.

<sup>55</sup> [Traduction] « Paradigme de la *Mad Pride*. » Construit sur le concept de la marche des fiertés, pour plus d'informations voir [215].

## **- MAD PRIDE – DEFINITIONS -**

**« Is there such a thing as a Mad Culture? ... Historically there has been a dependence on identifying Mad people only with psychiatric diagnosis, which assumes that all Mad experiences are about biology as if there wasn't a whole wide world out there of Mad people with a wide range of experiences, stories, history, meanings, codes and ways of being with each other. Consider some of these basics when thinking about Madness and Mad experiences: We have all kinds of organized groups (political or peer) both provincially and nationally. We have produced tons and tons of stories and first person accounts of our experiences. We have courses about our Mad History. We have all kinds of art which expresses meaning – sometimes about our madness. We have our own special brand of jokes and humour. We have films produced about our experiences and interests. We have rights under law both Nationally and internationally. We have had many many parades and Mad Pride celebrations for decades now. »**

**Costa 2015, p.4**

**Extrait de *On the idea of Mad Culture (and a comparison with Deaf Culture)* [206]**

**« As Mad people we develop unique cultural practices: We use language in particular ways to identify ourselves (including the reclamation of words like crazy, mad, and nuts). We form new understandings of our experiences that differ from those of biomedical psychiatry. »**

**deBei 2013, p. 8**

**Extrait de *On the idea of Mad Culture (and a comparison with Deaf Culture)* [206]**

**« When we talk about cultures, we are talking about Mad people as a people and equity-seeking group, not as an illness... As Mad people, we have unique ways of experiencing the world, making meaning, knowing and learning, developing communities, and creating cultures. These cultures are showcased and celebrated during Mad Pride. »**

**Mad Pride Hamilton**

**Extrait de *On the idea of Mad Culture (and a comparison with Deaf Culture)* [206]**

[Traduction]

« Existe-t-il une culture folle ? ... Historiquement, il y a eu une dépendance sur l'identification des fous seulement avec un diagnostic psychiatrique, ce qui suppose que toutes les expériences des fous concernent la biologie comme s'il n'y avait pas tout un monde de fous avec un large éventail d'expériences, d'histoires, de passés, de sens, de codes et de façons de vivre entre eux. Tenez compte de certains de ces éléments de base lorsque vous pensez à la folie et aux expériences de la folie : Nous avons toutes sortes de groupes organisés (politiques ou de pairs) à l'échelle provinciale et nationale. Nous avons produit des tonnes et des tonnes d'histoires et de témoignages de nos expériences. Nous avons des cours sur notre histoire folle. Nous avons toutes sortes d'œuvres d'art qui expriment le sens - parfois à propos de notre folie. Nous avons notre propre marque spéciale de blagues et d'humour. Nous produisons des films sur nos expériences et nos intérêts. Nous avons des droits en vertu de la loi, tant au niveau national qu'international. Nous avons eu beaucoup de défilés et de célébrations de la Fierté Folle depuis des décennies maintenant. »

Costa 2015, p.4

Extrait de *On the idea of Mad Culture (and a comparison with Deaf Culture)* [206]

« En tant que fous, nous développons des pratiques culturelles uniques : Nous utilisons le langage de façon particulière pour nous identifier (y compris la récupération de mots comme furieux, fou et dingue). Nous formons de nouvelles compréhensions de nos expériences qui diffèrent de celles de la psychiatrie biomédicale. »

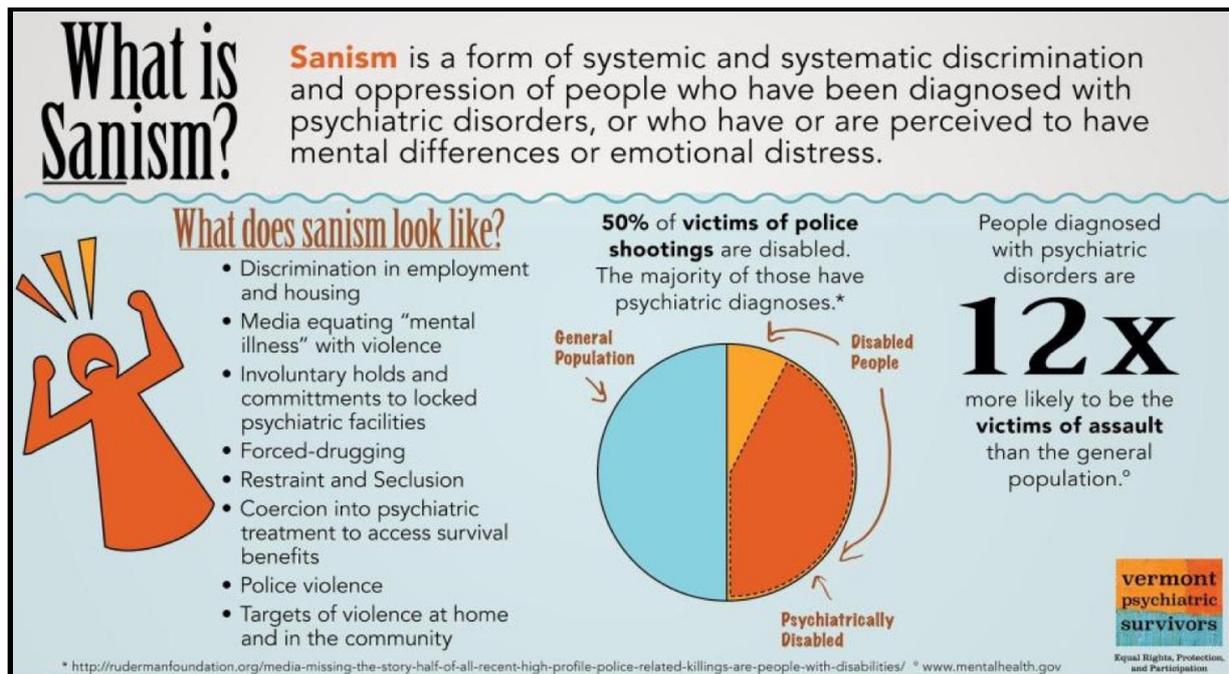
deBei 2013, p. 8

Extrait de *On the idea of Mad Culture (and a comparison with Deaf Culture)* [206]

« Quand nous parlons de cultures, nous parlons des fous comme d'un peuple et d'un groupe en quête d'équité, et non comme d'une maladie... En tant que fous, nous avons des façons uniques de vivre le monde, de faire du sens, de connaître et d'apprendre, de créer des communautés et des cultures. Ces cultures sont mises en valeur et célébrées lors de la Mad Pride. »

Mad Pride Hamilton

Extrait de *On the idea of Mad Culture (and a comparison with Deaf Culture)* [206]



**Figure 43. "What is sanism?"<sup>56</sup>.**

Infographie des survivants de la psychiatrie de Vermont, in [207].

des problèmes de santé mentale sous l'angle de la diversité, partant de l'idée que les 'maladies mentales' restent des concepts hypothétiques [208], à l'image de la couleur des yeux : même si une différence biologique peut être constatée, elle ne signe pas pour autant un statut de maladie [208]. La notion de maladie est ici vue à travers la hiérarchie qu'elle crée et l'oppression qu'elle permet sur les individus considérés

<sup>56</sup> [Traduction] Qu'est-ce que le *sanism* ?

Le *sanism* est une forme de discrimination et d'oppression systémique à l'égard des personnes qui ont reçu un diagnostic de troubles psychiatriques ou qui ont ou sont perçues comme ayant des différences mentales ou une détresse émotionnelle.

À quoi ressemble le *sanism* ?

- discrimination en matière d'emploi et de logement
- les médias assimilent la "maladie mentale" à la violence
- les détentions et les internements involontaires dans des établissements psychiatriques fermés
- les médicaments forcés
- la contention et l'isolement
- la contrainte dans le traitement psychiatrique pour avoir accès aux prestations les plus basiques
- violence policière
- cibles de violence à la maison et dans la communauté

50% des victimes de fusillades policières sont handicapées. La majorité d'entre elles ont des diagnostics psychiatriques. Les personnes diagnostiquées avec des troubles psychiatriques sont 12 fois plus susceptibles d'être victimes de violences que l'ensemble de la population.

malades, à travers l'injustice épistémique [209–213] ou encore la notion de *sanism*<sup>57</sup> (Figure 43). L'activisme n'est alors plus pensé contre le système psychiatrique, mais à l'intérieur de la société entière : « the Mad Pride movement is not merely a movement for mental patients' rights. It is a movement about the right to be different... In contrast to the Survivor's movement, which focuses on changing the mental health system, the implicit not explicit goal of the Mad Pride movement is a transformation of society as a whole<sup>58</sup> » [214]. Revenant aux sources du mouvement des survivants de la psychiatrie, le mouvement *Mad Pride* s'inscrit dans le prolongement des mouvements des droits civiques : « Mad Pride is set to become the first great civil liberties movement of the new millennium. Over the last century, giant strides forward were made by those asserting their rights and self-determination in the fields of race, gender and sexuality, but 'mental health' issues failed to keep pace. This is set to change<sup>59</sup> » [215].

Autour de ce mouvement social (Figure 44), et en réponse à une appropriation et une déformation grandissante du *recovery* par les professionnels [203], un mouvement académique s'est organisé : les *Mad Studies* [203]. Il s'agit d'un mouvement transdisciplinaire portant notamment sur l'analyse et la théorisation d'expérience vécues (Encart 4). Il permet l'étude de récits alternatifs de l'expérience de santé mentale, tels que la *spiritual transformation*<sup>60</sup> [204] – dans lequel l'expérience est

---

<sup>57</sup> Utilisée ici de manière interchangeable avec celle de *mentalism* développée par J. Chamberlin [188]. Peut être conçu comme une forme particulière de *rankism* d'après les travaux de R. W. Fuller [237,238], repris par d'autres auteurs, notamment, parmi d'autres notions connexes, par le réseau *Human Dignity and Humiliation Studies* [239] présidé par E. Lindner [240], trois fois nominée pour le prix Nobel de la paix en 2015, 2016 et 2017 pour son travail sur l'humiliation et la dignité humaine [241].

<sup>58</sup> [Traduction] le mouvement *Mad Pride* n'est pas seulement un mouvement pour les droits des patients mentaux. C'est un mouvement sur le droit à la différence.... Contrairement au mouvement des survivants, qui vise à changer le système de santé mentale, le but implicite, sinon explicite, du mouvement *Mad Pride* est une transformation de la société dans son ensemble.

<sup>59</sup> [Traduction] Mad Pride est en passe de devenir le premier grand mouvement pour les libertés civiles du nouveau millénaire. Au cours du siècle dernier, des pas de géant ont été faits par ceux qui revendiquaient leurs droits et leur autodétermination dans les domaines de la race, du genre et de la sexualité, mais les questions de " santé mentale " n'ont pas suivi le rythme. Ceci est en train de changer

<sup>60</sup> [Traduction] Transformation spirituelle.

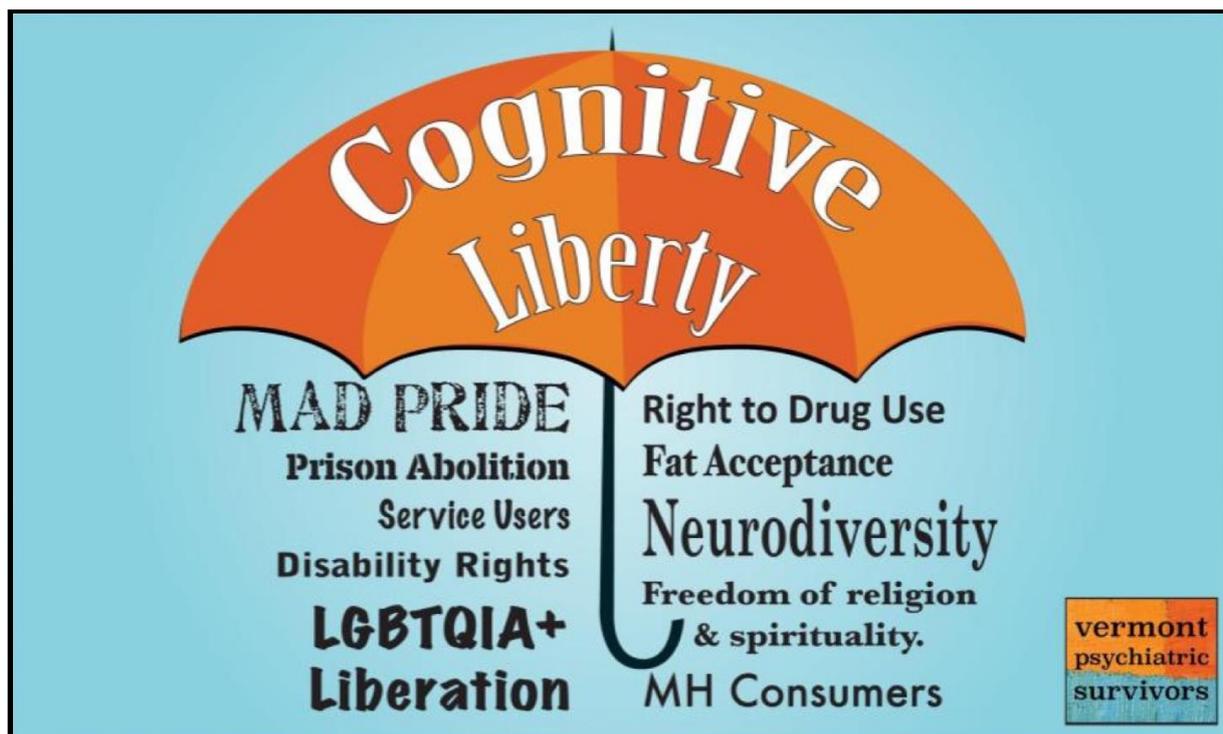


Figure 44. Ensemble des luttes rassemblées sous l'appellation parapluie de "Cognitive Liberty"<sup>61</sup>.

Infographique des survivants de la psychiatrie de Vermont, in [207].

représentée comme un passage vers un nouvel état – les *healing voices*<sup>62</sup> [204] – dans lequel la communication avec les voix est encouragée comme source d'épanouissement personnel – ou le *dangerous gift*<sup>63</sup> [204] – dans lequel la différence est perçue comme source négative de détresse mais aussi positive de créativité :

We have been given a sensitivity, a temperament, a disposition which can grant us access to a lot of beautiful things, and can also be extremely painful and destructive. It's our responsibility as individuals to try to learn how to take care of our dangerous gift. ... We need to stop putting all the focus on treatment on how can we make you stop being the person you are. How can we stop telling you that you are wrong if you experience these things. And how can we instead help you to learn how to handle your sensitivities. That you might make the transition from having these sensitivities overwhelming you, to having these sensitivities be giving you information you can use<sup>64</sup> [204].

<sup>61</sup> [Traduction] Liberté cognitive.

<sup>62</sup> [Traduction] Voix de guérison.

<sup>63</sup> [Traduction] Don dangereux.

<sup>64</sup> [Traduction] On nous a donné une sensibilité, un tempérament, une disposition qui peut nous donner accès à beaucoup de belles choses, et qui peut aussi être extrêmement douloureuse et destructive. C'est notre responsabilité en tant qu'individus d'essayer d'apprendre à prendre soin de notre don

Ce que la médecine considère comme des 'maladies mentales' est ici reconceptualisé comme la conception identitaire d'une différence qui prend une dimension sociale et politique. De fait, l'enfermement sur le motif de 'maladie mentale' devient un enfermement sur la base d'une différence et une forme d'exclusion et de censure politique. Cette lecture s'appuie sur les textes des droits humains et notamment la CRPD de l'ONU, promulguée en 2006 (Annexes 1.1 & 1.2) [29].

---

dangereux. ... Nous devons cesser de mettre l'accent sur le traitement et sur la façon dont nous pouvons vous faire cesser d'être la personne que vous êtes. Comment pouvons-nous arrêter de vous dire que vous avez tort si vous vivez ces choses. Et comment pouvons-nous plutôt vous aider à apprendre à gérer vos sensibilités. Que vous pourriez faire la transition d'avoir ces sensibilités vous submerger, à avoir ces sensibilités de vous donner des informations que vous pouvez utiliser.

#### Encart 4. Témoignage de Vincent.

In [216].

**Bonjour, je me présente je m'appelle Vincent j'écris ce message pour vous raconter l'immense bonheur et la joie de vie retrouvée grâce à l'intérêt que j'ai porté à la présence de mes voix.**

J'ai été un bon schizophrène, je veux dire par là que je n'embêtais personnes je restais bien sagement drogué dans mon fauteuil en n'emmerdant plus personne. Les journées étaient sans aucun intérêt je restais des heures dans mon canapé devant une télé allumée, sans but dans la vie, sans plus aucune perspective d'avenir sans joie sans bonheur, j'étais condamné à survivre dans cette vie de merde. Le discours du milieu hospitalier et de mes proches ne me laissait aucune envie de vivre et de me battre. Le sujet des voix était devenu tabou je n'en parlais plus à personne et rester enfermé avec mes voix, multipliant les hospitalisations.

Mon salut je le dois à la mobilisation de quelques personnes qui m'ont permis de voir que j'étais autre chose qu'un SCHIZO. Un discours qui me disait que j'étais avant tout Vincent et entendeur de voix, que de nombreuses personnes à travers le monde, des gens connus entendaient également des voix et que tous ne passaient pas par la case psychiatrique !!!

" Mais alors si d'autres savent vivre et gérer leurs voix, pourquoi pas moi ! " voilà la première pensée positive, que j'ai retrouvée et qui me laissa entrevoir un futur intéressant et enfin une lueur d'espoir.

On a parlé d'un groupe d'entendeurs de voix qui se réunissaient à **Mons en baroeul près de Lille**, un groupe de personnes qui vivaient la même chose que moi : l'entente de voix, certains comme moi, avaient également des visions ou d'autres phénomènes. À la surprise générale de mes proches, je me mobilisai pour m'y rendre.

**La rencontre** avec les autres fut magnifique : enfin un lieu d'expression où je pouvais mettre des mots sur mes voix où on prend en compte la réalité de mon expérience, sans m'entendre dire : " ne t'occupe pas de tout ça, c'est des hallucinations, c'est ton délire pense à autre chose ". Même si je n'ai pas osé m'exprimer beaucoup lors de cette première réunion j'en suis sorti plus léger, avec le sourire retrouvé et l'envie d'y retourner. Au fur et à mesure des rencontres, je me sentais plus à l'aise de parler ouvertement de mes expériences d'entente de voix, de la détresse que je pouvais ressentir, l'isolement qu'elle me faisait vivre, **la peur, la colère, l'angoisse, la joie, la tristesse...** J'ai appris des autres, des techniques que je pouvais appliquer pour faire face à mes voix j'ai appris à redécouvrir mes voix (elles occupaient pourtant 80 % de mon temps, mais à force de lutter ou rentrer en conflit avec elles dans des discussions sans fin qui finissaient par me rendre de plus en plus mal et m'exclure de toute vie sociale, j'en avais oublié si elles avaient la moindre utilité ?) j'ai ainsi en parlant des voix pu découvrir les facteurs déclenchants et j'ai osé parler au groupe de mon histoire très personnelle sans aucun jugement des autres entendeurs de voix ils m'ont au contraire soutenu et accompagné comme je fis moi-même pour d'autres. Mes relations avec les voix ont énormément évolué, certaines ont disparu et le peu de voix qui me restent me sont très utiles même si leur discours n'est pas toujours très clair et très sympa. Et surtout **MA VIE EST GENIALE COMME JE LA SOUHAITE.**

J'ai la chance maintenant de faciliter ce **groupe de Mons en Baroeul** ainsi qu'un **autre groupe sur Armentières**. J'ai toujours autant de plaisir à m'y rendre, de permettre à chacun de pouvoir s'exprimer dans le respect de l'autre, **sortir de la stigmatisation**, continuer à connaître et explorer des techniques et approches pour mieux connaître nos voix, leurs donner un sens pour mieux composer avec, les maîtriser et ainsi voir d'autres entendeurs trouver la joie de vivre, vivre mieux avec ses voix et montrer aux autres, aux nouveaux, qu'une belle vie avec ou sans les voix est possible. Les exemples de bonheur de vie des entendeurs se multiplient, en devient contagieux que rêver de plus ? L'entente de voix est une autre aventure palpitante pleine de vie de bonheur possible où l'on peut se réapproprier un pouvoir sur nos vies en prenant entre autres un plus grand pouvoir sur nos voix. Je vous invite tous les entendeurs de voix à participer ou à monter ces groupes pour continuer l'appui que cela apporte, ainsi que l'entraide et l'enrichissement mutuel obtenu, ça en vaut le coup !

Comme vous l'avez compris, j'ai retrouvé la joie de vivre, le bonheur, des rêves... Et je profite de cet espace pour remercier **Yann Derober**, les entendeurs de voix pour leurs multiples soutiens et ce qu'ils m'apportent encore tous les jours et le **REV** pour l'espoir, le soutien qu'il apporte aux entendeurs de voix et sa mobilisation pour faire bouger et évoluer les choses.

Vincent, Entendeur de Voix, Homme Heureux.

### III.3. Droits humains et perspectives en santé mentale

Contrairement à la loi française, la CRPD ne s'appuie pas sur le concept de 'maladie mentale', mais sur celui de *psychosocial disability*<sup>65</sup>. Comme les concepts de *recovery* et de *mad pride*, celui de *disability* n'admet pas de définition figée du fait que « during the negotiations, it was impossible for the parties to agree on a definition of disability that included all persons with disabilities and excluded no person with a disability<sup>66</sup> » [217]. Il est introduit à l'article 1 de la CRPD :

#### Article premier 'Objet' de la Convention Relative aux Droits des Personnes Handicapées de l'Organisation des Nations Unies de 2006

La présente Convention a pour objet de promouvoir, protéger et assurer la pleine et égale jouissance de tous les droits de l'homme et de toutes les libertés fondamentales par les personnes handicapées et de promouvoir le respect de leur dignité intrinsèque.

Par personnes handicapées on entend des personnes qui présentent des incapacités physiques, mentales, intellectuelles ou sensorielles durables dont l'interaction avec diverses barrières peut faire obstacle à leur pleine et effective participation à la société sur la base de l'égalité avec les autres.

Le terme spécifique de *psychosocial disability* a été choisi par les survivants de la psychiatrie :

During the course of the negotiations, WNUSP developed language to refer to persons with psychiatric disabilities that moved away from the medical model of individual pathology. We described ourselves as persons with psychosocial disabilities. The word psychosocial refers to the interaction between psychological and social/cultural components of our disability. The psychological component refers to ways of thinking and processing our experiences and our perception of the world around us. The social/cultural component refers to societal and cultural

<sup>65</sup> [Traduction] Handicap psychosocial. Il est important cependant de noter que bien que la traduction française emploie le terme de 'handicap', celui-ci diffère de son emploi dans la loi de 2005 et ne répond pas à une vision médicale mais à une construction basée sur les droits humains [154].

<sup>66</sup> [Traduction] Au cours des négociations, il a été impossible pour les parties de s'entendre sur une définition de *disability* qui inclurait toutes les personnes avec une *disability* et n'excluait aucune personne avec une *disability*.

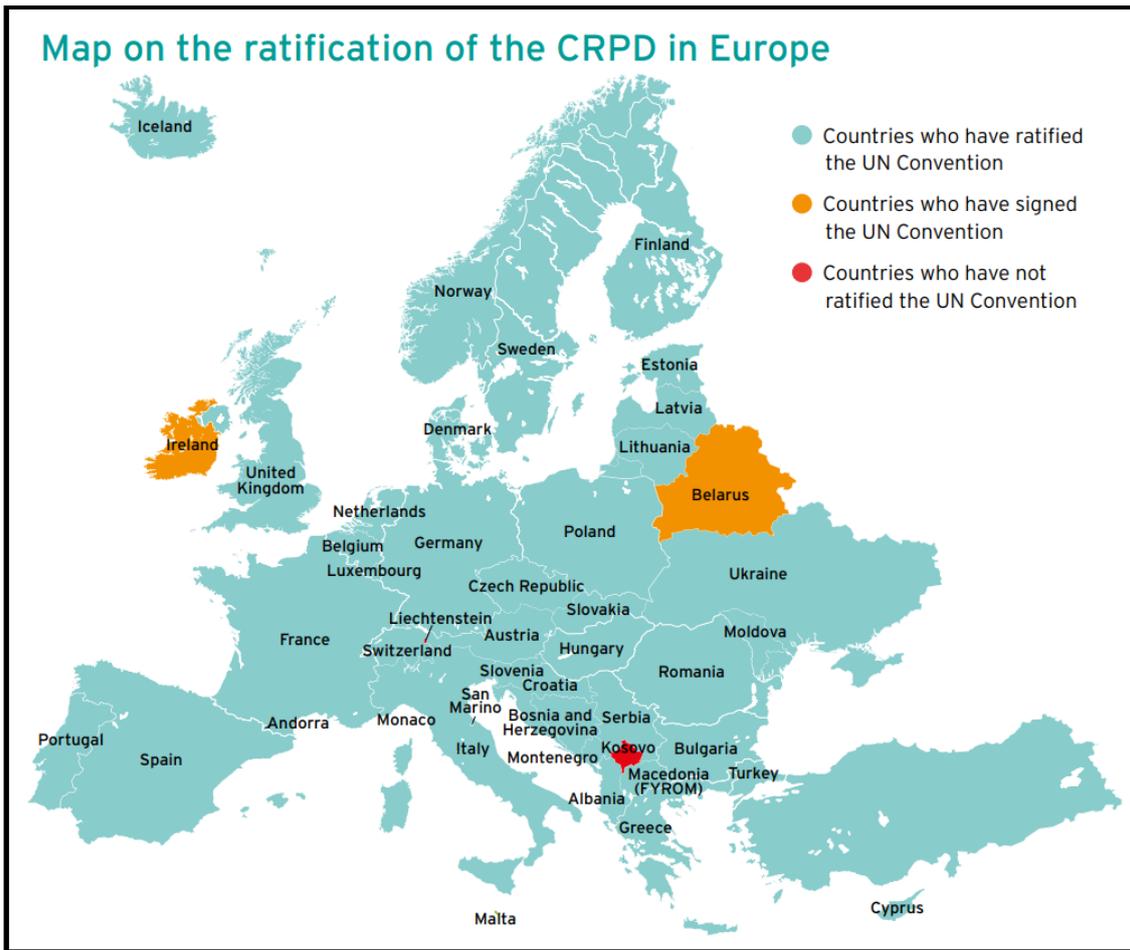
limits for behavior that interact with those psychological differences/madness as well as the stigma that the society attaches to labeling us as disabled<sup>67</sup> [217].

La CRPD et son application ont été étudiées en détail [18,27,36,89,95,96,218], et tous s'accordent sur son contenu, à l'exception des articles 12 et 14 dont l'application reste discutée [91]. La difficulté d'application de ces articles tient sur leur contradiction avec le système actuel de l'internement et de ce fait leur remise en cause du modèle biomédical [36]. Plusieurs pays ont ainsi émis des réserves sur leur mise en application [219]. Ce n'est pas le cas de la France qui en 2010 signe et ratifie la CRPD dans son intégralité, sans réserve, ainsi que son protocole additionnel (Annexes 1.1 & 1.2) [29]. La CRPD est un standard largement partagé en Europe (Figure 45), et dans le monde entier (Figure 46). Son application amène à un changement des pratiques mais aussi des modèles en santé mentale.

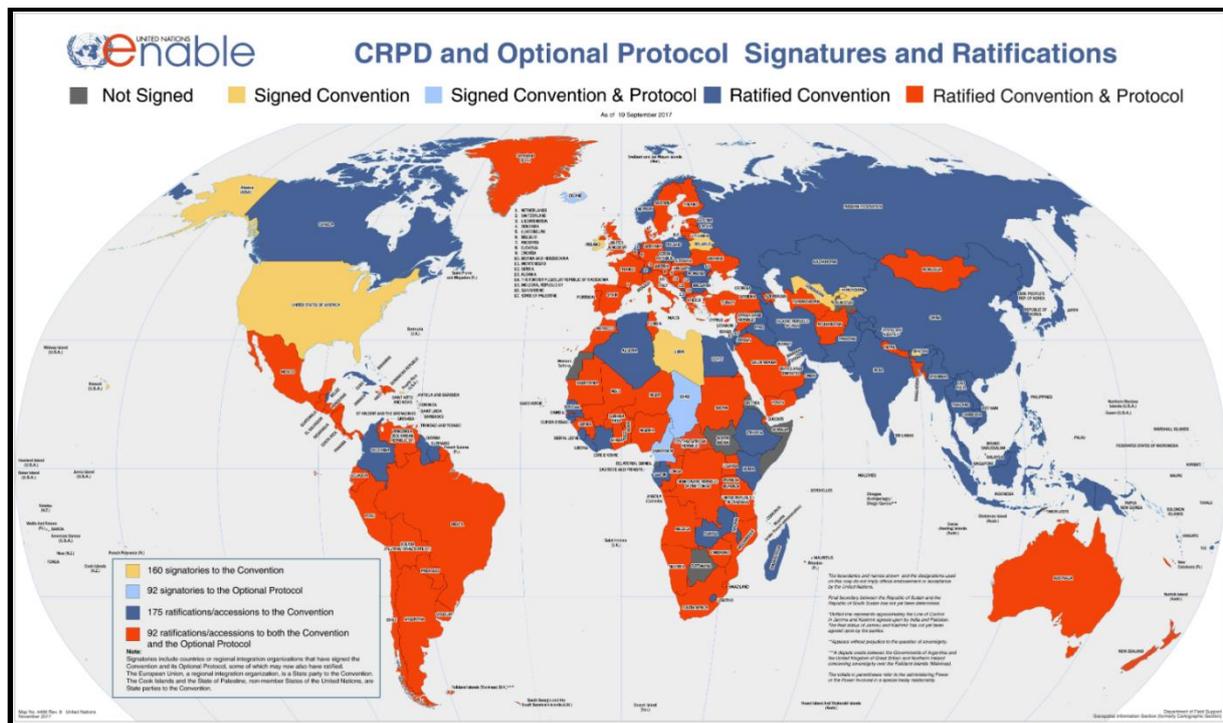
En effet, nous avons vu que le modèle basé sur la 'maladie mentale' et la dangerosité se structure autour d'un mécanisme de régulation en *feedforward* étant donné que l'erreur est considérée intolérable. Cependant, ce système souffre de la faiblesse de ses mécanismes de détection et d'anticipation. Le paradigme de la *Mad Pride* amène à réinterroger la tolérance du système à l'erreur. La fermeture des hôpitaux psychiatriques en Italie [220] et le système non discriminatoire islandais [153] sont des exemples concrets que l'erreur est possible et qu'elle ne menace pas la survie du système. Ainsi, la possibilité de l'erreur est admise mais elle est aussi encouragée

---

<sup>67</sup> [Traduction] Au cours des négociations, la WNUSP a élaboré un langage pour faire référence aux personnes ayant des handicaps psychiatriques qui se sont éloignées du modèle médical de la pathologie individuelle. Nous nous sommes décrits comme des personnes ayant des *psychosocial disabilities*. Le mot psychosocial fait référence à l'interaction entre les composantes psychologiques et socioculturelles de notre handicap. La composante psychologique fait référence aux façons de penser et de traiter nos expériences et notre perception du monde qui nous entoure. La composante socioculturelle fait référence aux limites sociétales et culturelles du comportement qui interagissent avec ces différences/maladies psychologiques ainsi qu'à la stigmatisation que la société attache à nous étiqueter comme handicapés.



**Figure 45. Signatures et ratifications de la CRPD et du protocole additionnel en Europe.**  
In [221].



**Figure 46. Signatures et ratifications de la CRPD et du protocole additionnel dans le monde.**  
In [222].

sous son aspect de droit humain fondamental. Ce n'est donc pas que le système est en capacité de tolérer les erreurs, mais c'est son devoir de le faire, étant établi l'équité des personnes devant la loi et l'engagement commun au niveau mondial vers des objectifs de lutte contre les inégalités. Les possibilités accrues de tolérance des erreurs ouvrent la possibilité d'une organisation de la régulation sur un mécanisme de *feedback* qui, en l'état actuel des connaissances, permettra une régulation plus efficace et efficiente du système, et conforme aux droits humains.



En février 2019, dans le journal *World Psychiatry*, le docteur D. Pūras, rapporteur spécial de l'ONU sur le droit qu'a toute personne de jouir du meilleur état de santé physique et mentale possible, met en avant les bénéfices pour la discipline psychiatrique à évoluer « from a tutelary to a facilitative role, including unlocking funds currently used for coercion and addressing important issues of image and reputation. It should be in the interests of psychiatry as a medical profession to substantially reduce its reliance on coercion, and to spread such a message to its members worldwide<sup>68</sup> » [223]. Le pouvoir dont jouissent les psychiatres est un élément central de ce débat sur l'enfermement et « the shift would diminish the "formal power" currently afforded to psychiatrists<sup>69</sup> » [223].

En 1934, le philosophe politique allemand C. Schmitt commence son livre *Political Theology*<sup>70</sup> par définir que « Souverän ist, wer über den Ausnahmezustand

---

<sup>68</sup> [Traduction] d'un rôle de tutelle à un rôle de facilitation, y compris le déblocage de fonds actuellement utilisés à des fins de contrainte et le règlement de questions importantes en matière d'image et de réputation. Il devrait être dans l'intérêt de la psychiatrie en tant que profession médicale de réduire considérablement son recours à la contrainte et de diffuser un tel message à ses membres dans le monde entier.

<sup>69</sup> [Traduction] le changement diminuerait le "pouvoir formel" actuellement accordé aux psychiatres.

<sup>70</sup> [Traduction] Théologie politique.

entscheidet<sup>71</sup> » [224]. Cette idée que le pouvoir est la possibilité de définir l'exception, et donc de déroger à la loi, reste fondatrice de la pensée du 20<sup>e</sup> siècle, et les interrogations contemporaines se centrent sur les limites de notre capacité à déceler et justifier cette exception [225]. Définir l'exception c'est, de fait, définir la norme [226]. D'après cette définition, diminuer son pouvoir reviendrait pour le psychiatre à diminuer son autorité sur l'exception, c'est-à-dire son autorité à différencier ce qui est 'normal' de ce qui est 'anormal', alors perçu comme 'malade'. Cette situation est unique en médecine puisque dans le cas de la psychiatrie le concept de 'malade' sous-entend l'exception à la loi, que ce soit par l'irresponsabilité pénale (Art. 122-1 du Code Pénal) ou par la possibilité dérogatoire d'enfermement par l'internement. Cette exception à la loi est fondatrice de la profession et diminuer le pouvoir du psychiatre passe donc nécessairement par une réforme identitaire, et par la suppression du lien entre 'maladie mentale' et exception à la loi, et entre 'maladie mentale' et mesures spécifiques d'atteintes aux droits. Ceci invite à repenser l'intégralité de la discipline et des paramètres dans lesquels elle évolue, qui considère que « l'utilisation de la contrainte en psychiatrie a donc bien une utilité et une légitimité dans la prise en charge des malades mentaux et elle est donc un outil de soins » [45].

Cela appelle également à interroger l'objectif de la psychiatrie. Nous avons vu que le *recovery* proposait un nouveau paradigme de soins, pour autant la discipline s'est construite sur la notion d'ordre public. Nous avons vu que le statut de 'maladie' reste une notion controversée et les définitions contemporaines se centrent sur la notion de 'fonctionnement social' [45], amenant une deuxième définition de la 'maladie' : celle de la perturbation sociale qui renvoie à celle d'ordre public. Cependant, la *psychiatrie*

---

<sup>71</sup> [Traduction] Souverain est celui qui décide de l'exception.

peut-elle répondre à cet enjeu ? Dans son livre *Stokely Speaks: From Black Power to Pan-Africanism*, K. Ture<sup>72</sup> dénonce qu'« Hitler had the most efficient system of law and order we've ever seen. He happened to have been a fascist. He did not have justice coupled with his law and order. The United States knows about law and order. It does not know about justice<sup>73</sup> » [227]. Aussi, la recherche de l'ordre public ne pourrait se suffire en l'absence de justice, et cette définition de la 'maladie' nous ramène alors à ces questionnements sur la discrimination systémique et la place de la psychiatrie dans un possible système d'oppression.



L'Université de Melbourne a récemment réalisé – à la demande de C. Devandas-Aguilar, rapporteuse spéciale de l'ONU sur les droits des personnes handicapées – une revue de la littérature scientifique portant sur les alternatives à la contrainte en santé mentale dont le Tableau XI présente les thèmes principaux. Un rapport récent de Santé Mentale Europe recense ces pratiques au niveau européen (Annexe 9). Le *Voice Hearing Network*<sup>74</sup> britannique a également publié un rapport parallèle au rapport officiel d'évaluation de la loi sur la santé mentale (*Mental Health Act*) [93]. Dans le rapport officiel, les auteurs se déclarent en non-conformité avec la CRPD, argumentant que cela demanderait des réformes trop profondes [106]. Le rapport alternatif reprend plusieurs éléments de la revue de la littérature scientifique et illustre une transformation

---

<sup>72</sup> Militant afro-américain, ancien premier ministre honoraire du *Black Panther Party*, pour plus d'informations voir [242].

<sup>73</sup> [Traduction] Hitler avait le système d'ordre public le plus efficace que nous ayons jamais vu. Il se trouve qu'il était fasciste. Il n'avait pas la justice associée à l'ordre public. Les États-Unis connaissent l'ordre public. Ils ne connaissent pas la justice.

<sup>74</sup> [Traduction] Réseau sur l'Entente de Voix.

possible des services de santé mentale britanniques vers une mise en conformité avec la CRPD et les droits humains<sup>75</sup> [93].

**Tableau XI. Thèmes de la revue de littérature de l'Université de Melbourne sur les alternatives à la contrainte.**  
D'après [119].

<b>Thèmes généraux</b>	
Politiques et pratiques de promotion des droits de l'homme, du <i>recovery</i> , et prises en compte du traumatisme	<p>Respect des droits de la CRPD</p> <p>Pratiques orientées <i>recovery</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Connectivité</li> <li>▪ Espoir et optimisme pour l'avenir</li> <li>▪ Reconstruction ou redéfinition d'une identité positive</li> <li>▪ Poursuite d'une vie enrichissante</li> <li>▪ Autonomisation par la responsabilité personnelle</li> </ul> <p>Pratiques prenant en compte le traumatisme</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Comprendre le traumatisme et son impact</li> <li>▪ Promotion de la sécurité</li> <li>▪ Assurer la compétence culturelle</li> <li>▪ Soutenir le contrôle, le choix et l'autonomie de l'utilisateur</li> <li>▪ Partage du pouvoir et de la gouvernance</li> <li>▪ Intégration des soins</li> <li>▪ Soins par la relation</li> <li>▪ Possibilité de se rétablir</li> </ul>
Politiques nationales	Inclusion des projets dans les politiques nationales
Lois conçues pour réduire, mettre fin ou prévenir la contrainte	Réformes légales réduisant voire interdisant les pratiques de contrainte
Initiatives et recherche "dirigées par les pairs"	Développer les projets pratiques et de recherche dirigés par des personnes paires, expertes d'expérience

<sup>75</sup> On peut noter que ce rapport alternatif propose de garder une période d'internement maximale de 72 heures en réponse aux situations de crise. Une adaptation française devrait prendre en compte les dispositifs spécifiques dont la possibilité d'une mise en garde à vue.

<p>Apporter un soutien familial en cas de crise et besoins de soutien</p>	<p>Développer des réponses s'appuyant sur les réseaux familiaux et sociaux des personnes et favorisant l'inclusion de la personne dans la communauté, telles que :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Open Dialogue</li> <li>▪ Conférences familiales</li> </ul>
---	--

## Stratégies en milieu hospitalier pour réduire la contrainte

<p>Réduire l'isolement et la contention</p>	<p>Adopter un objectif de non recours aux pratiques de mise à l'isolement et de contention</p>
<p>"Six stratégies de base pour réduire le recours à l'isolement et à la contention"</p>	<p>Plusieurs études sur les 'six stratégies de base pour réduire le recours à l'isolement et à la contention' mettent en avant le bénéfice de :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Évaluation nationale</li> <li>▪ Changement de culture organisationnelle en mettant l'accent sur les droits de l'homme, le <i>recovery</i> et la prise en compte du traumatisme</li> <li>▪ <i>Advocacy</i> indépendante ciblant l'opinion publique, les politiciens, les décideurs et les services</li> </ul>
<p>Politiques portes ouvertes</p>	<p>Adopter une politique de service portes ouvertes</p>
<p>Créer des <i>safewards</i>, changer l'environnement physique et améliorer la culture de service</p>	<p>Le modèle britannique des <i>safewards</i> a montré une réduction des conflits et du recours à la contrainte. De manière générale, organiser les services autour de la prévention des situations de conflits</p>
<p>Mettre l'accent sur les "facteurs environnementaux" dans les hôpitaux</p>	<p>Agir sur les facteurs structureaux des services, notamment :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Formation des professionnels</li> <li>▪ Professionnels suppléants</li> <li>▪ Conditions de travail adéquates</li> <li>▪ Séparation des personnes présentant une agitation aiguë</li> <li>▪ Ratio professionnels/usagers</li> <li>▪ Identification des déclencheurs de crise chez les usagers</li> </ul>
<p>Examiner la relation entre les caractéristiques des usagers des services et la contrainte</p>	<p>S'interroger sur les caractéristiques communes des personnes sur qui la contrainte reste employée (facteurs de la littérature : sexe administratif masculin, chômage, bas niveau socio-économique, statut migratoire, etc.)</p>
<p>Le nombre de professionnels par rapport</p>	<p>Adapter les services au nombre de personnels</p>

au nombre d'utilisateurs des services et les caractéristiques des professionnels	Adapter la composition des équipes
Existence de registres/rapports	Mises en place de relevés exhaustifs et méthodologiquement adaptés rendant compte de l'emploi de toutes les formes de contrainte Ceci vient en complément des obligations de l'article 31 de la CRPD
Techniques de désescalade	Formation des professionnels à des techniques de désescalade, qui ne peut être pour autant considérée comme suffisante

## Alternatives à la contrainte dans la communauté

Programmes résidentiels pour les personnes en crise aiguë comme alternatives à l'hospitalisation	Développer des services communautaires d'hébergement en cas de crise, partageant les caractéristiques de : <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Hébergement de nuit</li> <li>▪ Faible nombre de lits</li> <li>▪ Environnement familial</li> <li>▪ Prise en charge intensive</li> </ul> Plusieurs exemples sont cités : <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Lieux et maisons de répit</li> <li>▪ Lieux et maisons de répit gérés par des paires</li> <li>▪ Services de répit en cas de crise</li> <li>▪ Accueil familial</li> </ul>
S'attaquer aux pratiques de contrainte en matière de logement et de services de vie autonome	Organiser les décisions et choix du logement selon les préférences des personnes et non l'évaluation des professionnels Développer les programmes de logement d'abord
Résolution des crises communautaires et soutien à domicile	Développer les services mobiles de crise à domicile afin d'éviter l'hospitalisation, Y compris pour certains publics spécifiques dont les enfants

## Autres tendances de la littérature

Planification anticipée pour améliorer les interventions en cas de crise	Développer les modalités de décision anticipée, notamment : <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ <i>Joint Crisis Plans</i></li> <li>▪ <i>Psychiatric Advance Directives &amp; Advance Statements</i></li> </ul>
--	---

Recours à l' <i>advocacy</i> non juridique	Développer les initiatives d' <i>advocacy</i> indépendantes des institutions juridiques et des services de santé, tels que le système suédois des <i>Personal Ombudsmen</i>
Réduire la crainte de la contrainte	Réduire les recours à la contrainte, mais aussi les mises en garde concernant l'adhésion au traitement. Le recours à la contrainte, mais aussi les menaces et la présence informelle de la possibilité de contrainte réduisent l'accès aux soins par les personnes, renforçant l'emploi de mesures de contraintes
Parcours de soins en santé mentale culturellement adaptés	Prendre en compte les besoins spécifiques de certains groupes et proposer des pratiques adaptées culturellement
Prise de décision assistée	Favoriser la prise de décision assistée à la contrainte, cela nécessite : <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Développement des capacités de communication et pratiques connexes chez les professionnels</li> <li>▪ Introduction de mécanismes juridiques de décision assistée</li> </ul> Encourager et accompagner les personnes dans la prise de risques positifs
Proposition d'approches sans ou avec de faibles doses de traitements psychotropes	Adopter une pratique clinique conforme au consentement libre et éclairé par la personne Anticiper et proposer des solutions alternatives aux traitements médicaments dont la possibilité de réduire les doses et la possibilité de ne pas y avoir recours

L'application pratique de la CRPD et du concept de "*disability*" n'est plus hypothétisée et s'accompagne donc de changements concrets dans les pratiques [18,27,36], notamment à travers le programme QualityRights de l'OMS [40]. Cependant, la mise en regard d'importantes réserves de professionnels sur l'application des articles 12 & 14 de la CRPD aux "*psychosocial disabilities*" [91] face au peu de recherches sur le sujet [95] interroge cette volonté de changement. Dans son rapport de 2017, le docteur D. Pūras, rapporteur spécial de l'ONU sur le droit qu'a toute personne de jouir du

meilleur état de santé physique et mentale possible, met en avant les objectifs de réforme participative, de recherche, et de formation :

pour résoudre les déséquilibres de l'approche biomédicale dans les services de santé mentale, le Rapporteur spécial recommande ce qui suit :

- a) Les États doivent prendre des mesures immédiates pour instaurer des cadres de participation inclusifs et utiles aux fins de l'élaboration des politiques publiques et de la prise des décisions qui s'y rapportent, afin de faire participer, entre autres, les psychologues, les assistants sociaux, le personnel infirmier, les usagers des services de santé mentale, la société civile et les personnes qui vivent dans la pauvreté et dans des situations de grande vulnérabilité ;
- b) Les États et les autres parties intéressées, notamment les acteurs des milieux universitaires, doivent revoir les priorités de la recherche en santé mentale pour que soient menés des travaux de recherche indépendants, participatifs et de qualité dans le domaine des sciences sociales et que soient créées des plateformes répondant aux mêmes critères, qui permettent d'envisager des modèles de services non coercitifs ;
- c) Les États doivent collaborer avec les milieux universitaires pour combler le fossé des connaissances qui existe dans les cursus médicaux en matière de santé mentale fondée sur les droits et les données probantes [36].

La revue réalisée par l'Université de Melbourne met en avant plusieurs pistes de recherche :

- Davantage de recherches dirigées par des personnes ayant une *psychosocial disability* ou faisant activement appel à leur participation [...]
- Des méthodes de recherche plus mixtes qui intègrent à la fois les sciences naturelles et les sciences sociales [...]
- Recherche explicitement fondée sur l'objectif de réduire, de mettre fin et de prévenir la contrainte [...]
- Plus de recherche sur l'impact de la prise en compte du traumatisme sur la réduction et l'élimination de la contrainte [...]
- Alliances accrues entre les universitaires et les organisations d'usagers des services, les décideurs politiques et les professionnels [...]
- Un examen exhaustif des documents en langue autre qu'anglais [...]
- Mettre davantage l'accent sur la réduction et l'élimination de la contrainte pour les personnes âgées et les autres groupes marginalisés dans le contexte de la santé mentale [...]
- Plus de recherche sur le changement culturel organisationnel [...]
- Davantage de recherches sur la réduction des privations de liberté dans les cadres communautaires et familiaux [...]
- Établissement d'un cadre pour la collecte de données empiriques [...] [119]

La justice sociale est un objectif affiché de l'ONU [228], et se retrouve dans les Objectifs de Développement Durable (SDG) à l'horizon 2030 (Figure 48). Cet agenda de l'ONU intitulé *Transforming our world: the 2030 Agenda for Sustainable Development*<sup>76</sup> représente un engagement international, obtenu après deux ans de négociations, de 193 pays vers 169 cibles réparties dans 17 objectifs [229].



**Figure 47. Liens entre les SDG et la CRPD.**  
 In [221].

<sup>76</sup> [Traduction] Transformer notre monde : l'Agenda 2030 pour le développement durable.



Figure 48. Les 17 Objectifs de Développement Durable de l'ONU  
In [230].

Bien que le système de soins ne soit abordé qu'à l'objectif 3 'Assurer une vie saine et promouvoir le bien-être pour tous à tous les âges', le concept de *disability* apparaît transversal aux SDG (Figure 47) [221]. De nombreux objectifs portent sur l'inclusion des personnes avec une *disability* (objectifs 3, 4, 5, 6, 7, 8, et 16), également repris dans plusieurs indicateurs [221] :

- la protection sociale (objectif 1, cible 1.3, indicateur 1.3.1),
- l'accès matériel (objectif 4, cible 4(a), indicateur 4.a.1(d)) et effectif (objectif 4, cible 4.5, indicateur 4.5.1) à l'éducation,
- le revenu et l'accès à l'emploi (objectif 8, cible 8.5, indicateurs 8.5.1 & 8.5.2),
- l'inclusion sociale (objectif 10, cible 10.2, indicateur 10.2.1),
- l'accès aux transports (objectif 11, cible 11.2, indicateur 11.2.1) et aux espaces publics (objectif 11, cible 11.7, indicateurs 11.7.1 & 11.7.2),
- la participation aux processus décisionnels (objectif 16, cible 16.7, indicateurs 16.7.1 & 16.7.2),
- et l'amélioration de la collecte de données permettant de rendre compte des contextes nationaux (objectif 17).

Le concept de *disability* permet donc une approche globale de la situation des personnes sur leur santé en intégrant les éléments connexes de revenus, inclusion sociale, logement, etc. De fait, il a été mis en avant que les services de santé mentale devraient s'organiser autour, en remplacement de celui de 'maladie mentale' dans les cas où celui-ci s'oppose au principe de consentement [231]. Pour autant, cela ne signifie pas un abandon du concept de 'maladie mentale' qui reste un outil opérant de résolution de nombreuses situations [36], et dont l'emploi libre et conforme au principe du consentement ne rendrait que plus opérant [223], sans pour autant le rendre nécessaire [36].

La modélisation initiale issue de notre analyse bibliométrique plaçait la question de l'internement au carrefour des notions de liberté, de santé et de dangerosité (Figure 8). Cependant, même si le consensus actuel s'engage vers la réduction des pratiques d'enfermement, on ne peut y voir un processus unifié. Les études sociologiques mettent en évidence différentes typologies de psychiatres<sup>77</sup> [232] dont les décisions reposeraient sur différentes hiérarchisations de normes visant à résoudre le conflit entre les droits des personnes et l'ordre public [233]. Sur la base de modélisations cybernétiques, nous différencions deux types de dynamiques (Figure 49).

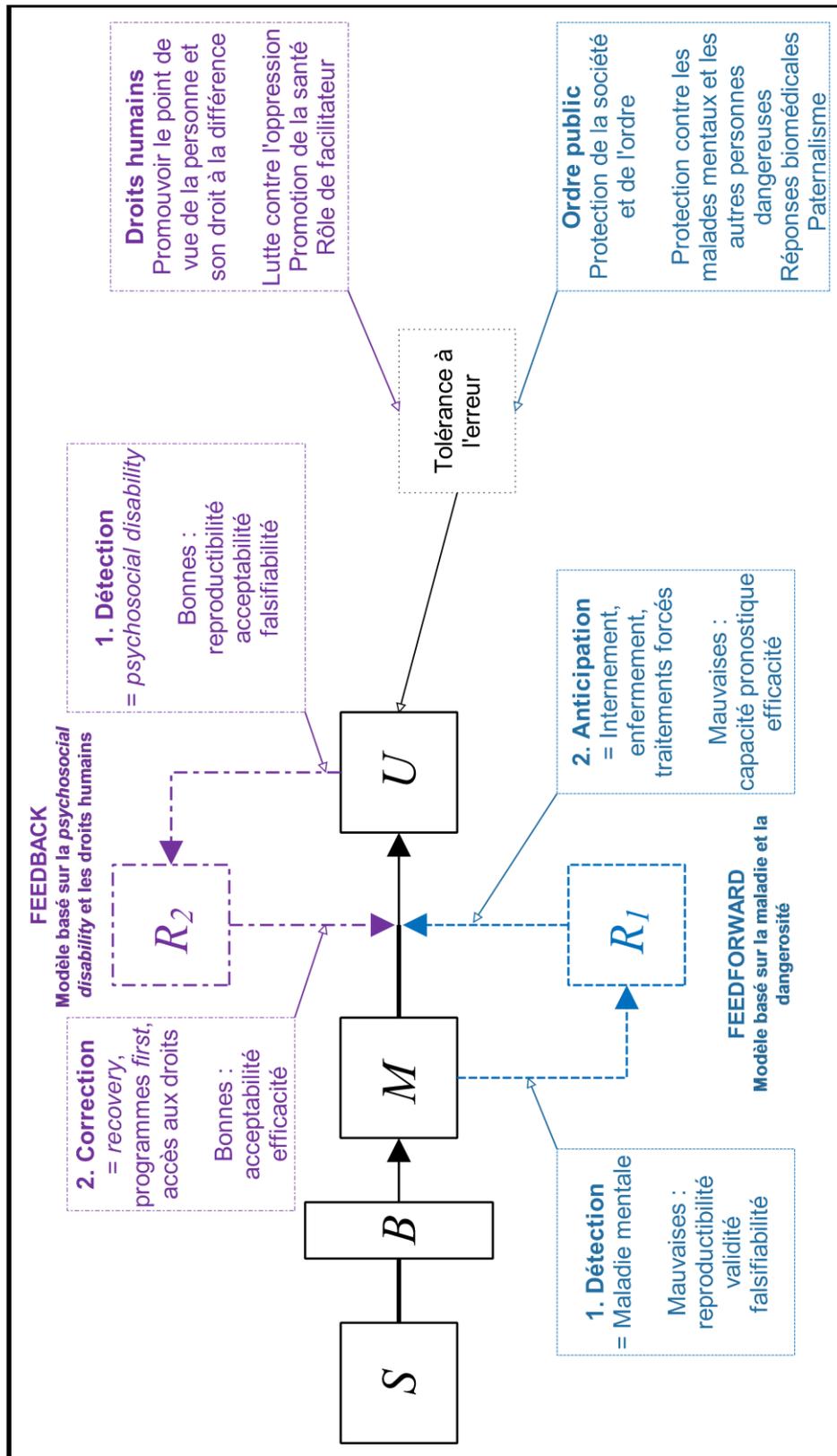
D'abord les dynamiques de contrôle de l'enfermement, basées sur l'idée que l'enfermement est une nécessité dont il faut prévenir des abus. Cette nécessité serait inhérente à la 'maladie mentale' qui rendrait, dans certaines situations que le psychiatre est le seul à pouvoir définir, les personnes dangereuses ou incapables. Poursuivant un objectif d'ordre public, elles reposent sur la détection et l'anticipation des conséquences, mettent en avant l'évaluation clinique et l'importance du pronostic.

Ensuite, les dynamiques d'abolition de l'enfermement, le reconnaissant comme une violence dont le médecin peut être acteur mais dont il ne peut être juge. Basée sur la protection des droits des personnes, elles reposent sur la détection et la correction des problèmes de santé, mettant l'accent sur les limitations fonctionnelles et leur rétablissement.

Cette modélisation devrait permettre de faciliter la construction de recherches futures sur la réduction de l'enfermement en rendant compte de l'articulation de nombreux concepts en santé mentale.

---

<sup>77</sup> Dans son étude C. Guibet-Lafaye met en évidence cinq types de psychiatres : 'médical', 'paternaliste', 'humaniste', 'contrôle social', et 'défense des droits', reposant sur des objectifs et des identités professionnelles différentes. Pour plus d'informations, voir [232].



**Figure 49. Place des modèles en santé mentale dans les différentes stratégies de régulation.**

Une perturbation (S) est d'abord absorbée par buffering (B), puis si elle persiste elle entre dans le domaine de compétence du médecin (M) dont le rôle est ici d'assurer la survie du système social (U). Pour cela, deux mécanismes de régulation sont possibles : le premier en bas en bleu ( $R_1$ ) est basé sur le feedforward et le modèle de la maladie mentale et de la dangerosité ; le deuxième en haut en violet ( $R_2$ ) est basé sur le feedback et le modèle de la psychosocial disability et des droits humains. Le choix entre ces mécanismes est influencé par la tolérance du système à l'erreur.



**CONCLUSION**

Les pratiques d'enfermement par la psychiatrie sont sources de conflits au sein de la profession et avec l'ensemble de la population. Elles contribuent à l'image négative et au retard d'accès aux soins de santé mentale. Indépendamment de leur contenu, elles sont ainsi en directe opposition avec le droit qu'a chaque personne de jouir du meilleur état de santé possible. Elles ont été abordées sous l'angle de la stigmatisation, en présupposant que toute image négative de la psychiatrie est illusoire. Pourtant, personne ne remet en cause la réalité de ces pratiques. Elles ont été abordées sous l'angle de l'éthique, censée guider au mieux leur emploi estimé nécessaire. Pourtant, la population est régulièrement exposée à des exemples de dérives majeures. Ces pratiques sont considérées par le Conseil International des Droits de l'Homme de l'Organisation des Nations Unies comme une forme de mauvais traitement voire de torture. Aussi, au lieu de s'interroger sur l'éthique de leur emploi et la stigmatisation associée, ce travail s'est centré sur une interrogation métaphysique : est-il possible d'y avoir recours ?

En abordant le sujet sous cet angle sceptique, ce qu'on interroge c'est l'épistémologie de l'enfermement : comment sait-on que l'on peut enfermer ? C'est donc une interrogation nécessairement identitaire puisqu'elle remet en cause la façon dont la discipline psychiatrique a de construire son savoir. Cette interrogation n'est pas faite pour mettre à mal la discipline, mais au contraire pour la renforcer. En cela, elle se détache des enjeux de pouvoirs pour revenir à ce que nous sommes censés partager comme objectif : permettre aux personnes de jouir du meilleur état de santé possible. Pour répondre à cette interrogation, nous avons fait le choix d'explorer la place de la discipline dans le système social, c'est-à-dire l'espace dans lequel elle se construit et évolue.

—

Alors que le statut de discipline médicale parmi les autres est une revendication forte de la psychiatrie, elle reste une exception dans une médecine qui s'oriente de plus en plus vers le respect du consentement libre et éclairé et des droits fondamentaux. Historiquement, la psychiatrie s'est construite comme mesure garante de l'ordre public alternative au système judiciaire. La loi de 1838, loi fondatrice de la discipline et première loi régissant l'internement en France, prévoit en effet la possibilité d'atteindre aux droits fondamentaux d'une personne sans l'intervention du système judiciaire. Les deux lois suivantes de 1990 et de 2011 se sont inscrites dans cette continuité. Le rôle demandé à la psychiatrie dans le système social est donc l'ordre public et l'enfermement.

Dans cet espace, agir comme médecin demande donc de consacrer une énergie importante à l'interface entre une pratique médicale centrée sur la santé, et une demande sociale centrée sur l'ordre public. Ce paradoxe a amené la profession à redéfinir le statut de médecin en intégrant les contraintes du système dans sa définition, de sorte que leur recours est reconnu comme étant non seulement obligatoire, mais également nécessaire. L'enfermement est alors érigé comme un soin à part entière, de même que le trouble à l'ordre public comme une maladie. Pourtant, les outils de l'enfermement sont inopérants voire contreproductifs pour soigner. On sait que l'enfermement réduit l'accès aux soins des personnes ayant été enfermées ou craignant de l'être. De plus, en droit français, l'internement est une mesure d'enfermement qui empêche le consentement et donc les soins non urgents. Interner une personne avec un problème de santé mentale pour la soigner crée donc un paradoxe : une personne en souffrance sera alors davantage privée de liberté et sera placée dans une situation où des soins légaux sont limités voire impossibles.

Dans cet espace, le médecin poursuivant des objectifs de santé doit constamment les mettre en perspective avec d'autres sécuritaires, sociaux, ou politiques. Cette hiérarchie des normes amène les enjeux sécuritaires à prévaloir, occasionnant des pratiques contraires aux objectifs de santé, et source de malaise chez les professionnels. Les capacités de détection et d'anticipation qui sont demandées à la psychiatrie poussent la discipline vers une sensibilité importante, prenant ainsi le risque d'enfermer à tort des personnes. L'enfermement physique et la surveillance permise par les programmes de soins rend possible un système où près d'une centaine de milliers de personnes sont chaque année en France privées de leurs libertés et internées. Les analyses et rapports font état de pratiques hétérogènes, en augmentation, et globalement dérégulées. Mais l'enfermement physique dépasse les personnes internées et concernent également le reste des personnes ayant recours au système de soins et dont il n'est pas possible de savoir si elles se soignent pour leur santé ou par crainte de l'enfermement.

—

Les caractéristiques de la psychiatrie ne lui permettent pas d'assumer ce rôle de protection de la société contre les hypothétiques méfaits de personnes dangereuses, malades voire folles. En demandant à la psychiatrie de prévenir le danger, elle devient un système parallèle dans lequel sont enfermées des personnes estimées indésirables. Ce fonctionnement est également une mauvaise utilisation des ressources disponibles puisqu'il ne s'appuie pas sur les forces de la discipline, et s'oppose directement à celles des personnes enfermées.

De plus, l'enfermement en psychiatrie dépasse l'enfermement physique et sa menace, mais tend à englober le concept de maladie mentale entier. De par sa stigmatisation, mais surtout par la place qu'elle occupe dans le système psychiatrique, l'étiquette de maladie mentale place en position de vulnérabilité les personnes. Non seulement elles

porteront la responsabilité de leur situation et souffriront d'avantage d'injustice épistémique, mais elles vivront désormais sous la menace de l'enfermement. La construction scientifique des diagnostics interroge également : ils sont peu reproductibles, peu valides et peu falsifiables. Ils apparaissent alors comme des concepts reflet de ce qu'une société à une époque donnée considère acceptable. Ceci a amené à considérer la psychiatrie comme un système d'oppression, face auquel, dans la suite des mouvements des droits civiques américains, il est acceptable de lutter. Non seulement cette définition ne correspond pas à celle d'un système de soins, mais c'est de cette contreculture que sont venues les avancées récentes en matière de santé, notamment avec la notion de *recovery*.

Ces mécanismes viennent renforcer l'interrogation identitaire des psychiatres. Actuellement, la discipline est dominée par l'idée que la résolution de cette crise identitaire viendra d'un renforcement du modèle biomédical, de la découverte de substrats des diagnostics, et de l'amélioration des traitements médicamenteux. Cependant, cette idée vient renforcer de manière circulaire le paradoxe dans lequel se trouve la discipline : plus les maladies mentales seront biologiques, plus il conviendra de forcer les traitements, plus il conviendra d'enfermer, et plus on aura besoin que les maladies soient biologiques. La discipline semble persuadée que c'est en développant des modèles biomédicaux que nous serons reconnus comme de vrais médecins. À l'inverse, les recommandations de l'Organisation des Nations Unies et de l'Organisation Mondiale de la Santé, mettent en avant que c'est en renonçant à l'enfermement et en adoptant le principe de consentement libre et éclairé, que nous serons de vrais médecins. Les modèles construits sur la base des droits humains représentent une opportunité pour la discipline de sortir de ses paradoxes et d'adopter

le discours médical dans ce qu'il a de plus élémentaire : permettre aux personnes de jouir du meilleur état de santé possible.

—

La situation que nous avons exploré soutient l'idée que ces modèles sont applicables à la situation française et que les arguments qui leurs sont opposés tiennent davantage de la résistance au changement que d'éléments tangibles. L'existence des mesures de soins psychiatriques sans consentement sur décision du représentant de l'État dans un système de santé surprend. En effet, elles placent l'enfermement et l'absence de consentement comme réponse à une mise en danger de l'ordre public, mais, à l'image du placement volontaire de la loi de 1838, elles n'interrogent pas la décision de la personne. Elles permettent d'enfermer et donc empêchent de consentir une personne qui aurait par ailleurs consenti à des soins librement. Enfin, contrairement à l'argumentation possible sur la place du juge des libertés et de la détention dans le contrôle de l'internement, ces mesures ne présentent aucune garantie contre l'erreur. Il semble inconcevable d'engager un discours sur la stigmatisation de la psychiatrie, encore moins sur sa place parmi les disciplines médicales, tant que de telles mesures restent possibles.

Notre analyse a montré que le recours aux mesures de soins psychiatriques sans consentement sur décision du représentant de l'État ne répondait ni aux modèles épidémiologiques, incapables d'expliquer leurs variations, ni aux données de la criminalité. Il est essentiellement lié au milieu urbain et rythmé par un calendrier administratif, renforçant la perception du système psychiatrique comme un système d'oppression institutionnel. Les variations de recours et de durée évoquent d'importantes disparités dans l'organisation des systèmes de soins, dont le seul point commun est alors celui d'enfermer.

Il semble difficile pour un psychiatre du service public de se soustraire à cette injonction d'enfermement et de maintien de l'ordre public. Elle est inscrite comme mission que partagent tous les psychiatres du service public, quelles que soient leurs orientations cliniques, les organisations de service, les modèles théoriques, etc. Ce qui est surprenant, à l'heure où les mesures d'internement par le préfet sont interrogées, c'est qu'au lieu de profiter de l'occasion pour se délester de cette responsabilité, de demander à embrasser un modèle basé sur les droits humains et le *recovery*, les représentants principaux de la psychiatrie demandent à garder le monopole de l'enfermement, argumentant sur la spécificité des troubles psychiques. Pourtant, étant établies les situations catastrophiques dans lesquelles les personnes internées sont, il semble urgent d'agir. Chaque année la Contrôleure Générale des Lieux de Privation de Libertés produit des recommandations en urgence, le Conseil International des Droits de l'Homme produit un rapport tous les six mois argumentant la transformation de la discipline. Ces éléments ne peuvent plus être ignorés aussi, ne pas agir pour transformer la discipline vaut opposition. On peut notamment citer le programme QualityRights de l'Organisation Mondiale de la Santé. L'adoption du modèle basé sur les droits humains permettrait, à l'image des aliénistes du début du 20<sup>ème</sup> siècle – qui ont rejeté un modèle asilaire arbitraire pour mettre en place un modèle guidé par la science – de réformer la discipline. Cela permettrait ainsi une pratique plus en accord avec les droits des usagers et notamment le droit qu'à chaque personne de jouir du meilleur état de santé physique et mentale possible, et permettrait également de développer une recherche plus rigoureuse et robuste.

—

Ce travail a lieu à un moment particulier de mon parcours. Sa soutenance s'accompagne d'un nouveau statut social et me permettra d'embrasser pleinement mon métier de médecin. Mais cela signifie également que je vais prendre ma place dans un système qui attend de moi de participer à l'enfermement. Aussi, avant de figurer sur un agenda d'organisation des certificats médicaux de contrainte, il m'est apparu comme un devoir de réaliser ce travail, grâce auquel j'ai pu acquérir et mobiliser une quantité importante de savoirs. Cette analyse a participé à la construction de mon identité professionnelle en me faisant découvrir mon métier à travers le regard que d'autres peuvent en avoir.

## - RÉFÉRENCES -

1. Rosenhan DL. On being sane in insane places. *Clin Soc Work J* [Internet]. 1974;2(4):237–56. Available from: <http://link.springer.com/10.1007/BF01785781>
2. Faculté de médecine Henri Warembourg. Instructions pour les thèses d'exercice de médecine - version du 19/10/2018. 2018.
3. Contrôleur général des lieux de privation de liberté. Isolement et contention dans les établissements de santé mentale [Internet]. 2016. Available from: [http://www.cglpl.fr/wp-content/uploads/2016/07/CGLPL\\_Rapport-isolement-et-contention\\_Dalloz.pdf](http://www.cglpl.fr/wp-content/uploads/2016/07/CGLPL_Rapport-isolement-et-contention_Dalloz.pdf)
4. Contrôleur général des lieux de privation de liberté. Contribution du Contrôleur Général des Lieux de Privation de Liberté à la 57ème session de l'examen périodique de la France par le Comité contre la Torture. 2016.
5. Baleige A. #56 Réévaluation et renouvellement des décisions d'isolement et de contention : Point de vue de l'interne de garde. In: Capacités civiles et contraintes légales : accompagner un changement de regards et de pratiques, Collectif CONTRAST. 2018.
6. Pelon E. La contention en psychiatrie : une étude qualitative du vécu des internes. 2017.
7. Terki M. Interne de Garde Et Contrainte [Internet]. Forum de la Nuit Sécuritaire - Colloque Europsy. 2009 [cited 2018 Dec 1]. Available from: <http://www.collectifpsychiatrie.fr/?p=874>
8. Sebbane D. « ÊTRE » PSYCHIATRE : CLICHÉS, RÉALITÉS ET PERSPECTIVES - Résultats d'une enquête nationale française menée en 2013 sur la stigmatisation de la profession. 2014.
9. Whitaker R, Cosgrove L. Psychiatry under the influence: Institutional corruption, social injury, and prescriptions for reform. 2015. 1-241 p.
10. Whitaker R. Mad in America. 2002.
11. Whitaker R. Anatomy of an epidemic. 2010. 89-125 p.
12. Davies J. Cracked: Why Psychiatry is Doing More Harm than Good. 2013.
13. Szasz T. Psychiatry, The Science of Lies. 2008. 148 p.
14. Whitley R. The Antipsychiatry Movement: Dead, Diminishing, or Developing? *Psychiatr Serv* [Internet]. 2012;63(10):1039–41. Available from: <http://psychiatryonline.org/doi/abs/10.1176/appi.ps.201100484>
15. Santegoeds J. Position d'ENUSP opposée à la contrainte en psychiatrie, position basée sur l'expérience. *Inf Psychiatr*. 2017;93:579–86.
16. Santegoeds J. "16 years old, depressed and tortured in psychiatry" - A testimony on forced psychiatric interventions constituting torture and ill-treatment. 2014;
17. Szasz T. *Primum Nocere*. Freeman. 2004;54:24–5.
18. Organisation des Nations Unies. Santé mentale et droits de l'homme - A/HRC/34/32. United Nations. 2017;
19. Santegoeds J. Position of users and survivors of psychiatry in Europe [Internet]. Journée d'étude européenne du CCOMS : 'Contrainte et liberté en psychiatrie : des

- expériences, des résultats'. 2017. Available from: [http://www.ccomssantementalelillefrance.org/sites/ccoms.org/files/pdf/TR1Paris2017\\_position ENUSP coercion.pdf](http://www.ccomssantementalelillefrance.org/sites/ccoms.org/files/pdf/TR1Paris2017_position%20ENUSP%20coercion.pdf)
20. Union Nationale des Cliniques Psychiatriques Privées. Bienveillance et psychiatrie : une grande claque aux idées reçues ! - Actes du colloque. 2011.
  21. La Commission des Citoyens pour les Droits de l'Homme. Déclaration des droits de l'homme pour la santé mentale. 2018.
  22. Commission des Citoyens pour les Droits de l'Homme. Manifestation de la CCDH contre le Congrès français de psychiatrie ! [Internet]. 2018 [cited 2019 Jan 26]. Available from: [https://www.ccdh.fr/Manifestation-de-la-CCDH-contre-le-Congres-francais-de-psychiatrie\\_a446.html](https://www.ccdh.fr/Manifestation-de-la-CCDH-contre-le-Congres-francais-de-psychiatrie_a446.html)
  23. Müller T. Remembering psychiatric patients murdered by the Nazi regime in Germany. *The Lancet Psychiatry*. 2018;0366(18).
  24. Sashidharan SP, Saraceno B. Is psychiatry becoming more coercive? *BMJ*. 2017;357:2–3.
  25. The Lancet Psychiatry. Psychiatry unlocked. *The Lancet Psychiatry* [Internet]. 2017;4(4):261. Available from: [http://dx.doi.org/10.1016/S2215-0366\(17\)30081-0](http://dx.doi.org/10.1016/S2215-0366(17)30081-0)
  26. Organisation des Nations Unies. Consultation on Human Rights and mental health [Internet]. 2018 [cited 2018 Dec 1]. Available from: <https://www.ohchr.org/EN/Issues/Pages/MentalHealth.aspx>
  27. Organisation des Nations Unies. Santé mentale et droits de l'homme - A/HRC/39/36. United Nations. 2018.
  28. Minkowitz T. UN Meeting on Human Rights in Mental Health: A Response. *Mad In America* [Internet]. 2018 [cited 2018 Dec 1]; Available from: <https://www.madinamerica.com/2018/05/un-meeting-on-human-rights-in-mental-health/>
  29. Organisation des Nations Unies. Convention on the Rights of Persons with Disabilities and Optional Protocol. United Nations 2006.
  30. Granier V. Revue des missions des ARS: un groupe de travail suggère d'abandonner aux préfets le suivi des soins sans consentement [Internet]. *APMnews*. 2018 [cited 2018 Dec 1]. Available from: <https://www.apmnews.com/story.php?objet=323133>
  31. Cordier C. Le Syndicat des psychiatres des hôpitaux veut réorganiser le système de soins sans consentement [Internet]. *Hospimedia*. 2018 [cited 2018 Dec 1]. Available from: [http://abonnes.hospimedia.fr/articles/20181010-droit-le-syndicat-des-psychiatres-des-hopitaux-veut?utm\\_campaign=EDITION\\_QUOTIDIENNE&utm\\_medium=Email&utm\\_source=ExactTarget](http://abonnes.hospimedia.fr/articles/20181010-droit-le-syndicat-des-psychiatres-des-hopitaux-veut?utm_campaign=EDITION_QUOTIDIENNE&utm_medium=Email&utm_source=ExactTarget)
  32. Rogers FB. Medical subject headings. *Bull Med Libr Assoc* [Internet]. 1963 Jan;51(1):114–6. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/13982385>
  33. van Eck NJ, Waltman L. VOS: A new method for visualizing similarities between objects. *Advances in Data Analysis*. 2006. 299-306 p.
  34. Minkowitz T. Campaign to Support CRPD Absolute Prohibition of Commitment and Forced Treatment [Internet]. 2016 [cited 2019 Jan 1]. Available from: <https://absoluteprohibition.org/>
  35. Roelandt JL, El Ghazi L. Santé mentale et citoyenneté: une histoire française. *Inf*

- Psychiatr. 2015;91(7):539–48.
36. Organisation des Nations Unies. Rapport du Rapporteur spécial sur le droit qu'a toute personne de jouir du meilleur état de santé physique et mentale possible - A/HRC/35/21. United Nations. 2017.
  37. Putkonen A, Kuivalainen S, Louheranta O, Repo-Tiihonen E, Ryyänen O-P, Kautiainen H, et al. Cluster-Randomized Controlled Trial of Reducing Seclusion and Restraint in Secured Care of Men With Schizophrenia. *Psychiatr Serv* [Internet]. 2013 Sep;64(9):850–5. Available from: <http://psychiatryonline.org/doi/abs/10.1176/appi.ps.201200393>
  38. National Association of State Mental Health Program Directors. Six core strategies to reduce the use of seclusion and restraint planning tool. 2005.
  39. Te Pou. Six core strategies checklist - New Zealand adaption [Internet]. 2013. Available from: <http://www.tepou.co.nz/uploads/files/resource-assets/six-core-strategies-for-reducing-seclusion-and-restraint.pdf>
  40. Organisation Mondiale de la Santé. WHO QualityRights Tool Kit. World Health Organization. 2012.
  41. Organisation Mondiale de la Santé. Constitution de l'Organisation Mondiale de la Santé. World Health Organization. 1946.
  42. Organisation des Nations Unies. Convention contre la torture et autres peines ou traitements cruels, inhumains ou dégradants [Internet]. 1984. Available from: <https://www.ohchr.org/fr/professionalinterest/pages/cat.aspx>
  43. Luciano M, Sampogna G, Del Vecchio V, Pingani L, Palumbo C, De Rosa C, et al. Use of coercive measures in mental health practice and its impact on outcome: a critical review. *Expert Rev Neurother*. 2014 Feb 2;14(2):131–41.
  44. Molodynski A, Turnpenny L, Rugkåsa J, Burns T, Moussaoui D, Burns J, et al. Coercion and compulsion in mental healthcare-An international perspective. *Asian J Psychiatr*. 2014;8(1):2–6.
  45. Dubreucq J. La contrainte : un outil de soins en psychiatrie ? 2012.
  46. Walicki M. Introduction to Logic. 2011. 302 p.
  47. Borkman T. Experiential Knowledge: A New Concept for the Analysis of Self-Help Groups Thomasina. *Soc Serv Rev*. 1976;3(50):445–56.
  48. Godrie B. Savoirs d'expérience et savoirs professionnels: un projet expérimental dans le champ de la santé mentale. 2014; Available from: <https://papyrus.bib.umontreal.ca/xmlui/handle/1866/12008>
  49. Wiener N. The Human Use Of Human Beings: Cybernetics and Society. 1988.
  50. Wiener N. Cybernetics: Or the Control and Communication in the Animal and the Machine. 1961.
  51. Müller A. A Brief History of the BCL Heinz von Foerster and the Biological Computer Laboratory. *Artif Intell*. 2010;1–11.
  52. Heylighen F, Joslyn C. Cybernetics and Second-Order Cybernetics. 2001.
  53. Ashby RW. An introduction to cybernetics [Internet]. Hall C&, editor. London; 1956. 295 p. Available from: <http://pcp.vub.ac.be/books/IntroCyb.pdf>
  54. Gøtzsche PC. Deadly medicines and organised crime : how big pharma has corrupted

- healthcare. 2013. 310 p.
55. Gøtzsche PC. Deadly psychiatry and organised denial. 2015. 371 p.
  56. Sheridan DJ, Julian DG. Achievements and Limitations of Evidence-Based Medicine. *J Am Coll Cardiol*. 2016;68(2):204–13.
  57. Goldacre B. Battling bad science [Internet]. TED Talk. 2011 [cited 2019 Jan 1]. Available from: [https://www.ted.com/talks/ben\\_goldacre\\_battling\\_bad\\_science?language=en](https://www.ted.com/talks/ben_goldacre_battling_bad_science?language=en)
  58. Goldacre B. What doctors don't know about the drugs they prescribe [Internet]. TED Talk. 2012 [cited 2019 Jan 2]. Available from: [https://www.ted.com/talks/ben\\_goldacre\\_what\\_doctors\\_don\\_t\\_know\\_about\\_the\\_drugs\\_they\\_prescribe](https://www.ted.com/talks/ben_goldacre_what_doctors_don_t_know_about_the_drugs_they_prescribe)
  59. Fanelli D. 'Positive' results increase down the hierarchy of the sciences. *PLoS One*. 2010;5(4).
  60. Bunge M. A General Black Box Theory. *Philos Sci*. 1963;4(February 1963):346–58.
  61. Li T. Philosophic perspective: A comparative study of traditional Chinese medicine and western medicine. *Asian Soc Sci*. 2011;7(2):198–201.
  62. Joseph J. The 'Missing Heritability' of Psychiatric Disorders: Elusive Genes or Non-Existent Genes? *Appl Dev Sci*. 2012;16(2):65–83.
  63. Organisation des Nations Unies. Human Rights and Prisons - Manual on Human Rights Training for Prison Officials. 2005.
  64. Szasz T. Anti-Coercion Is Not Anti-Psychiatry. *Freeman*. 2008;26–7.
  65. Szasz T. Psychiatry: A Branch of the Law. *Freeman*. 2006;(December):19–20.
  66. Kirk SA, Gomory T, Cohen D. Mad science: Psychiatric coercion, diagnosis, and drugs. [Internet]. 2013. Available from: <http://ovidsp.ovid.com/ovidweb.cgi?T=JS&PAGE=reference&D=psyc10&NEWS=N&AN=2013-13425-000>
  67. Dennett DC. Higher-order truths about chess. *Topoi*. 2006;25(1–2):39–41.
  68. Wynn N. Why I Quit Academia [Internet]. *Contrapoints*. 2016 [cited 2018 Dec 2]. Available from: <https://www.youtube.com/watch?v=JNAAfLi0pM&t=7s>
  69. Nous Aussi, Union nationale des associations de parents de personnes handicapées mentales et de leurs amis. *L'information pour tous - Règles européennes pour une information facile à lire et à comprendre*. 2009. 48 p.
  70. Oaks D. Let's Stop Saying 'Mental Illness'! [Internet]. *MindFreedom*. 2012. Available from: <http://www.mindfreedom.org/kb/mental-health-abuse/psychiatric-labels/not-mentally-ill>
  71. Mental Health Europe. Response to the Lancet Commission Report on Global Mental Health and Sustainable Development.
  72. Heine B. Grammaticalization and language universals. *Faits de langues* [Internet]. 1996;4(7):11–22. Available from: <http://oxfordhandbooks.com/view/10.1093/oxfordhb/9780199586783.001.0001/oxfordhb-9780199586783-e-12>
  73. Richards V. The importance of language in mental health care. *The Lancet Psychiatry* [Internet]. 2018;0366(18):1–2. Available from:

<http://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S2215036618300427>

74. Kinderman P, Read J, Moncrieff J, Bentall RP. Drop the language of disorder. *Evid Based Ment Heal* [Internet]. 2013;16(1):2–3. Available from: <http://ebmh.bmj.com/lookup/doi/10.1136/eb-2012-100987>
75. Nelstrop L, Chandler-Oatts J. A Systematic Review of the Safety and Effectiveness of Restraint and Seclusion as Interventions for the Short-Term Management of Violence in Adult Psychiatric. *Worldviews Evidence-Based Nurs* [Internet]. 2006;(First-Quarter):8–18. Available from: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1741-6787.2006.00041.x/full>
76. Muralidharan S, Fenton M. Containment strategies for people with serious mental illness. *Cochrane Database Syst Rev* [Internet]. 2006;(3). Available from: <http://doi.wiley.com/10.1002/14651858.CD002084.pub2>
77. Sailas EE, Fenton M. Seclusion and restraint for people with serious mental illnesses. *Cochrane Database Syst Rev* [Internet]. 2000 Jan 24; Available from: <http://doi.wiley.com/10.1002/14651858.CD001163>
78. Di Lorito C, Castelletti L, Lega I, Gualco B, Scarpa F, Völlm B. The closing of forensic psychiatric hospitals in Italy: Determinants, current status and future perspectives. A scoping review. *Int J Law Psychiatry*. 2017;55:54–63.
79. Huber CG, Schneeberger AR, Kowalinski E, Fröhlich D, von Felten S, Walter M, et al. Suicide risk and absconding in psychiatric hospitals with and without open door policies: a 15 year, observational study. *The Lancet Psychiatry*. 2016;3(9):842–9.
80. Barnett P, Matthews H, Lloyd-Evans B, Mackay E, Pilling S, Johnson S. Compulsory community treatment to reduce readmission to hospital and increase engagement with community care in people with mental illness: a systematic review and meta-analysis. *The Lancet Psychiatry* [Internet]. 2018;5(12):1013–22. Available from: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S2215036618303821>
81. Kisely SR, Campbell LA, O'Reilly R. Compulsory community and involuntary outpatient treatment for people with severe mental disorders. *Cochrane Database Syst Rev* [Internet]. 2017 Mar 17;(3):1–21. Available from: <http://doi.wiley.com/10.1002/14651858.CD004408.pub5>
82. Kisely SR, Campbell LA. Compulsory Community and Involuntary Outpatient Treatment for People With Severe Mental Disorders. *Schizophr Bull* [Internet]. 2015 May 1;41(3):542–3. Available from: <https://academic.oup.com/schizophreniabulletin/article-lookup/doi/10.1093/schbul/sbv021>
83. Kisely SR, Campbell LA. Compulsory community and involuntary outpatient treatment for people with severe mental disorders. In: Kisely SR, editor. *Cochrane Database of Systematic Reviews* [Internet]. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd; 2014. p. 1–21. Available from: <http://doi.wiley.com/10.1002/14651858.CD004408.pub4>
84. Kisely SR, Campbell LA, Preston NJ. Compulsory community and involuntary outpatient treatment for people with severe mental disorders. In: Kisely SR, editor. *Cochrane Database of Systematic Reviews* [Internet]. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd; 2011. p. 1–21. Available from: <http://doi.wiley.com/10.1002/14651858.CD004408.pub2>
85. Kisely SR, Campbell LA, Preston NJ. Compulsory community and involuntary outpatient treatment for people with severe mental disorders. In: Kisely SR, editor. *Cochrane Database of Systematic Reviews* [Internet]. Chichester, UK: John Wiley &

Sons, Ltd; 2005. p. 1–21. Available from:  
<http://doi.wiley.com/10.1002/14651858.CD004408.pub2>

86. Conseil National de l'Ordre des Médecins. « Médecines alternatives et complémentaires » - Texte adopté en séance plénière le 14 juin 2018 [Internet]. 2018 [cited 2018 Dec 11]. Available from: <https://www.conseil-national.medecin.fr/node/2836>
87. Drew N, Funk M, Tang S, Lamichhane J, Chávez E, Katontoka S, et al. Human rights violations of people with mental and psychosocial disabilities: An unresolved global crisis. *Lancet* [Internet]. 2011;378(9803):1664–75. Available from: [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(11\)61458-X](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(11)61458-X)
88. Sunkel C, Saxena S. Rights-based mental health care. *The Lancet Psychiatry* [Internet]. 2019;6(1):9–10. Available from: [http://dx.doi.org/10.1016/S2215-0366\(18\)30469-3](http://dx.doi.org/10.1016/S2215-0366(18)30469-3)
89. Szmukler G, Daw R, Callard F. Mental health law and the UN Convention on the rights of persons with disabilities. *Int J Law Psychiatry* [Internet]. 2014;37(3):245–52. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.ijlp.2013.11.024>
90. Organisation des Nations Unies. Observation générale no 1 -Article 12 Reconnaissance de la personnalité juridique dans des conditions d'égalité. 2014.
91. Freeman MC, Kolappa K, de Almeida JMC, Kleinman A, Makhshvili N, Phakathi S, et al. Reversing hard won victories in the name of human rights: A critique of the General Comment on Article 12 of the UN Convention on the Rights of Persons with Disabilities. *The Lancet Psychiatry*. 2015;2(9):844–50.
92. Mahomed F, Stein MA, Patel V. Involuntary mental health treatment in the era of the United Nations Convention on the Rights of Persons with Disabilities. *PLoS Med*. 2018;15(10):1–9.
93. Hearing Voices Network. The Mental Health Act - An Alternative Review. 2018;(December).
94. De Jong MH, Kamperman AM, Oorschot M, Priebe S, Bramer W, Van De Sande R, et al. Interventions to reduce compulsory psychiatric admissions a systematic review and meta-analysis. *JAMA Psychiatry*. 2016;73(7):657–64.
95. Hoffman SJ, Sritharan L, Tejpar A. Is the UN Convention on the Rights of Persons with Disabilities Impacting Mental Health Laws and Policies in High-Income Countries? A Case Study of Implementation in Canada. *BMC Int Health Hum Rights* [Internet]. 2016;16(1):1–18. Available from: <http://dx.doi.org/10.1186/s12914-016-0103-1>
96. Steinert C, Steinert T, Flammer E, Jaeger S. Impact of the UN convention on the rights of persons with disabilities (UN-CRPD) on mental health care research - a systematic review. *BMC Psychiatry* [Internet]. 2016;16(1). Available from: <http://dx.doi.org/10.1186/s12888-016-0862-1>
97. Bouman WP, Schwend AS, Motmans J, Smiley A, Safer JD, Deutsch MB, et al. Language and trans health. *Int J Transgenderism* [Internet]. 2017;18(1):1–6. Available from: <https://www.tandfonline.com/doi/full/10.1080/15532739.2016.1262127>
98. Direction Régionale des Affaires Sanitaires et Sociales. Santé mentale en population générale : images et réalités dans la région Provence-Alpes-Côte d'Azur. 2009;1–16.
99. Patel V, Saxena S, Lund C, Thornicroft G, Baingana F, Bolton P, et al. The Lancet Commission on global mental health and sustainable development. *Lancet* [Internet]. 2018;392(10157):1553–98. Available from:

<https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S014067361831612X>

100. Haute Autorité de Santé. Audition Publique - Dangersité psychiatrique : étude et évaluation des facteurs de risque de violence hétéro-agressive chez les personnes ayant des troubles schizophréniques ou des troubles de l'humeur. 2011;1–29.
101. Torrey EF. Violent behavior by individuals with serious mental illness. *Hosp Community Psychiatry* [Internet]. 1994 Jul;45(7):653–62. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/7927289>
102. Monahan J. Mental disorder and violent behavior. Perceptions and evidence. *Am Psychol* [Internet]. 1992 Apr;47(4):511–21. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/1595982>
103. Monahan J. Actuarial support for the clinical assessment of violence risk. *Int Rev Psychiatry* [Internet]. 1997 Jan 4;9(42038):167–70. Available from: <http://www.tandfonline.com/doi/full/10.1080/09540269775358>
104. Holley LC, Stromwall LK, Bashor KH. Reconceptualizing Stigma: Toward a Critical Anti-Oppression Paradigm. *Stigma Res Action*. 2012;2(2):51–61.
105. Boyd RW. Police violence and the built harm of structural racism. *Lancet (London, England)* [Internet]. 2018;392(10144):258–9. Available from: [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(18\)31374-6](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(18)31374-6)
106. Department of Health and Social Care. Modernising the Mental Health Act - Increasing choice, reducing compulsion - Final report of the Independent Review of the Mental Health Act 1983. 2018;(December).
107. Weich S, McBride O, Twigg L, Duncan C, Keown P, Crepaz-Keay D, et al. Variation in compulsory psychiatric inpatient admission in England: a cross-classified, multilevel analysis. *The Lancet Psychiatry* [Internet]. 2017;4(8):619–26. Available from: [http://dx.doi.org/10.1016/S2215-0366\(17\)30207-9](http://dx.doi.org/10.1016/S2215-0366(17)30207-9)
108. Coldefy M, Gandré C. État des lieux de la contrainte en France. Journée d'étude européenne du CCOMS : 'Contrainte et liberté en psychiatrie : des expériences, des résultats'. 2017.
109. Coldefy M. Analyser les disparités de prise en charge en psychiatrie : forces et faiblesses du système d'information. Audition 5 juin 2013 - Mission d'information sur la santé mentale et l'avenir de la psychiatrie, Assemblée Nationale. 2013. p. 1–23.
110. Robiliard D, Jacquat D. Rapport d'information N° 4486 - Conclusion des travaux de la mission d'évaluation de la loi n° 2013-869 du 27 septembre 2013 modifiant certaines dispositions issues de la loi n° 2011-803 du 5 juillet 2011 relative aux droits et à la protection des person [Internet]. 2017 [cited 2019 Jan 28]. Available from: <http://www.assemblee-nationale.fr/14/rap-info/i4486.asp>
111. Coldefy M, Nestrigue C, Paget L-M, Younès N. L'hospitalisation sans consentement en psychiatrie en 2010 : analyse et déterminants de la variabilité territoriale. *Rev Fr Aff Soc*. 2016;(2):253–73.
112. Gandré C, Gervais J, Thillard J, Macé JM, Roelandt JL, Chevreul K. Understanding geographic variations in psychiatric inpatient admission rates: Width of the variations and associations with the supply of health and social care in France. *BMC Psychiatry*. 2018;18(1):1–10.
113. Roelandt J-L, Créatin A, Askevis-Leherpeux F, Baucheron J-P, Brun-Rousseau H, Coldefy M, et al. Compulsory Hospitalization, Severity of Disorders and Territorial Landscape: A French Study. *Glob J Health Sci* [Internet]. 2017 Oct 22;9(12):64.

Available from: <http://www.ccsenet.org/journal/index.php/gjhs/article/view/70448>

114. Robiliard D. Le contrôle de la contrainte. In: Les soins psychiatriques sans consentement2. 2015. p. 171–9.
115. Rhenter P. La réforme des hospitalisations psychiatriques sans consentement : un éclairage historique. *J français Psychiatr.* 2010;3(38):12–5.
116. Cour de cassation. Arrêté de la Cour de cassation, civile, Chambre civile 1, 10 février 2016, 14-29.521, [Internet]. 2016 [cited 2019 Jan 29]. Available from: <https://www.legifrance.gouv.fr/affichJuriJudi.do?oldAction=rechJuriJudi&idTexte=JURITEXT000032051473>
117. Bernardet P. *Psychiatrie, droits de l'Homme et défense des usagers en Europe*. Erès; 2002.
118. Dujardin V, Péchillon É. La judiciarisation des soins psychiatriques : le point de vue du juriste. *Inf Psychiatr.* 2015;91(6):459–69.
119. Gooding P, Mcsherry B, Roper C, Grey F. *Alternatives to Coercion in Mental Health Settings : A Literature Review*. 2018.
120. Large M, Smith G, Nielssen O. The relationship between the rate of homicide by those with schizophrenia and the overall homicide rate: A systematic review and meta-analysis. *Schizophr Res* [Internet]. 2009 Jul;112(1–3):123–9. Available from: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0920996409001698>
121. Interstats. *Interstats Méthode N° 2 : l'enregistrement des crimes et délits non routiers par la police et la gendarmerie*. 2015.
122. Interstats. *Interstats Méthode N° 3 : La première génération des indicateurs statistiques des crimes et délits enregistrés par la police et la gendarmerie*. 2015.
123. Wu HJ, Zhao L-D, Zheng FS, Wu D, Pei YL, Tong X, et al. *International Classification of Crime for Statistical Purposes (Iccs) - Version 1.0* [Internet]. 2015. Available from: <http://www.nature.com/articles/ncomms5515>
124. Borsboom D, Cramer AOJ. *Network Analysis: An Integrative Approach to the Structure of Psychopathology*. Ssrn. 2013;
125. Reinert M. *Système A.L.C.E.S.T.E. : une méthodologie d'analyse des données textuelles présentée à l'aide d'une application*. Journées l'Analyse des Données Textuelles. 1989;
126. Reinert M. *Quel 'objet' pour une 'analyse statistique du discours' ? Quelques réflexions à propos de la réponse 'ALCESTE'*. Journées l'Analyse des Données Textuelles. 1997;
127. Reinert M. *Quelques problèmes méthodologiques posés par l'analyse de tableaux 'Énonces x Vocabulaire'*. Journées l'Analyse des Données Textuelles 93, 2èmes Journées Int d'Analyse Stat Données Textuelles, Montpellier. 1993;539–49.
128. Reinert M. *La tresse du sens et la méthode " Alceste " Application aux " Rêveries du promeneur solitaire "*. Journées l'Analyse des Données Textuelles [Internet]. 2000;10. Available from: <http://www.image-zafar.com/publication/JADT2000Lausanne.pdf>
129. Interstats. *Insécurité et délinquance en 2017 : premier bilan statistique*. 2017.
130. Chabaud F, Benradia I, Bouet R, Caria A, Roelandt JL. *Facteurs de risque sociodémographiques et troubles mentaux : modèle global et spécificités locales, d'après les résultats de l'enquête « santé mentale en population générale » dans 18*

- sites internationaux. *Encephale* [Internet]. 2017;43(6):540–57. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.encep.2016.04.009>
131. Velikonja T, Fisher HL, Mason O, Johnson S. Childhood trauma and schizotypy: a systematic literature review. *Psychol Med* [Internet]. 2015 Apr 2;45(05):947–63. Available from: [http://www.journals.cambridge.org/abstract\\_S0033291714002086](http://www.journals.cambridge.org/abstract_S0033291714002086)
  132. Mihelicova M, Brown M, Shuman V. Trauma-Informed Care for Individuals with Serious Mental Illness: An Avenue for Community Psychology's Involvement in Community Mental Health. *Am J Community Psychol*. 2018;61(1–2):141–52.
  133. de Vries B, van Busschbach JT, van der Stouwe ECD, Aleman A, van Dijk JJM, Lysaker PH, et al. Prevalence Rate and Risk Factors of Victimization in Adult Patients With a Psychotic Disorder: A Systematic Review and Meta-analysis. *Schizophr Bull* [Internet]. 2018;(March):1–13. Available from: <https://academic.oup.com/schizophreniabulletin/advance-article/doi/10.1093/schbul/sby020/4935546>
  134. Hartner DF, Theurer KL. Psychiatry should not seek mechanisms of disorder. *J Theor Philos Psychol* [Internet]. 2018 Nov;38(4):189–204. Available from: <http://doi.apa.org/getdoi.cfm?doi=10.1037/teo0000095>
  135. Salize HJ, Dressing H, Peitz M. Compulsory admission and involuntary treatment of mentally ill patients - legislation and practice in EU-member states - Final report. 2002;163.
  136. Centre National de Ressources et d Appui aux CLSM. Définition du CLSM [Internet]. [cited 2019 Jan 15]. Available from: <http://clsm-ccoms.org/quest-ce-quun-clsm/definition-du-clsm/>
  137. Guézennec P, Roelandt JL. Les conseils locaux de santé mentale en France: état des lieux en 2015. *Inf Psychiatr*. 2015;91(7):549–56.
  138. Interstats. Interstats Méthode n ° 4 : Statistiques sur les crimes et délits enregistrés par la police et la gendarmerie : correction des ruptures techniques liées aux modes de collecte environnement informatique. 2016.
  139. Haut Conseil pour l'Avenir de l'Assurance Maladie. Contribution à la transformation du système de santé. 2018.
  140. Laval C, Mantovani J, Moreau D, Rhenter P. Le programme « UN CHEZ-SOI D'ABORD » - Rapport final du volet qualitatif. 2016.
  141. Organisation Mondiale de la Santé. Time to Deliver - Report of the WHO Independent High-Level Commission on Noncommunicable Diseases. 2018. 42 p.
  142. Gray B. Psychiatry and oppression: A personal account of compulsory admission and medical treatment. *Schizophr Bull*. 2009;35(4):661–3.
  143. AdESM. Communiqué de l'AdESM suite à la publication du rapport de la contrôleure générale des lieux de privation de liberté au titre de l'année 2017. 2017.
  144. CRPA. Conseil constitutionnel 2010-71 QPC, Mlle Danielle S. : Intervention obligatoire du juge judiciaire dans les hospitalisations sans consentement [Internet]. CRPA : sur l'internement psychiatrique abusif et illégal. 2010 [cited 2019 Jan 2]. Available from: <https://psychiatrie.crupa.asso.fr/2010-11-26-jpc-qpc-Conseil-constitutionnel-2010-71-QPC-Mlle-Danielle-S-Intervention-obligatoire-du-juge-judiciaire-dans-les#DECISION-no-2010-71-QPC-du-26-novembre-2010>
  145. Organisation Mondiale de la Santé. Social determinants of mental health. 2014. 52 p.

146. Coldefy M, Fernandes S. Les soins sans consentement en psychiatrie : bilan après quatre années de mise en œuvre de la loi du 5 juillet 2011. *Quest d'économie la santé* [Internet]. 2017;(222):1–8. Available from: [www.irdes.fr/recherche/questions-d-economie-de-la-sante/222-les-soins-sans-consentement-en-psychiatrie.pdf](http://www.irdes.fr/recherche/questions-d-economie-de-la-sante/222-les-soins-sans-consentement-en-psychiatrie.pdf)
147. Szasz T. *The medicalization of everyday life : selected essays*. Syracuse University Press; 2007. 202 p.
148. Chmielewski M, Clark LA, Bagby RM, Watson D. Method matters: Understanding diagnostic reliability in DSM-IV and DSM-5. *J Abnorm Psychol* [Internet]. 2015 Aug;124(3):764–9. Available from: <http://doi.apa.org/getdoi.cfm?doi=10.1037/abn0000069>
149. Regier DA, Kupfer DJ, Kuhl EA, Ph D, Greiner L, Kraemer HC, et al. DSM-5 Field Trials in the United States and Canada, Part I: Study Design, Sampling Strategy, Implementation, and Analytic Approaches. *Am J Psychiatry*. 2013;170(1):59–70.
150. Al-Adawi S, Bax B, Bryant-Waugh R, Claudino AM, Hay P, Monteleone P, et al. Revision of ICD – status update on feeding and eating disorders. *Adv Eat Disord* [Internet]. 2013;1(1):10–20. Available from: <http://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/21662630.2013.742971>
151. Szasz T. The psychiatric protection order for the 'battered mental patient'. *Br Med J*. 2003;327(December):1449–51.
152. Minkowitz T. Peruvian Legal Capacity Reform – Celebration and Analysis [Internet]. *Mad In America*. 2018 [cited 2019 Jan 29]. Available from: <https://www.madinamerica.com/2018/10/peruvian-legal-capacity-reform-celebration-and-analysis/>
153. Gudmundsson O. History of Icelandic psychiatry. *Nord J Psychiatry*. 2012;66(Suppl. 1):25–30.
154. Retief M, Letšosa R. Models of disability: A brief overview. *HTS Teol Stud / Theol Stud* [Internet]. 2018;74(1):1–8. Available from: <https://hts.org.za/index.php/hts/article/view/4738>
155. Szasz T. *The myth of mental illness : foundations of a theory of personal conduct*. Harper Perennial; 2010. 329 p.
156. Longdon E, Read J. 'People with problems, not patients with illnesses': Using psychosocial frameworks to reduce the stigma of psychosis. *Isr J Psychiatry Relat Sci*. 2017;54(1):24–30.
157. Cordier C. Le profil et les missions du délégué ministériel psychiatrie sont précisés par Agnès Buzyn. *Hospimedia* [Internet]. 2019 Mar [cited 2019 Apr 21]; Available from: <http://abonnes.hospimedia.fr/articles/20190328-psychiatrie>
158. Cordier C. Le CGLPL attend toujours une loi pour «faire face à la gravité de la situation» en psychiatrie. *Hospimedia* [Internet]. 2019 Mar [cited 2019 Apr 21]; Available from: <http://abonnes.hospimedia.fr/articles/20190326-psychiatrie-le-cglpl-attend-toujours-une-loi-pour>
159. Rains LS, Zenina T, Dias MC, Jones R, Jefferies S, Branthonne-Foster S, et al. Title Variations in patterns of compulsory hospitalisation and in legal frameworks: an international comparative study Authors. *The Lancet Psychiatry* [Internet]. 2019;0366(19):1–15. Available from: <https://ssrn.com/abstract=3287515https://ssrn.com/abstract=3287515>
160. Comité Stratégique de la Santé Mentale et de la Psychiatrie. *Feuille de route santé*

- mentale et psychiatrie. 2018.
161. Favereau E. En psychiatrie, «l'urgence, c'est l'accès aux soins». Libération [Internet]. 2019 Apr [cited 2019 Apr 21]; Available from: [https://www.liberation.fr/france/2019/04/11/en-psychiatrie-l-urgence-c-est-l-acces-aux-soins\\_1720818](https://www.liberation.fr/france/2019/04/11/en-psychiatrie-l-urgence-c-est-l-acces-aux-soins_1720818)
  162. Ministère des Affaires Sociales et de la Santé. Instruction n° DGOS/R4/DGS/SP4/2017/109 du 29 mars 2017 relative à la politique de réduction des pratiques d'isolement et de contention au sein des établissements de santé autorisés en psychiatrie et désignés par le directeur général de l'agence régionale. 2017.
  163. Comité européen pour la prévention de la torture et des peines ou traitements inhumains ou dégradants. Rapport au Gouvernement de la République française relatif à la visite effectuée en France par le Comité européen pour la prévention de la torture et des peines ou traitements inhumains ou dégradants (CPT) du 15 au 27 novembre 2015. 2015.
  164. Odier B. Réduire disent-ils. *Inf Psychiatr.* 2017;93(7):593–6.
  165. Strohl H, Bernard M. La documentation Française : Rapport sur les problèmes posés par les pratiques de stérilisation des personnes handicapées. 1998.
  166. European Disability Forum, Fundación CERMI Mujeres. Ending forced sterilisation of women and girls with disabilities. 2017;56 p.
  167. Absil M. Société disciplinaire et société de contrôle. 2012;1–5.
  168. Foucault M. Naissance de la Clinique. 2015. 300 p.
  169. Zappalà A. La médecine médiatisée: Entre la médicalisation du social et la socialisation de la science. *Hermes (Wiesb).* 1997;(21):181–90.
  170. Bouquet B. Analyse critique du concept de contrôle social. *Vie Soc [Internet].* 2012;1(1):15. Available from: <http://www.cairn.info/revue-vie-sociale-2012-1-page-15.htm>
  171. Foucault M. Surveiller et punir. 1995. 333 p.
  172. Foucault M. Histoire de la folie à l'âge classique. 1972.
  173. Goffman E. Asiles: études sur la condition sociale des malades mentaux et autres reclus. Les éditions de Minuit. 1968. 447 p.
  174. Organisation Mondiale de la Santé. Plan d'action pour la santé mentale 2013-2020. World Health Organization. 2013.
  175. Centre Collaborateur de l'Organisation Mondiale de la Santé pour la recherche et la formation en santé mentale. 4ème rencontres internationales du CCOMS - Autonomisation et Empowerment - Agir autrement. 2014.
  176. County Health Rankings & Roadmaps. What and Why We Rank [Internet]. [cited 2019 Jan 29]. Available from: <http://www.countyhealthrankings.org/explore-health-rankings/what-and-why-we-rank>
  177. Organisation Mondiale de la Santé. Promoting health in the SDGs. Report on the 9th Global Conference for Health Promotion, Shanghai, China, 21-24 November 2016: all for health, health for all. 2016;(November):44. Available from: <http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/259183/1/WHO-NMH-PND-17.5-eng.pdf>

178. Organisation Mondiale de la Santé. Promoting Health: Guide to national implementation of the Shanghai Declaration. 9th Glob Conf Heal Promot Shanghai 21-24 Novemb 2016 [Internet]. 2018; Available from: <http://journals.sagepub.com/doi/10.1177/1942602X10397550>
179. DeSalvo K, Harris A. Bending the trends. *Ann Fam Med*. 2017;15(4):304–6.
180. Dutton DJ, Forest P-G, Kneebone RD, Zwicker JD. Effect of provincial spending on social services and health care on health outcomes in Canada: an observational longitudinal study. *Can Med Assoc J* [Internet]. 2018;190(3):E66–71. Available from: <http://www.cmaj.ca/lookup/doi/10.1503/cmaj.170132>
181. Doré I, Caron J. Santé mentale : concepts, mesures et déterminants. *Sante Ment Que* [Internet]. 2017;42(1):125. Available from: <http://id.erudit.org/iderudit/1040247ar>
182. Keyes CLM. The Mental Health Continuum: From Languishing to Flourishing in Life [Internet]. Vol. 43, *Journal of Health and Social Behavior*. 2002. p. 207. Available from: <http://www.jstor.org/stable/3090197?origin=crossref>
183. Binding K, Hoche A. The Release of The Destruction of Life Devoid of Value. 1975.
184. Bleuler E. Textbook of Psychiatry [Internet]. Vol. 17, *Southern Medical Journal*. University of Florida Libraries; 1924. 637 p. Available from: [https://archive.org/stream/textbookofpsychi00bleu/textbookofpsychi00bleu\\_djvu.txt](https://archive.org/stream/textbookofpsychi00bleu/textbookofpsychi00bleu_djvu.txt)
185. Deegan PE. Recovery: The lived experience of rehabilitation. *Psychosoc Rehabil J* [Internet]. 1988;11(4):11–9. Available from: <http://doi.apa.org/getdoi.cfm?doi=10.1037/h0099565>
186. Copeland ME. Involuntary Commitment and Recovery: An Innovative Mental Health Peer Support Program [Internet]. 2006 [cited 2019 Jan 21]. Available from: <http://mentalhealthrecovery.com/info-center/involuntary-commitment-and-recovery-an-innovative-mental-health-peer-support-program-doctoral-thesis/>
187. Anthony WA. Recovery from Mental Illness: The Guiding Vision of the Mental Health Service System in the 1990s. *Psychosoc Rehabil J* [Internet]. 1993;4(16):11–23. Available from: <http://www.medicalexpo.com/pt/prod/swisslog/product-70236-666337.html>
188. Chamberlin J. On our own : patient-controlled alternatives to the mental health system. McGraw-Hill; 1979. 236 p.
189. Landis JR, Koch GG. The Measurement of Observer Agreement for Categorical Data. *Biometrics* [Internet]. 1977;33(1):159. Available from: <http://www.jstor.org/stable/2529310?origin=crossref>
190. Reed GM. Progress in developing a classification of personality disorders for ICD-11. *World Psychiatry* [Internet]. 2018 Jun [cited 2019 Apr 21];17(2):227–9. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/29856549>
191. Burton N. When Homosexuality Stopped Being a Mental Disorder | Psychology Today [Internet]. Psychology Today. 2015 [cited 2019 Jan 22]. Available from: <https://www.psychologytoday.com/us/blog/hidden-and-see/201509/when-homosexuality-stopped-being-mental-disorder>
192. Robles R. ICD-11 field studies on Gender Incongruence: Evidence from African, Arab, European and Latin American countries for removing transgender categories from the chapter on mental disorders. *Eur Congr Psychiatry*. 2018;
193. Robles R, Fresán A, Vega-Ramírez H, Cruz-Islas J, Rodríguez-Pérez V, Domínguez-

- Martínez T, et al. Removing transgender identity from the classification of mental disorders: a Mexican field study for ICD-11. *The Lancet Psychiatry*. 2016;3(9):850–9.
194. Campbell MM, Fresán A, Addinall RM, Böhmke W, Grobler GP, Marais A, et al. Experiences of gender incongruence and the relationship between social exclusion, psychological distress, and dysfunction among South African transgender adults: A field-study for ICD-11. *Ann Clin Psychiatry* [Internet]. 2018 Aug;30(3):168–74. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/30028890>
  195. Reed GM, Drescher J, Krueger RB, Atalla E, Cochran SD, First MB, et al. Disorders related to sexuality and gender identity in the ICD-11: revising the ICD-10 classification based on current scientific evidence, best clinical practices, and human rights considerations. *World Psychiatry*. 2016;15(3):205–21.
  196. Longden E, Corstens D, Escher S, Romme M. Voice hearing in a biographical context: A model for formulating the relationship between voices and life history. *Psychosis* [Internet]. 2012 Oct [cited 2019 Jan 29];4(3):224–34. Available from: <http://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/17522439.2011.596566>
  197. Sagan C. The demon-haunted world. Vol. 2, *Nature Medicine*. 1996. 1042 p.
  198. Szasz T, Szasz T. *Psychiatry, Anti-Psychiatry, Critical Psychiatry: What Do These Terms Mean?* 2010;17(3):229–32.
  199. Feys J-L. Les fondements constructivistes de l'antipsychiatrie. *Inf Psychiatr*. 2017;93(8):457–63.
  200. Perkins A, Ridler J, Browes D, Peryer G, Notley C, Hackmann C. Experiencing mental health diagnosis: a systematic review of service user, clinician, and carer perspectives across clinical settings. *The Lancet Psychiatry* [Internet]. 2018 Sep [cited 2019 Jan 8];5(9):747–64. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/29680468>
  201. DuBrul SA. The Icarus Project: A Counter Narrative for Psychic Diversity. *J Med Humanit*. 2014;35(3):257–71.
  202. Longden E, Read J, Dillon J. Assessing the Impact and Effectiveness of Hearing Voices Network Self-Help Groups. *Community Ment Health J*. 2018;54(2):184–8.
  203. Castrodale MA. Mad matters: a critical reader in Canadian mad studies. *Scand J Disabil Res* [Internet]. 2015 Jul 3 [cited 2019 Jan 29];17(3):284–6. Available from: <https://www.sjdr.se/articles/10.1080/15017419.2014.895415/>
  204. Rashed AM. *Mad Activism & Mental Health Practice*. 2018.
  205. Rashed AM. *Madness and the demande for recognition : a philosophical inquiry into identity and mental health activism*. OXFORD UNIV Press; 2019.
  206. Rashed AM. On the idea of Mad Culture (and a comparison with Deaf Culture) [Internet]. *Kan Zaman*. 2018 [cited 2019 Jan 26]. Available from: <https://kanzaman.wordpress.com/2018/12/20/on-the-idea-of-mad-culture-and-a-comparison-with-deaf-culture/>
  207. Kudryashov L, Dewolfe K, Stohlmann-Rainey J. *Leading Mad Lives*. 2018.
  208. Hoffman G. *An Introduction to Mad Pride!* 2018.
  209. Crichton P, Carel H, Kidd IJ. Epistemic injustice in psychiatry. *BJPsych Bull* [Internet]. 2017 Apr 2;41(2):65–70. Available from: <https://www.taylorfrancis.com/books/9781315212043>
  210. Kidd IJ, Carel H. Epistemic Injustice and Illness. *J Appl Philos* [Internet]. 2017

- Feb;34(2):172–90. Available from: <http://doi.wiley.com/10.1111/japp.12172>
211. Carel H, Kidd IJ. Epistemic injustice in healthcare: a philosophical analysis. *Med Heal Care Philos* [Internet]. 2014 Nov 17;17(4):529–40. Available from: <http://link.springer.com/10.1007/s11019-014-9560-2>
  212. Fricker M. *Epistemic Injustice: Power and the Ethics of Knowing*. Clarendon. Epistemic Injustice: Power and the Ethics of Knowing. 2007. 199 p.
  213. Fricker M. Epistemic Contribution as a Central Human Capability. In: Hull G, editor. *The Equal Society: Essays on Equality in Theory and Practice*. Lexington Books , Lanham, Maryland; 2015. p. 73–90.
  214. Farber S. The spiritual gift of madness : the failure of psychiatry and the rise of the mad pride movement. *Inner Traditions*; 2012. 436 p.
  215. Curtis TR, Dellar R, Hathaway J, Leslie E, Monstersmith C, Mount P, et al. *Mad Pride : a celebration of mad culture*. Spare Change Books; 2000. 224 p.
  216. Vincent. Bonjour, je me présente je m'appelle Vincent j'écris ce message pour vous raconter l'immense bonheur et la joie de vie retrouvée grâce à l'intérêt que j'ai porté à la présence de mes voix. *la REVerdie*. 2013;(0):3.
  217. World Network of Users and Survivors of Psychiatry. *Implementation manual for the United Nations Convention on the Rights of Persons with Disabilities*. 2008.
  218. Ladner R. Broadening Participation: The Impact of the United Nations Convention on the Rights of Persons with Disabilities. Vol. 57, Association for Computing Machinery. *Communications of the ACM*. 2014. 30 p.
  219. Organisation des Nations Unies. *United Nations Treaty Collection*. [cited 2019 Jan 29]; Available from: [https://treaties.un.org/Pages/ViewDetails.aspx?src=TREATY&mtdsg\\_no=IV-15&chapter=4&lang=\\_en&clang=\\_en](https://treaties.un.org/Pages/ViewDetails.aspx?src=TREATY&mtdsg_no=IV-15&chapter=4&lang=_en&clang=_en)
  220. Jones K, Poletti A. The Italian experience in mental health care. *Hosp Community Psychiatry* [Internet]. 1986 Aug;37(8):795–802. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/3733010>
  221. European Disability Forum. *European Human Rights Report*. 2018.
  222. Organisation des Nations Unies. *Convention on the Rights of Persons with Disabilities (CRPD)* [Internet]. United Nations Enable. [cited 2019 Jan 29]. Available from: <https://www.un.org/development/desa/disabilities/convention-on-the-rights-of-persons-with-disabilities.html>
  223. Puras D, Gooding P. Mental health and human rights in the 21st century. *World Psychiatry* [Internet]. 2019;18(1):42–3. Available from: <http://doi.wiley.com/10.1002/wps.20599>
  224. Schmitt C. *Political Theology*. 2018. 180 p.
  225. Norris A. Sovereignty , Exception , and Norm. *J Law Soc*. 2007;34(1):31–45.
  226. Philosophy Tube. *Law & Order and Civil Disobedience* [Internet]. YouTube. 2017 [cited 2019 Jan 27]. Available from: <https://www.youtube.com/watch?v=Lhe7inINRm0>
  227. Carmichael S, Abu-Jamal M. *Stokely speaks : from Black power to Pan-Africanism*. 227 p.
  228. Organisation des Nations Unies. *The International Forum for Social Development*.

- Social Justice in an Open World. The Role of the United Nations [Internet]. 2006. 146 p. Available from: [www.un.org/esa/](http://www.un.org/esa/)
229. Nations Unies Assemblée générale 70e session. Résolution 70/1. Transformer notre monde : le Programme de développement durable à l'horizon 2030. 2015;16301:1–38.
  230. Organisation des Nations Unies. Sustainable Development Knowledge Platform [Internet]. [cited 2019 Jan 29]. Available from: <https://sustainabledevelopment.un.org/?menu=1300>
  231. Organisation des Nations Unies. Observations préliminaires de la Rapporteuse spéciale sur les droits des personnes handicapées, Mme Catalina Devandas-Aguilar au cours de sa visite en France, du 3 au 13 octobre 2017 [Internet]. 2017 [cited 2019 Jan 27]. Available from: <https://www.ohchr.org/FR/NewsEvents/Pages/DisplayNews.aspx?NewsID=22245&LangID=F>
  232. Guibet Lafaye C. Quelle éthique pour quels psychiatres ? Sociologie [Internet]. 2016;7(2):169. Available from: <http://www.cairn.info/revue-sociologie-2016-2-page-169.htm>
  233. Guibet Lafaye C. L'hospitalisation sous contrainte , une source de conflits normatifs. 2017;
  234. Thompson W, Schumann E. Interpretation of statistical evidence in criminal trials: The prosecutor's fallacy and the defense attorney's fallacy. *Law Hum Behav.* 1987;11(3):167–87.
  235. Gonick L, Smith W. The cartoon guide to statistics. 230 p.
  236. Birley JL. Political abuse of psychiatry. *Acta Psychiatr Scand.* 2000;Supplement(4):13–5.
  237. Fuller RW. All Rise: Somebodies, Nobodies and the Politics of Dignity. Berrett-Koehler, editor. 2006. 203 p.
  238. Fuller RW. Somebodies and Nobodies: Overcoming the Abuse of Rank [Internet]. 2003. 208 p. Available from: <http://content.wkhealth.com/linkback/openurl?sid=WKPTLP:landingpage&an=00005053-200508000-00014>
  239. Lindner EG, Hartling LM, Spalthoff U. Human dignity and humiliation studies: A global network advancing dignity through dialogue. *Policy Futur Educ.* 2011;9(1):66–73.
  240. Lindner E, Lindner E. Global Turning Points : The Journey of Dignity and Humiliation from the Neolithic Revolution to 1757 and 1948 Is There a Future of Dignity for Humankind ? 2018;
  241. Human Dignity and Humiliation Studies. Human Dignity and Humiliation Studies - Who We Are [Internet]. [cited 2018 Nov 1]. Available from: <http://www.humiliationstudies.org/whoweare/evelin/142.php>
  242. Capo Chichi S. Des Black Panthers à l'Afrique : le chemin de Stokely Carmichael alias Kwame Ture [Internet]. Nofi. 2014 [cited 2019 Jan 27]. Available from: <https://www.nofi.media/2014/11/des-blacks-panthers-a-lafrique-le-chemin-de-stokely-carmichael-alias-kwame-ture/6418>

## - ANNEXES -

- ANNEXE 1** Convention Relative aux Droits des Personnes Handicapées et protocole additionnel, version française officielle, ONU 2006
- ANNEXE 1.1 Convention Relative aux Droits des Personnes Handicapées de l'ONU
- ANNEXE 1.2 Protocole additionnel de la Convention Relative aux Droits des Personnes Handicapées de l'ONU
- ANNEXE 2** Infographie de Santé Mentale Europe : WORDS MATTER
- ANNEXE 3** Échantillon de communiqués sur le protocole additionnel à la Convention d'Oviedo
- ANNEXE 3.1 The case against a Council of Europe legal instrument on involuntary measures in psychiatry
- ANNEXE 3.2 Statement of ENUSP and Mental Health Europe on Additional Protocol
- ANNEXE 3.3 Communiqué de l'association Advocacy France
- ANNEXE 3.4 Disability Organisations Urge Council Of Europe To Withdraw Addition Protocol of Oviedo Convention
- ANNEXE 3.5 Statement by the Committee on the Rights of Persons with Disabilities calling States parties to oppose the draft Additional Protocol to the Oviedo Convention
- ANNEXE 3.6 Statement of the European Network of National Human Rights Institutions (ENNHRI) on the Draft Additional Protocol to the Oviedo Convention
- ANNEXE 3.7 Communiqué de l'association Neptune sur le Protocole Additionnel à la Convention d'Oviedo
- ANNEXE 3.8 Déclaration associative conjointe
- ANNEXE 4** Échantillon de communiqués de presse faisant suite à la proposition du groupe de travail sur les missions des ARS d'abandonner aux préfets le suivi des procédures de soins sans consentement
- ANNEXE 4.1 Communiqué de l'Association des Secteurs de Psychiatrie en Milieu Pénitentiaire du 20 juillet 2018
- ANNEXE 4.2 Communiqué du Syndicat des Psychiatres d'Exercice Publique

- ANNEXE 4.3 Communiqué de l'Union Syndicale de la Psychiatrie du 24 juillet 2018
- ANNEXE 4.4 Communiqué associatif et syndical commun du 23 juillet 2018  
« Hospitalisations d'office dans quatre régions françaises : Nord-Pas de Calais, Ile de France, Aquitaine et Provence-Alpes-Côte d'Azur »
- ANNEXE 5** - Remerciements
- ANNEXE 6** Recommandations du CGLPL
- ANNEXE 6.1 Recommandations en urgence du CGLPL du 8 février 2016 relatives au centre psychothérapique de l'Ain (Bourg-en-Bresse)
- ANNEXE 6.2 Recommandations en urgence du 1er février 2018 de la CGLPL relatives au centre hospitalier universitaire de Saint-Etienne (Loire)
- ANNEXE 6.3 Recommandations pour la pré-session de l'Examen périodique universel de la France du 14 décembre 2017
- ANNEXE 7** Allocution de Nicolas Sarkozy à Antony, texte officiel du discours présidentiel
- ANNEXE 8** Échanges pendant le Hunger Strike Debate
- ANNEXE 8.1 Original Statement by the Fast for Freedom in Mental Health to the American Psychiatric Association, National Alliance for the Mentally Ill and the US Office of the Surgeon General
- ANNEXE 8.2 Letter from American Psychiatric Association to Fast for Freedom in Mental Health
- ANNEXE 8.3 Reply by Scientific Panel of the Fast for Freedom in Mental Health to the 12 August Letter from American Psychiatric Association
- ANNEXE 8.4 American Psychiatric Association statement on 'Diagnosis and Treatment of Mental Disorders'
- ANNEXE 8.5 Reply by Scientific Panel of the Fast for Freedom in Mental Health to the 26 September Statement by American Psychiatric Association
- ANNEXE 9** Rapport de Santé Mentale Europe : Promising practices in prevention, reduction and elimination of coercion across Europe

# **ANNEXE 1 – Convention Relative aux Droits des Personnes Handicapées et protocole additionnel, version française officielle, ONU 2006**

**ANNEXE 1.1** Convention Relative aux Droits des Personnes Handicapées de l'ONU

**ANNEXE 1.2** Protocole additionnel de la Convention Relative aux Droits des Personnes Handicapées de l'ONU

## A1.1. Convention Relative aux Droits des Personnes Handicapées de l'ONU

### CONVENTION RELATIVE AUX DROITS DES PERSONNES HANDICAPÉES

#### Préambule

*Les États Parties à la présente Convention,*

a) *Rappelant* les principes proclamés dans la Charte des Nations Unies selon lesquels la reconnaissance de la dignité et de la valeur inhérentes à tous les membres de la famille humaine et de leurs droits égaux et inaliénables constitue le fondement de la liberté, de la justice et de la paix dans le monde,

b) *Reconnaissant* que les Nations Unies, dans la Déclaration universelle des droits de l'homme et dans les Pactes internationaux relatifs aux droits de l'homme, ont proclamé et sont convenues que chacun peut se prévaloir de tous les droits et de toutes les libertés qui y sont énoncés, sans distinction aucune,

c) *Réaffirmant* le caractère universel, indivisible, interdépendant et indissociable de tous les droits de l'homme et de toutes les libertés fondamentales et la nécessité d'en garantir la pleine jouissance aux personnes handicapées sans discrimination,

d) *Rappelant* le Pacte international relatif aux droits économiques, sociaux et culturels, le Pacte international relatif aux droits civils et politiques, la Convention internationale sur l'élimination de toutes les formes de discrimination raciale, la Convention sur l'élimination de toutes les formes de discrimination à l'égard des femmes, la Convention contre la torture et autres peines ou traitements cruels, inhumains ou dégradants, la Convention relative aux droits de l'enfant et la Convention internationale sur la protection des droits de tous les travailleurs migrants et des membres de leur famille,

e) *Reconnaissant* que la notion de handicap évolue et que le handicap résulte de l'interaction entre des personnes présentant des incapacités et les barrières comportementales et environnementales qui font obstacle à leur pleine et effective participation à la société sur la base de l'égalité avec les autres,

f) *Reconnaissant* l'importance des principes et lignes directrices contenus dans le Programme d'action mondial concernant les personnes handicapées et dans les Règles pour l'égalisation des chances des handicapés et leur influence sur la promotion, l'élaboration et l'évaluation aux niveaux national, régional et international des politiques, plans, programmes et mesures visant la poursuite de l'égalisation des chances des personnes handicapées,

g) *Soulignant* qu'il importe d'intégrer la condition des personnes handicapées dans les stratégies pertinentes de développement durable,

h) *Reconnaissant également* que toute discrimination fondée sur le handicap est une négation de la dignité et de la valeur inhérentes à la personne humaine,

i) *Reconnaissant en outre* la diversité des personnes handicapées,

j) *Reconnaissant* la nécessité de promouvoir et protéger les droits de l'homme de toutes les personnes handicapées, y compris de celles qui nécessitent un accompagnement plus poussé,

k) *Préoccupés* par le fait qu'en dépit de ces divers instruments et engagements, les personnes handicapées continuent d'être confrontées à des obstacles à leur participation à la société en tant que membres égaux de celle-ci et de faire l'objet de violations des droits de l'homme dans toutes les parties du monde,

l) *Reconnaissant* l'importance de la coopération internationale pour l'amélioration des conditions de vie des personnes handicapées dans tous les pays, en particulier dans les pays en développement,

m) *Appréciant* les utiles contributions actuelles et potentielles des personnes handicapées au bien-être général et à la diversité de leurs communautés et sachant que la promotion de la pleine jouissance des droits de l'homme et des libertés fondamentales par ces personnes ainsi que celle de leur pleine participation renforceront leur sentiment d'appartenance et feront notablement progresser le développement humain, social et économique de leurs sociétés et l'élimination de la pauvreté,

n) *Reconnaissant* l'importance pour les personnes handicapées de leur autonomie et de leur indépendance individuelles, y compris la liberté de faire leurs propres choix,

o) *Estimant* que les personnes handicapées devraient avoir la possibilité de participer activement aux processus de prise de décisions concernant les politiques et programmes, en particulier ceux qui les concernent directement,

p) *Préoccupés* par les difficultés que rencontrent les personnes handicapées, qui sont exposées à des formes multiples ou aggravées de discrimination fondées sur la race, la couleur, le sexe, la langue, la religion, l'opinion politique ou toute autre opinion, l'origine nationale, ethnique, autochtone ou sociale, la fortune, la naissance, l'âge ou toute autre situation,

q) *Reconnaissant* que les femmes et les filles handicapées courent souvent, dans leur famille comme à l'extérieur, des risques plus élevés de violence, d'atteinte à l'intégrité physique, d'abus, de délaissement ou de défaut de soins, de maltraitance ou d'exploitation,

r) *Reconnaissant* que les enfants handicapés doivent jouir pleinement de tous les droits de l'homme et de toutes les libertés fondamentales, sur la base de

l'égalité avec les autres enfants, et rappelant les obligations qu'ont contractées à cette fin les États Parties à la Convention relative aux droits de l'enfant,

s) *Soulignant* la nécessité d'intégrer le principe de l'égalité des sexes dans tous les efforts visant à promouvoir la pleine jouissance des droits de l'homme et des libertés fondamentales par les personnes handicapées,

t) *Insistant* sur le fait que la majorité des personnes handicapées vivent dans la pauvreté et reconnaissant à cet égard qu'il importe au plus haut point de s'attaquer aux effets pernicioeux de la pauvreté sur les personnes handicapées,

u) *Conscients* qu'une protection véritable des personnes handicapées suppose des conditions de paix et de sécurité fondées sur une pleine adhésion aux buts et principes de la Charte des Nations Unies et sur le respect des instruments des droits de l'homme applicables, en particulier en cas de conflit armé ou d'occupation étrangère,

v) *Reconnaissant* qu'il importe que les personnes handicapées aient pleinement accès aux équipements physiques, sociaux, économiques et culturels, à la santé et à l'éducation ainsi qu'à l'information et à la communication pour jouir pleinement de tous les droits de l'homme et de toutes les libertés fondamentales,

w) *Conscients* que l'individu, étant donné ses obligations envers les autres individus et la société à laquelle il appartient, est tenu de faire son possible pour promouvoir et respecter les droits reconnus dans la Charte internationale des droits de l'homme,

x) *Convaincus* que la famille est l'élément naturel et fondamental de la société et a droit à la protection de la société et de l'État et que les personnes handicapées et les membres de leur famille devraient recevoir la protection et l'aide nécessaires pour que les familles puissent contribuer à la pleine et égale jouissance de leurs droits par les personnes handicapées,

y) *Convaincus* qu'une convention internationale globale et intégrée pour la promotion et la protection des droits et de la dignité des personnes handicapées contribuera de façon significative à remédier au profond désavantage social que connaissent les personnes handicapées et qu'elle favorisera leur participation, sur la base de l'égalité des chances, à tous les domaines de la vie civile, politique, économique, sociale et culturelle, dans les pays développés comme dans les pays en développement,

*Sont convenus* de ce qui suit :

## **Article premier**

### **Objet**

La présente Convention a pour objet de promouvoir, protéger et assurer la pleine et égale jouissance de tous les droits de l'homme et de toutes les libertés fondamentales par les personnes handicapées et de promouvoir le respect de leur dignité intrinsèque.

Par personnes handicapées on entend des personnes qui présentent des incapacités physiques, mentales, intellectuelles ou sensorielles durables dont l'interaction avec diverses barrières peut faire obstacle à leur pleine et effective participation à la société sur la base de l'égalité avec les autres.

## **Article 2** **Définitions**

Aux fins de la présente Convention :

On entend par « communication », entre autres, les langues, l'affichage de texte, le braille, la communication tactile, les gros caractères, les supports multimédias accessibles ainsi que les modes, moyens et formes de communication améliorée et alternative à base de supports écrits, supports audio, langue simplifiée et lecteur humain, y compris les technologies de l'information et de la communication accessibles ;

On entend par « langue », entre autres, les langues parlées et les langues des signes et autres formes de langue non parlée ;

On entend par « discrimination fondée sur le handicap » toute distinction, exclusion ou restriction fondée sur le handicap qui a pour objet ou pour effet de compromettre ou réduire à néant la reconnaissance, la jouissance ou l'exercice, sur la base de l'égalité avec les autres, de tous les droits de l'homme et de toutes les libertés fondamentales dans les domaines politique, économique, social, culturel, civil ou autres. La discrimination fondée sur le handicap comprend toutes les formes de discrimination, y compris le refus d'aménagement raisonnable ;

On entend par « aménagement raisonnable » les modifications et ajustements nécessaires et appropriés n'imposant pas de charge disproportionnée ou induite apportés, en fonction des besoins dans une situation donnée, pour assurer aux personnes handicapées la jouissance ou l'exercice, sur la base de l'égalité avec les autres, de tous les droits de l'homme et de toutes les libertés fondamentales ;

On entend par « conception universelle » la conception de produits, d'équipements, de programmes et de services qui puissent être utilisés par tous, dans toute la mesure possible, sans nécessiter ni adaptation ni conception spéciale. La « conception universelle » n'exclut pas les appareils et accessoires fonctionnels pour des catégories particulières de personnes handicapées là où ils sont nécessaires.

## **Article 3** **Principes généraux**

Les principes de la présente Convention sont :

- a) Le respect de la dignité intrinsèque, de l'autonomie individuelle, y compris la liberté de faire ses propres choix, et de l'indépendance des personnes ;
- b) La non-discrimination ;

- c) La participation et l'intégration pleines et effectives à la société ;
- d) Le respect de la différence et l'acceptation des personnes handicapées comme faisant partie de la diversité humaine et de l'humanité ;
- e) L'égalité des chances ;
- f) L'accessibilité ;
- g) L'égalité entre les hommes et les femmes ;
- h) Le respect du développement des capacités de l'enfant handicapé et le respect du droit des enfants handicapés à préserver leur identité.

#### **Article 4**

##### **Obligations générales**

1. Les États Parties s'engagent à garantir et à promouvoir le plein exercice de tous les droits de l'homme et de toutes les libertés fondamentales de toutes les personnes handicapées sans discrimination d'aucune sorte fondée sur le handicap. À cette fin, ils s'engagent à :

- a) Adopter toutes mesures appropriées d'ordre législatif, administratif ou autre pour mettre en œuvre les droits reconnus dans la présente Convention ;
- b) Prendre toutes mesures appropriées, y compris des mesures législatives, pour modifier, abroger ou abolir les lois, règlements, coutumes et pratiques qui sont source de discrimination envers les personnes handicapées ;
- c) Prendre en compte la protection et la promotion des droits de l'homme des personnes handicapées dans toutes les politiques et dans tous les programmes ;
- d) S'abstenir de tout acte et de toute pratique incompatible avec la présente Convention et veiller à ce que les pouvoirs publics et les institutions agissent conformément à la présente Convention ;
- e) Prendre toutes mesures appropriées pour éliminer la discrimination fondée sur le handicap pratiquée par toute personne, organisation ou entreprise privée ;
- f) Entreprendre ou encourager la recherche et le développement de biens, services, équipements et installations de conception universelle, selon la définition qui en est donnée à l'article 2 de la présente Convention, qui devraient nécessiter le minimum possible d'adaptation et de frais pour répondre aux besoins spécifiques des personnes handicapées, encourager l'offre et l'utilisation de ces biens, services, équipements et installations et encourager l'incorporation de la conception universelle dans le développement des normes et directives ;
- g) Entreprendre ou encourager la recherche et le développement et encourager l'offre et l'utilisation de nouvelles technologies – y compris les technologies de l'information et de la communication, les aides à la mobilité, les appareils et

accessoires et les technologies d'assistance – qui soient adaptées aux personnes handicapées, en privilégiant les technologies d'un coût abordable ;

h) Fournir aux personnes handicapées des informations accessibles concernant les aides à la mobilité, les appareils et accessoires et les technologies d'assistance, y compris les nouvelles technologies, ainsi que les autres formes d'assistance, services d'accompagnement et équipements ;

i) Encourager la formation aux droits reconnus dans la présente Convention des professionnels et personnels qui travaillent avec des personnes handicapées, de façon à améliorer la prestation des aides et services garantis par ces droits.

2. Dans le cas des droits économiques, sociaux et culturels, chaque État Partie s'engage à agir, au maximum des ressources dont il dispose et, s'il y a lieu, dans le cadre de la coopération internationale, en vue d'assurer progressivement le plein exercice de ces droits, sans préjudice des obligations énoncées dans la présente Convention qui sont d'application immédiate en vertu du droit international.

3. Dans l'élaboration et la mise en œuvre des lois et des politiques adoptées aux fins de l'application de la présente Convention, ainsi que dans l'adoption de toute décision sur des questions relatives aux personnes handicapées, les États Parties consultent étroitement et font activement participer ces personnes, y compris les enfants handicapés, par l'intermédiaire des organisations qui les représentent.

4. Aucune des dispositions de la présente Convention ne porte atteinte aux dispositions plus favorables à l'exercice des droits des personnes handicapées qui peuvent figurer dans la législation d'un État Partie ou dans le droit international en vigueur pour cet État. Il ne peut être admise aucune restriction ou dérogation aux droits de l'homme et aux libertés fondamentales reconnus ou en vigueur dans un État Partie à la présente Convention en vertu de lois, de conventions, de règlements ou de coutumes, sous prétexte que la présente Convention ne reconnaît pas ces droits et libertés ou les reconnaît à un moindre degré.

5. Les dispositions de la présente Convention s'appliquent, sans limitation ni exception aucune, à toutes les unités constitutives des États fédératifs.

## **Article 5**

### **Égalité et non-discrimination**

1. Les États Parties reconnaissent que toutes les personnes sont égales devant la loi et en vertu de celle-ci et ont droit sans discrimination à l'égal protection et à l'égal bénéfice de la loi.

2. Les États Parties interdisent toutes les discriminations fondées sur le handicap et garantissent aux personnes handicapées une égale et effective protection juridique contre toute discrimination, quel qu'en soit le fondement.

3. Afin de promouvoir l'égalité et d'éliminer la discrimination, les États Parties prennent toutes les mesures appropriées pour faire en sorte que des aménagements raisonnables soient apportés.

4. Les mesures spécifiques qui sont nécessaires pour accélérer ou assurer l'égalité de facto des personnes handicapées ne constituent pas une discrimination au sens de la présente Convention.

## **Article 6** **Femmes handicapées**

1. Les États Parties reconnaissent que les femmes et les filles handicapées sont exposées à de multiples discriminations, et ils prennent les mesures voulues pour leur permettre de jouir pleinement et dans des conditions d'égalité de tous les droits de l'homme et de toutes les libertés fondamentales.

2. Les États Parties prennent toutes mesures appropriées pour assurer le plein épanouissement, la promotion et l'autonomisation des femmes, afin de leur garantir l'exercice et la jouissance des droits de l'homme et des libertés fondamentales énoncés dans la présente Convention.

## **Article 7** **Enfants handicapés**

1. Les États Parties prennent toutes mesures nécessaires pour garantir aux enfants handicapés la pleine jouissance de tous les droits de l'homme et de toutes les libertés fondamentales, sur la base de l'égalité avec les autres enfants.

2. Dans toutes les décisions qui concernent les enfants handicapés, l'intérêt supérieur de l'enfant doit être une considération primordiale.

3. Les États Parties garantissent à l'enfant handicapé, sur la base de l'égalité avec les autres enfants, le droit d'exprimer librement son opinion sur toute question l'intéressant, les opinions de l'enfant étant dûment prises en considération eu égard à son âge et à son degré de maturité, et d'obtenir pour l'exercice de ce droit une aide adaptée à son handicap et à son âge.

## **Article 8** **Sensibilisation**

1. Les États Parties s'engagent à prendre des mesures immédiates, efficaces et appropriées en vue de :

a) Sensibiliser l'ensemble de la société, y compris au niveau de la famille, à la situation des personnes handicapées et promouvoir le respect des droits et de la dignité des personnes handicapées ;

b) Combattre les stéréotypes, les préjugés et les pratiques dangereuses concernant les personnes handicapées, y compris ceux liés au sexe et à l'âge, dans tous les domaines ;

c) Mieux faire connaître les capacités et les contributions des personnes handicapées.

2. Dans le cadre des mesures qu'ils prennent à cette fin, les États Parties :

a) Lancent et mènent des campagnes efficaces de sensibilisation du public en vue de :

i) Favoriser une attitude réceptive à l'égard des droits des personnes handicapées ;

ii) Promouvoir une perception positive des personnes handicapées et une conscience sociale plus poussée à leur égard ;

iii) Promouvoir la reconnaissance des compétences, mérites et aptitudes des personnes handicapées et de leurs contributions dans leur milieu de travail et sur le marché du travail ;

b) Encouragent à tous les niveaux du système éducatif, notamment chez tous les enfants dès leur plus jeune âge, une attitude de respect pour les droits des personnes handicapées ;

c) Encouragent tous les médias à montrer les personnes handicapées sous un jour conforme à l'objet de la présente Convention ;

d) Encouragent l'organisation de programmes de formation en sensibilisation aux personnes handicapées et aux droits des personnes handicapées.

## **Article 9** **Accessibilité**

1. Afin de permettre aux personnes handicapées de vivre de façon indépendante et de participer pleinement à tous les aspects de la vie, les États Parties prennent des mesures appropriées pour leur assurer, sur la base de l'égalité avec les autres, l'accès à l'environnement physique, aux transports, à l'information et à la communication, y compris aux systèmes et technologies de l'information et de la communication, et aux autres équipements et services ouverts ou fournis au public, tant dans les zones urbaines que rurales. Ces mesures, parmi lesquelles figurent l'identification et l'élimination des obstacles et barrières à l'accessibilité, s'appliquent, entre autres :

a) Aux bâtiments, à la voirie, aux transports et autres équipements intérieurs ou extérieurs, y compris les écoles, les logements, les installations médicales et les lieux de travail ;

b) Aux services d'information, de communication et autres services, y compris les services électroniques et les services d'urgence.

2. Les États Parties prennent également des mesures appropriées pour :
- a) Élaborer et promulguer des normes nationales minimales et des directives relatives à l'accessibilité des installations et services ouverts ou fournis au public et contrôler l'application de ces normes et directives ;
  - b) Faire en sorte que les organismes privés qui offrent des installations ou des services qui sont ouverts ou fournis au public prennent en compte tous les aspects de l'accessibilité par les personnes handicapées ;
  - c) Assurer aux parties concernées une formation concernant les problèmes d'accès auxquels les personnes handicapées sont confrontées ;
  - d) Faire mettre en place dans les bâtiments et autres installations ouverts au public une signalisation en braille et sous des formes faciles à lire et à comprendre ;
  - e) Mettre à disposition des formes d'aide humaine ou animalière et les services de médiateurs, notamment de guides, de lecteurs et d'interprètes professionnels en langue des signes, afin de faciliter l'accès des bâtiments et autres installations ouverts au public ;
  - f) Promouvoir d'autres formes appropriées d'aide et d'accompagnement des personnes handicapées afin de leur assurer l'accès à l'information ;
  - g) Promouvoir l'accès des personnes handicapées aux nouveaux systèmes et technologies de l'information et de la communication, y compris l'internet ;
  - h) Promouvoir l'étude, la mise au point, la production et la diffusion de systèmes et technologies de l'information et de la communication à un stade précoce, de façon à en assurer l'accessibilité à un coût minimal.

## **Article 10** **Droit à la vie**

Les États Parties réaffirment que le droit à la vie est inhérent à la personne humaine et prennent toutes mesures nécessaires pour en assurer aux personnes handicapées la jouissance effective, sur la base de l'égalité avec les autres.

## **Article 11** **Situations de risque et situations d'urgence humanitaire**

Les États Parties prennent, conformément aux obligations qui leur incombent en vertu du droit international, notamment le droit international humanitaire et le droit international des droits de l'homme, toutes mesures nécessaires pour assurer la protection et la sûreté des personnes handicapées dans les situations de risque, y compris les conflits armés, les crises humanitaires et les catastrophes naturelles.

**Article 12**  
**Reconnaissance de la personnalité juridique**  
**dans des conditions d'égalité**

1. Les États Parties réaffirment que les personnes handicapées ont droit à la reconnaissance en tous lieux de leur personnalité juridique.
2. Les États Parties reconnaissent que les personnes handicapées jouissent de la capacité juridique dans tous les domaines, sur la base de l'égalité avec les autres.
3. Les États Parties prennent des mesures appropriées pour donner aux personnes handicapées accès à l'accompagnement dont elles peuvent avoir besoin pour exercer leur capacité juridique.
4. Les États Parties font en sorte que les mesures relatives à l'exercice de la capacité juridique soient assorties de garanties appropriées et effectives pour prévenir les abus, conformément au droit international des droits de l'homme. Ces garanties doivent garantir que les mesures relatives à l'exercice de la capacité juridique respectent les droits, la volonté et les préférences de la personne concernée, soient exemptes de tout conflit d'intérêt et ne donnent lieu à aucun abus d'influence, soient proportionnées et adaptées à la situation de la personne concernée, s'appliquent pendant la période la plus brève possible et soient soumises à un contrôle périodique effectué par un organe compétent, indépendant et impartial ou une instance judiciaire. Ces garanties doivent également être proportionnées au degré auquel les mesures devant faciliter l'exercice de la capacité juridique affectent les droits et intérêts de la personne concernée.
5. Sous réserve des dispositions du présent article, les États Parties prennent toutes mesures appropriées et effectives pour garantir le droit qu'ont les personnes handicapées, sur la base de l'égalité avec les autres, de posséder des biens ou d'en hériter, de contrôler leurs finances et d'avoir accès aux mêmes conditions que les autres personnes aux prêts bancaires, hypothèques et autres formes de crédit financier ; ils veillent à ce que les personnes handicapées ne soient pas arbitrairement privées de leurs biens.

**Article 13**  
**Accès à la justice**

1. Les États Parties assurent l'accès effectif des personnes handicapées à la justice, sur la base de l'égalité avec les autres, y compris par le biais d'aménagements procéduraux et d'aménagements en fonction de l'âge, afin de faciliter leur participation effective, directe ou indirecte, notamment en tant que témoins, à toutes les procédures judiciaires, y compris au stade de l'enquête et aux autres stades préliminaires.
2. Afin d'aider à assurer l'accès effectif des personnes handicapées à la justice, les États Parties favorisent une formation appropriée des personnels concourant à l'administration de la justice, y compris les personnels de police et les personnels pénitentiaires.

**Article 14**  
**Liberté et sécurité de la personne**

1. Les États Parties veillent à ce que les personnes handicapées, sur la base de l'égalité avec les autres :

a) Jouissent du droit à la liberté et à la sûreté de leur personne ;

b) Ne soient pas privées de leur liberté de façon illégale ou arbitraire ; ils veillent en outre à ce que toute privation de liberté soit conforme à la loi et à ce qu'en aucun cas l'existence d'un handicap ne justifie une privation de liberté.

2. Les États Parties veillent à ce que les personnes handicapées, si elles sont privées de leur liberté à l'issue d'une quelconque procédure, aient droit, sur la base de l'égalité avec les autres, aux garanties prévues par le droit international des droits de l'homme et soient traitées conformément aux buts et principes de la présente Convention, y compris en bénéficiant d'aménagements raisonnables.

**Article 15**  
**Droit de ne pas être soumis à la torture ni à des peines  
ou traitements cruels, inhumains ou dégradants**

1. Nul ne sera soumis à la torture, ni à des peines ou traitements cruels, inhumains ou dégradants. En particulier, il est interdit de soumettre une personne sans son libre consentement à une expérience médicale ou scientifique.

2. Les États Parties prennent toutes mesures législatives, administratives, judiciaires et autres mesures efficaces pour empêcher, sur la base de l'égalité avec les autres, que des personnes handicapées ne soient soumises à la torture ou à des peines ou traitements cruels, inhumains ou dégradants.

**Article 16**  
**Droit de ne pas être soumis à l'exploitation,  
à la violence et à la maltraitance**

1. Les États Parties prennent toutes mesures législatives, administratives, sociales, éducatives et autres mesures appropriées pour protéger les personnes handicapées, à leur domicile comme à l'extérieur, contre toutes formes d'exploitation, de violence et de maltraitance, y compris leurs aspects fondés sur le sexe.

2. Les États Parties prennent également toutes mesures appropriées pour prévenir toutes les formes d'exploitation, de violence et de maltraitance en assurant notamment aux personnes handicapées, à leur famille et à leurs aidants des formes appropriées d'aide et d'accompagnement adaptées au sexe et à l'âge, y compris en mettant à leur disposition des informations et des services éducatifs sur les moyens d'éviter, de reconnaître et de dénoncer les cas d'exploitation, de violence et de

maltraitance. Les États Parties veillent à ce que les services de protection tiennent compte de l'âge, du sexe et du handicap des intéressés.

3. Afin de prévenir toutes les formes d'exploitation, de violence et de maltraitance, les États Parties veillent à ce que tous les établissements et programmes destinés aux personnes handicapées soient effectivement contrôlés par des autorités indépendantes.

4. Les États Parties prennent toutes mesures appropriées pour faciliter le rétablissement physique, cognitif et psychologique, la réadaptation et la réinsertion sociale des personnes handicapées qui ont été victimes d'exploitation, de violence ou de maltraitance sous toutes leurs formes, notamment en mettant à leur disposition des services de protection. Le rétablissement et la réinsertion interviennent dans un environnement qui favorise la santé, le bien-être, l'estime de soi, la dignité et l'autonomie de la personne et qui prend en compte les besoins spécifiquement liés au sexe et à l'âge.

5. Les États Parties mettent en place une législation et des politiques efficaces, y compris une législation et des politiques axées sur les femmes et les enfants, qui garantissent que les cas d'exploitation, de violence et de maltraitance envers des personnes handicapées sont dépistés, font l'objet d'une enquête et, le cas échéant, donnent lieu à des poursuites.

### **Article 17**

#### **Protection de l'intégrité de la personne**

Toute personne handicapée a droit au respect de son intégrité physique et mentale sur la base de l'égalité avec les autres.

### **Article 18**

#### **Droit de circuler librement et nationalité**

1. Les États Parties reconnaissent aux personnes handicapées, sur la base de l'égalité avec les autres, le droit de circuler librement, le droit de choisir librement leur résidence et le droit à une nationalité, et ils veillent notamment à ce que les personnes handicapées :

a) Aient le droit d'acquérir une nationalité et de changer de nationalité et ne soient pas privées de leur nationalité arbitrairement ou en raison de leur handicap ;

b) Ne soient pas privées, en raison de leur handicap, de la capacité d'obtenir, de posséder et d'utiliser des titres attestant leur nationalité ou autres titres d'identité ou d'avoir recours aux procédures pertinentes, telles que les procédures d'immigration, qui peuvent être nécessaires pour faciliter l'exercice du droit de circuler librement ;

c) Aient le droit de quitter n'importe quel pays, y compris le leur ;

d) Ne soient pas privées, arbitrairement ou en raison de leur handicap, du droit d'entrer dans leur propre pays.

2. Les enfants handicapés sont enregistrés aussitôt leur naissance et ont dès celle-ci le droit à un nom, le droit d'acquérir une nationalité et, dans la mesure du possible, le droit de connaître leurs parents et d'être élevés par eux.

## **Article 19**

### **Autonomie de vie et inclusion dans la société**

Les États Parties à la présente Convention reconnaissent à toutes les personnes handicapées le droit de vivre dans la société, avec la même liberté de choix que les autres personnes, et prennent des mesures efficaces et appropriées pour faciliter aux personnes handicapées la pleine jouissance de ce droit ainsi que leur pleine intégration et participation à la société, notamment en veillant à ce que :

a) Les personnes handicapées aient la possibilité de choisir, sur la base de l'égalité avec les autres, leur lieu de résidence et où et avec qui elles vont vivre et qu'elles ne soient pas obligées de vivre dans un milieu de vie particulier ;

b) Les personnes handicapées aient accès à une gamme de services à domicile ou en établissement et autres services sociaux d'accompagnement, y compris l'aide personnelle nécessaire pour leur permettre de vivre dans la société et de s'y insérer et pour empêcher qu'elles ne soient isolées ou victimes de ségrégation ;

c) Les services et équipements sociaux destinés à la population générale soient mis à la disposition des personnes handicapées, sur la base de l'égalité avec les autres, et soient adaptés à leurs besoins.

## **Article 20**

### **Mobilité personnelle**

Les États Parties prennent des mesures efficaces pour assurer la mobilité personnelle des personnes handicapées, dans la plus grande autonomie possible, y compris en :

a) Facilitant la mobilité personnelle des personnes handicapées selon les modalités et au moment que celles-ci choisissent, et à un coût abordable ;

b) Facilitant l'accès des personnes handicapées à des aides à la mobilité, appareils et accessoires, technologies d'assistance, formes d'aide humaine ou animale et médiateurs de qualité, notamment en faisant en sorte que leur coût soit abordable ;

c) Dispensant aux personnes handicapées et aux personnels spécialisés qui travaillent avec elles une formation aux techniques de mobilité ;

d) Encourageant les organismes qui produisent des aides à la mobilité, des appareils et accessoires et des technologies d'assistance à prendre en compte tous les aspects de la mobilité des personnes handicapées.

## **Article 21**

### **Liberté d'expression et d'opinion et accès à l'information**

Les États Parties prennent toutes mesures appropriées pour que les personnes handicapées puissent exercer le droit à la liberté d'expression et d'opinion, y compris la liberté de demander, recevoir et communiquer des informations et des idées, sur la base de l'égalité avec les autres et en recourant à tous moyens de communication de leur choix au sens de l'article 2 de la présente Convention. À cette fin, les États Parties :

a) Communiquent les informations destinées au grand public aux personnes handicapées, sans tarder et sans frais supplémentaires pour celles-ci, sous des formes accessibles et au moyen de technologies adaptées aux différents types de handicap ;

b) Acceptent et facilitent le recours par les personnes handicapées, pour leurs démarches officielles, à la langue des signes, au braille, à la communication améliorée et alternative et à tous les autres moyens, modes et formes accessibles de communication de leur choix ;

c) Demandent instamment aux organismes privés qui mettent des services à la disposition du public, y compris par le biais de l'internet, de fournir des informations et des services sous des formes accessibles aux personnes handicapées et que celles-ci puissent utiliser ;

d) Encouragent les médias, y compris ceux qui communiquent leurs informations par l'internet, à rendre leurs services accessibles aux personnes handicapées ;

e) Reconnaissent et favorisent l'utilisation des langues des signes.

## **Article 22**

### **Respect de la vie privée**

1. Aucune personne handicapée, quel que soit son lieu de résidence ou son milieu de vie, ne sera l'objet d'immixtions arbitraires ou illégales dans sa vie privée, sa famille, son domicile ou sa correspondance ou autres types de communication ni d'atteintes illégales à son honneur et à sa réputation. Les personnes handicapées ont droit à la protection de la loi contre de telles immixtions ou de telles atteintes.

2. Les États Parties protègent la confidentialité des informations personnelles et des informations relatives à la santé et à la réadaptation des personnes handicapées, sur la base de l'égalité avec les autres.

## **Article 23**

### **Respect du domicile et de la famille**

1. Les États Parties prennent des mesures efficaces et appropriées pour éliminer la discrimination à l'égard des personnes handicapées dans tout ce qui a trait au mariage, à la famille, à la fonction parentale et aux relations personnelles, sur la base de l'égalité avec les autres, et veillent à ce que :

a) Soit reconnu à toutes les personnes handicapées, à partir de l'âge nubile, le droit de se marier et de fonder une famille sur la base du libre et plein consentement des futurs époux ;

b) Soient reconnus aux personnes handicapées le droit de décider librement et en toute connaissance de cause du nombre de leurs enfants et de l'espacement des naissances ainsi que le droit d'avoir accès, de façon appropriée pour leur âge, à l'information et à l'éducation en matière de procréation et de planification familiale ; et à ce que les moyens nécessaires à l'exercice de ces droits leur soient fournis ;

c) Les personnes handicapées, y compris les enfants, conservent leur fertilité, sur la base de l'égalité avec les autres.

2. Les États Parties garantissent les droits et responsabilités des personnes handicapées en matière de tutelle, de curatelle, de garde et d'adoption des enfants ou d'institutions similaires, lorsque ces institutions existent dans la législation nationale ; dans tous les cas, l'intérêt supérieur de l'enfant est la considération primordiale. Les États Parties apportent une aide appropriée aux personnes handicapées dans l'exercice de leurs responsabilités parentales.

3. Les États Parties veillent à ce que les enfants handicapés aient des droits égaux dans leur vie en famille. Aux fins de l'exercice de ces droits et en vue de prévenir la dissimulation, l'abandon, le délaissement et la ségrégation des enfants handicapés, les États Parties s'engagent à fournir aux enfants handicapés et à leur famille, à un stade précoce, un large éventail d'informations et de services, dont des services d'accompagnement.

4. Les États Parties veillent à ce qu'aucun enfant ne soit séparé de ses parents contre leur gré, à moins que les autorités compétentes, sous réserve d'un contrôle juridictionnel, ne décident, conformément au droit et aux procédures applicables, qu'une telle séparation est nécessaire dans l'intérêt supérieur de l'enfant. En aucun cas un enfant ne doit être séparé de ses parents en raison de son handicap ou du handicap de l'un ou des deux parents.

5. Les États Parties s'engagent, lorsque la famille immédiate n'est pas en mesure de s'occuper d'un enfant handicapé, à ne négliger aucun effort pour assurer la prise en charge de l'enfant par la famille élargie et, si cela n'est pas possible, dans un cadre familial au sein de la communauté.

## **Article 24** **Éducation**

1. Les États Parties reconnaissent le droit des personnes handicapées à l'éducation. En vue d'assurer l'exercice de ce droit sans discrimination et sur la base de l'égalité des chances, les États Parties font en sorte que le système éducatif pourvoie à l'insertion scolaire à tous les niveaux et offre, tout au long de la vie, des possibilités d'éducation qui visent :

a) Le plein épanouissement du potentiel humain et du sentiment de dignité et d'estime de soi, ainsi que le renforcement du respect des droits de l'homme, des libertés fondamentales et de la diversité humaine ;

b) L'épanouissement de la personnalité des personnes handicapées, de leurs talents et de leur créativité ainsi que de leurs aptitudes mentales et physiques, dans toute la mesure de leurs potentialités ;

c) La participation effective des personnes handicapées à une société libre.

2. Aux fins de l'exercice de ce droit, les États Parties veillent à ce que :

a) Les personnes handicapées ne soient pas exclues, sur le fondement de leur handicap, du système d'enseignement général et à ce que les enfants handicapés ne soient pas exclus, sur le fondement de leur handicap, de l'enseignement primaire gratuit et obligatoire ou de l'enseignement secondaire ;

b) Les personnes handicapées puissent, sur la base de l'égalité avec les autres, avoir accès, dans les communautés où elles vivent, à un enseignement primaire inclusif, de qualité et gratuit, et à l'enseignement secondaire ;

c) Il soit procédé à des aménagements raisonnables en fonction des besoins de chacun ;

d) Les personnes handicapées bénéficient, au sein du système d'enseignement général, de l'accompagnement nécessaire pour faciliter leur éducation effective ;

e) Des mesures d'accompagnement individualisé efficaces soient prises dans des environnements qui optimisent le progrès scolaire et la socialisation, conformément à l'objectif de pleine intégration.

3. Les États Parties donnent aux personnes handicapées la possibilité d'acquérir les compétences pratiques et sociales nécessaires de façon à faciliter leur pleine et égale participation au système d'enseignement et à la vie de la communauté. À cette fin, les États Parties prennent des mesures appropriées, notamment :

a) Facilitent l'apprentissage du braille, de l'écriture adaptée et des modes, moyens et formes de communication améliorée et alternative, le développement des capacités d'orientation et de la mobilité, ainsi que le soutien par les pairs et le mentorat ;

b) Facilitent l'apprentissage de la langue des signes et la promotion de l'identité linguistique des personnes sourdes ;

c) Veillent à ce que les personnes aveugles, sourdes ou sourdes et aveugles – en particulier les enfants – reçoivent un enseignement dispensé dans la langue et par le biais des modes et moyens de communication qui conviennent le mieux à chacun, et ce, dans des environnements qui optimisent le progrès scolaire et la sociabilisation.

4. Afin de faciliter l'exercice de ce droit, les États Parties prennent des mesures appropriées pour employer des enseignants, y compris des enseignants handicapés, qui ont une qualification en langue des signes ou en braille et pour former les cadres et personnels éducatifs à tous les niveaux. Cette formation comprend la sensibilisation aux handicaps et l'utilisation des modes, moyens et formes de communication améliorée et alternative et des techniques et matériels pédagogiques adaptés aux personnes handicapées.

5. Les États Parties veillent à ce que les personnes handicapées puissent avoir accès, sans discrimination et sur la base de l'égalité avec les autres, à l'enseignement tertiaire général, à la formation professionnelle, à l'enseignement pour adultes et à la formation continue. À cette fin, ils veillent à ce que des aménagements raisonnables soient apportés en faveur des personnes handicapées.

## **Article 25**

### **Santé**

Les États Parties reconnaissent que les personnes handicapées ont le droit de jouir du meilleur état de santé possible sans discrimination fondée sur le handicap. Ils prennent toutes les mesures appropriées pour leur assurer l'accès à des services de santé qui prennent en compte les sexospécificités, y compris des services de réadaptation. En particulier, les États Parties :

a) Fournissent aux personnes handicapées des services de santé gratuits ou d'un coût abordable couvrant la même gamme et de la même qualité que ceux offerts aux autres personnes, y compris des services de santé sexuelle et génésique et des programmes de santé publique communautaires ;

b) Fournissent aux personnes handicapées les services de santé dont celles-ci ont besoin en raison spécifiquement de leur handicap, y compris des services de dépistage précoce et, s'il y a lieu, d'intervention précoce, et des services destinés à réduire au maximum ou à prévenir les nouveaux handicaps, notamment chez les enfants et les personnes âgées ;

c) Fournissent ces services aux personnes handicapées aussi près que possible de leur communauté, y compris en milieu rural ;

d) Exigent des professionnels de la santé qu'ils dispensent aux personnes handicapées des soins de la même qualité que ceux dispensés aux autres, notamment qu'ils obtiennent le consentement libre et éclairé des personnes handicapées concernées ; à cette fin, les États Parties mènent des activités de formation et promulguent des règles déontologiques pour les secteurs public et privé de la santé

de façon, entre autres, à sensibiliser les personnels aux droits de l'homme, à la dignité, à l'autonomie et aux besoins des personnes handicapées ;

e) Interdisent dans le secteur des assurances la discrimination à l'encontre des personnes handicapées, qui doivent pouvoir obtenir à des conditions équitables et raisonnables une assurance maladie et, dans les pays où elle est autorisée par le droit national, une assurance-vie ;

f) Empêchent tout refus discriminatoire de fournir des soins ou services médicaux ou des aliments ou des liquides en raison d'un handicap.

## **Article 26**

### **Adaptation et réadaptation**

1. Les États Parties prennent des mesures efficaces et appropriées, faisant notamment intervenir l'entraide entre pairs, pour permettre aux personnes handicapées d'atteindre et de conserver le maximum d'autonomie, de réaliser pleinement leur potentiel physique, mental, social et professionnel, et de parvenir à la pleine intégration et à la pleine participation à tous les aspects de la vie. À cette fin, les États Parties organisent, renforcent et développent des services et programmes diversifiés d'adaptation et de réadaptation, en particulier dans les domaines de la santé, de l'emploi, de l'éducation et des services sociaux, de telle sorte que ces services et programmes :

a) Commencent au stade le plus précoce possible et soient fondés sur une évaluation pluridisciplinaire des besoins et des atouts de chacun ;

b) Facilitent la participation et l'intégration à la communauté et à tous les aspects de la société, soient librement acceptés et soient mis à la disposition des personnes handicapées aussi près que possible de leur communauté, y compris dans les zones rurales.

2. Les États Parties favorisent le développement de la formation initiale et continue des professionnels et personnels qui travaillent dans les services d'adaptation et de réadaptation.

3. Les États Parties favorisent l'offre, la connaissance et l'utilisation d'appareils et de technologies d'aide, conçus pour les personnes handicapées, qui facilitent l'adaptation et la réadaptation.

## **Article 27**

### **Travail et emploi**

1. Les États Parties reconnaissent aux personnes handicapées, sur la base de l'égalité avec les autres, le droit au travail, notamment à la possibilité de gagner leur vie en accomplissant un travail librement choisi ou accepté sur un marché du travail et dans un milieu de travail ouverts, favorisant l'inclusion et accessibles aux personnes handicapées. Ils garantissent et favorisent l'exercice du droit au travail, y compris pour

ceux qui ont acquis un handicap en cours d'emploi, en prenant des mesures appropriées, y compris des mesures législatives, pour notamment :

a) Interdire la discrimination fondée sur le handicap dans tout ce qui a trait à l'emploi sous toutes ses formes, notamment les conditions de recrutement, d'embauche et d'emploi, le maintien dans l'emploi, l'avancement et les conditions de sécurité et d'hygiène au travail ;

b) Protéger le droit des personnes handicapées à bénéficier, sur la base de l'égalité avec les autres, de conditions de travail justes et favorables, y compris l'égalité des chances et l'égalité de rémunération à travail égal, la sécurité et l'hygiène sur les lieux de travail, la protection contre le harcèlement et des procédures de règlement des griefs ;

c) Faire en sorte que les personnes handicapées puissent exercer leurs droits professionnels et syndicaux sur la base de l'égalité avec les autres ;

d) Permettre aux personnes handicapées d'avoir effectivement accès aux programmes d'orientation technique et professionnel, aux services de placement et aux services de formation professionnelle et continue offerts à la population en général ;

e) Promouvoir les possibilités d'emploi et d'avancement des personnes handicapées sur le marché du travail, ainsi que l'aide à la recherche et à l'obtention d'un emploi, au maintien dans l'emploi et au retour à l'emploi ;

f) Promouvoir les possibilités d'exercice d'une activité indépendante, l'esprit d'entreprise, l'organisation de coopératives et la création d'entreprise ;

g) Employer des personnes handicapées dans le secteur public ;

h) Favoriser l'emploi de personnes handicapées dans le secteur privé en mettant en œuvre des politiques et mesures appropriées, y compris le cas échéant des programmes d'action positive, des incitations et d'autres mesures ;

i) Faire en sorte que des aménagements raisonnables soient apportés aux lieux de travail en faveur des personnes handicapées ;

j) Favoriser l'acquisition par les personnes handicapées d'une expérience professionnelle sur le marché du travail général ;

k) Promouvoir des programmes de réadaptation technique et professionnelle, de maintien dans l'emploi et de retour à l'emploi pour les personnes handicapées.

2. Les États Parties veillent à ce que les personnes handicapées ne soient tenues ni en esclavage ni en servitude, et à ce qu'elles soient protégées, sur la base de l'égalité avec les autres, contre le travail forcé ou obligatoire.

**Article 28**  
**Niveau de vie adéquat et protection sociale**

1. Les États Parties reconnaissent le droit des personnes handicapées à un niveau de vie adéquat pour elles-mêmes et pour leur famille, notamment une alimentation, un habillement et un logement adéquats, et à une amélioration constante de leurs conditions de vie et prennent des mesures appropriées pour protéger et promouvoir l'exercice de ce droit sans discrimination fondée sur le handicap.

2. Les États Parties reconnaissent le droit des personnes handicapées à la protection sociale et à la jouissance de ce droit sans discrimination fondée sur le handicap et prennent des mesures appropriées pour protéger et promouvoir l'exercice de ce droit, y compris des mesures destinées à :

a) Assurer aux personnes handicapées l'égalité d'accès aux services d'eau salubre et leur assurer l'accès à des services, appareils et accessoires et autres aides répondant aux besoins créés par leur handicap qui soient appropriés et abordables ;

b) Assurer aux personnes handicapées, en particulier aux femmes et aux filles et aux personnes âgées, l'accès aux programmes de protection sociale et aux programmes de réduction de la pauvreté ;

c) Assurer aux personnes handicapées et à leurs familles, lorsque celles-ci vivent dans la pauvreté, l'accès à l'aide publique pour couvrir les frais liés au handicap, notamment les frais permettant d'assurer adéquatement une formation, un soutien psychologique, une aide financière ou une prise en charge de répit ;

d) Assurer aux personnes handicapées l'accès aux programmes de logements sociaux ;

e) Assurer aux personnes handicapées l'égalité d'accès aux programmes et prestations de retraite.

**Article 29**  
**Participation à la vie politique et à la vie publique**

Les États Parties garantissent aux personnes handicapées la jouissance des droits politiques et la possibilité de les exercer sur la base de l'égalité avec les autres, et s'engagent :

a) À faire en sorte que les personnes handicapées puissent effectivement et pleinement participer à la vie politique et à la vie publique sur la base de l'égalité avec les autres, que ce soit directement ou par l'intermédiaire de représentants librement choisis, notamment qu'elles aient le droit et la possibilité de voter et d'être élues, et pour cela les États Parties, entre autres mesures :

i) Veillent à ce que les procédures, équipements et matériels électoraux soient appropriés, accessibles et faciles à comprendre et à utiliser ;

ii) Protègent le droit qu'ont les personnes handicapées de voter à bulletin secret et sans intimidation aux élections et référendums publics, de se présenter aux

élections et d'exercer effectivement un mandat électif ainsi que d'exercer toutes fonctions publiques à tous les niveaux de l'État, et facilitent, s'il y a lieu, le recours aux technologies d'assistance et aux nouvelles technologies ;

iii) Garantissent la libre expression de la volonté des personnes handicapées en tant qu'électeurs et à cette fin si nécessaire, et à leur demande, les autorisent à se faire assister d'une personne de leur choix pour voter ;

b) À promouvoir activement un environnement dans lequel les personnes handicapées peuvent effectivement et pleinement participer à la conduite des affaires publiques, sans discrimination et sur la base de l'égalité avec les autres, et à encourager leur participation aux affaires publiques, notamment par le biais :

i) De leur participation aux organisations non gouvernementales et associations qui s'intéressent à la vie publique et politique du pays, et de leur participation aux activités et à l'administration des partis politiques ;

ii) De la constitution d'organisations de personnes handicapées pour les représenter aux niveaux international, national, régional et local et de l'adhésion à ces organisations.

### **Article 30** **Participation à la vie culturelle et récréative,** **aux loisirs et aux sports**

1. Les États Parties reconnaissent le droit des personnes handicapées de participer à la vie culturelle, sur la base de l'égalité avec les autres, et prennent toutes mesures appropriées pour faire en sorte qu'elles :

a) Aient accès aux produits culturels dans des formats accessibles ;

b) Aient accès aux émissions de télévision, aux films, aux pièces de théâtre et autres activités culturelles dans des formats accessibles ;

c) Aient accès aux lieux d'activités culturelles tels que les théâtres, les musées, les cinémas, les bibliothèques et les services touristiques, et, dans la mesure du possible, aux monuments et sites importants pour la culture nationale.

2. Les États Parties prennent des mesures appropriées pour donner aux personnes handicapées la possibilité de développer et de réaliser leur potentiel créatif, artistique et intellectuel, non seulement dans leur propre intérêt, mais aussi pour l'enrichissement de la société.

3. Les États Parties prennent toutes mesures appropriées, conformément au droit international, pour faire en sorte que les lois protégeant les droits de propriété intellectuelle ne constituent pas un obstacle déraisonnable ou discriminatoire à l'accès des personnes handicapées aux produits culturels.

4. Les personnes handicapées ont droit, sur la base de l'égalité avec les autres, à la reconnaissance et au soutien de leur identité culturelle et linguistique spécifique, y compris les langues des signes et la culture des sourds.

5. Afin de permettre aux personnes handicapées de participer, sur la base de l'égalité avec les autres, aux activités récréatives, de loisir et sportives, les États Parties prennent des mesures appropriées pour :

a) Encourager et promouvoir la participation, dans toute la mesure possible, de personnes handicapées aux activités sportives ordinaires à tous les niveaux ;

b) Faire en sorte que les personnes handicapées aient la possibilité d'organiser et de mettre au point des activités sportives et récréatives qui leur soient spécifiques et d'y participer, et, à cette fin, encourager la mise à leur disposition, sur la base de l'égalité avec les autres, de moyens d'entraînements, de formations et de ressources appropriés ;

c) Faire en sorte que les personnes handicapées aient accès aux lieux où se déroulent des activités sportives, récréatives et touristiques ;

d) Faire en sorte que les enfants handicapés puissent participer, sur la base de l'égalité avec les autres enfants, aux activités ludiques, récréatives, de loisir et sportives, y compris dans le système scolaire ;

e) Faire en sorte que les personnes handicapées aient accès aux services des personnes et organismes chargés d'organiser des activités récréatives, de tourisme et de loisir et des activités sportives.

### **Article 31** **Statistiques et collecte des données**

1. Les États Parties s'engagent à recueillir des informations appropriées, y compris des données statistiques et résultats de recherches, qui leur permettent de formuler et d'appliquer des politiques visant à donner effet à la présente Convention. Les procédures de collecte et de conservation de ces informations respectent :

a) Les garanties légales, y compris celles qui découlent de la législation sur la protection des données, afin d'assurer la confidentialité et le respect de la vie privée des personnes handicapées ;

b) Les normes internationalement acceptées de protection des droits de l'homme et des libertés fondamentales et les principes éthiques qui régissent la collecte et l'exploitation des statistiques.

2. Les informations recueillies conformément au présent article sont désagrégées, selon qu'il convient, et utilisées pour évaluer la façon dont les États Parties s'acquittent des obligations qui leur incombent en vertu de la présente Convention et identifier et lever les obstacles que rencontrent les personnes handicapées dans l'exercice de leurs droits.

3. Les États Parties ont la responsabilité de diffuser ces statistiques et veillent à ce qu'elles soient accessibles aux personnes handicapées et autres personnes.

## **Article 32**

### **Coopération internationale**

1. Les États Parties reconnaissent l'importance de la coopération internationale et de sa promotion, à l'appui des efforts déployés au niveau national pour la réalisation de l'objet et des buts de la présente Convention, et prennent des mesures appropriées et efficaces à cet égard, entre eux et, s'il y a lieu, en partenariat avec les organisations internationales et régionales compétentes et la société civile, en particulier les organisations de personnes handicapées. Ils peuvent notamment prendre des mesures destinées à :

a) Faire en sorte que la coopération internationale – y compris les programmes internationaux de développement – prenne en compte les personnes handicapées et leur soit accessible ;

b) Faciliter et appuyer le renforcement des capacités, notamment grâce à l'échange et au partage d'informations, d'expériences, de programmes de formation et de pratiques de référence ;

c) Faciliter la coopération aux fins de la recherche et de l'accès aux connaissances scientifiques et techniques ;

d) Apporter, s'il y a lieu, une assistance technique et une aide économique, y compris en facilitant l'acquisition et la mise en commun de technologies d'accès et d'assistance et en opérant des transferts de technologie.

2. Les dispositions du présent article sont sans préjudice de l'obligation dans laquelle se trouve chaque État Partie de s'acquitter des obligations qui lui incombent en vertu de la présente Convention.

## **Article 33**

### **Application et suivi au niveau national**

1. Les États Parties désignent, conformément à leur système de gouvernement, un ou plusieurs points de contact pour les questions relatives à l'application de la présente Convention et envisagent dûment de créer ou désigner, au sein de leur administration, un dispositif de coordination chargé de faciliter les actions liées à cette application dans différents secteurs et à différents niveaux.

2. Les États Parties, conformément à leurs systèmes administratif et juridique, maintiennent, renforcent, désignent ou créent, au niveau interne, un dispositif, y compris un ou plusieurs mécanismes indépendants, selon qu'il conviendra, de promotion, de protection et de suivi de l'application de la présente Convention. En désignant ou en créant un tel mécanisme, ils tiennent compte des principes applicables au statut et au fonctionnement des institutions nationales de protection et de promotion des droits de l'homme.

3. La société civile – en particulier les personnes handicapées et les organisations qui les représentent – est associée et participe pleinement à la fonction de suivi.

### **Article 34**

#### **Comité des droits des personnes handicapées**

1. Il est institué un Comité des droits des personnes handicapées (ci-après dénommé « le Comité ») qui s'acquitte des fonctions définies ci-après.
2. Le Comité se compose, au moment de l'entrée en vigueur de la présente Convention, de douze experts. Après soixante ratifications et adhésions supplémentaires à la Convention, il sera ajouté six membres au Comité, qui atteindra alors sa composition maximum de dix-huit membres.
3. Les membres du Comité siègent à titre personnel et sont des personnalités d'une haute autorité morale et justifiant d'une compétence et d'une expérience reconnues dans le domaine auquel s'applique la présente Convention. Les États Parties sont invités, lorsqu'ils désignent leurs candidats, à tenir dûment compte de la disposition énoncée au paragraphe 3 de l'article 4 de la présente Convention.
4. Les membres du Comité sont élus par les États Parties, compte tenu des principes de répartition géographique équitable, de représentation des différentes formes de civilisation et des principaux systèmes juridiques, de représentation équilibrée des sexes et de participation d'experts handicapés.
5. Les membres du Comité sont élus au scrutin secret sur une liste de candidats désignés par les États Parties parmi leurs ressortissants, lors de réunions de la Conférence des États Parties. À ces réunions, où le quorum est constitué par les deux tiers des États Parties, sont élus membres du Comité les candidats ayant obtenu le plus grand nombre de voix et la majorité absolue des votes des représentants des États Parties présents et votants.
6. La première élection aura lieu dans les six mois suivant la date d'entrée en vigueur de la présente Convention. Quatre mois au moins avant la date de chaque élection, le Secrétaire général de l'Organisation des Nations Unies invitera par écrit les États Parties à proposer leurs candidats dans un délai de deux mois. Le Secrétaire général dressera ensuite la liste alphabétique des candidats ainsi désignés, en indiquant les États Parties qui les ont désignés, et la communiquera aux États Parties à la présente Convention.
7. Les membres du Comité sont élus pour quatre ans. Ils sont rééligibles une fois. Toutefois, le mandat de six des membres élus lors de la première élection prend fin au bout de deux ans ; immédiatement après la première élection, les noms de ces six membres sont tirés au sort par le Président de la réunion visée au paragraphe 5 du présent article.
8. L'élection des six membres additionnels du Comité se fera dans le cadre d'élections ordinaires, conformément aux dispositions du présent article.
9. En cas de décès ou de démission d'un membre du Comité, ou si, pour toute autre raison, un membre déclare ne plus pouvoir exercer ses fonctions, l'État Partie qui avait présenté sa candidature nomme un autre expert possédant les qualifications et répondant aux conditions énoncées dans les dispositions pertinentes du présent

article pour pourvoir le poste ainsi vacant jusqu'à l'expiration du mandat correspondant.

10. Le Comité adopte son règlement intérieur.

11. Le Secrétaire général de l'Organisation des Nations Unies met à la disposition du Comité le personnel et les moyens matériels qui lui sont nécessaires pour s'acquitter efficacement des fonctions qui lui sont confiées en vertu de la présente Convention et convoque sa première réunion.

12. Les membres du Comité reçoivent, avec l'approbation de l'Assemblée générale des Nations Unies, des émoluments prélevés sur les ressources de l'Organisation des Nations Unies dans les conditions fixées par l'Assemblée générale, eu égard à l'importance des fonctions du Comité.

13. Les membres du Comité bénéficient des facilités, privilèges et immunités accordés aux experts en mission pour l'Organisation des Nations Unies, tels qu'ils sont prévus dans les sections pertinentes de la Convention sur les privilèges et les immunités des Nations Unies.

### **Article 35** **Rapports des États Parties**

1. Chaque État Partie présente au Comité, par l'entremise du Secrétaire général de l'Organisation des Nations Unies, un rapport détaillé sur les mesures qu'il a prises pour s'acquitter de ses obligations en vertu de la présente Convention et sur les progrès accomplis à cet égard, dans un délai de deux ans à compter de l'entrée en vigueur de la présente Convention pour l'État Partie intéressé.

2. Les États Parties présentent ensuite des rapports complémentaires au moins tous les quatre ans, et tous autres rapports demandés par le Comité.

3. Le Comité adopte, le cas échéant, des directives relatives à la teneur des rapports.

4. Les États Parties qui ont présenté au Comité un rapport initial détaillé n'ont pas, dans les rapports qu'ils lui présentent ensuite, à répéter les informations déjà communiquées. Les États Parties sont invités à établir leurs rapports selon une procédure ouverte et transparente et tenant dûment compte de la disposition énoncée au paragraphe 3 de l'article 4 de la présente Convention.

5. Les rapports peuvent indiquer les facteurs et les difficultés qui affectent l'accomplissement des obligations prévues par la présente Convention.

### **Article 36** **Examen des rapports**

1. Chaque rapport est examiné par le Comité, qui formule les suggestions et recommandations d'ordre général sur le rapport qu'il estime appropriées et qui les

transmet à l'État Partie intéressé. Cet État Partie peut communiquer en réponse au Comité toutes informations qu'il juge utiles. Le Comité peut demander aux États Parties tous renseignements complémentaires relatifs à l'application de la présente Convention.

2. En cas de retard important d'un État Partie dans la présentation d'un rapport, le Comité peut lui notifier qu'il sera réduit à examiner l'application de la présente Convention dans cet État Partie à partir des informations fiables dont il peut disposer, à moins que le rapport attendu ne lui soit présenté dans les trois mois de la notification. Le Comité invitera l'État Partie intéressé à participer à cet examen. Si l'État Partie répond en présentant son rapport, les dispositions du paragraphe 1 du présent article s'appliqueront.

3. Le Secrétaire général de l'Organisation des Nations Unies communique les rapports à tous les États Parties.

4. Les États Parties mettent largement leurs rapports à la disposition du public dans leur propre pays et facilitent l'accès du public aux suggestions et recommandations d'ordre général auxquelles ils ont donné lieu.

5. Le Comité transmet aux institutions spécialisées, fonds et programmes des Nations Unies et aux autres organismes compétents, s'il le juge nécessaire, les rapports des États Parties contenant une demande ou indiquant un besoin de conseils ou d'assistance techniques, accompagnés, le cas échéant, de ses observations et recommandations touchant ladite demande ou indication, afin qu'il puisse y être répondu.

### **Article 37**

#### **Coopération entre les États Parties et le Comité**

1. Les États Parties coopèrent avec le Comité et aident ses membres à s'acquitter de leur mandat.

2. Dans ses rapports avec les États Parties, le Comité accordera toute l'attention voulue aux moyens de renforcer les capacités nationales aux fins de l'application de la présente Convention, notamment par le biais de la coopération internationale.

### **Article 38**

#### **Rapports du Comité avec d'autres organismes et organes**

Pour promouvoir l'application effective de la présente Convention et encourager la coopération internationale dans le domaine qu'elle vise :

a) Les institutions spécialisées et autres organismes des Nations Unies ont le droit de se faire représenter lors de l'examen de l'application des dispositions de la présente Convention qui relèvent de leur mandat. Le Comité peut inviter les institutions spécialisées et tous autres organismes qu'il jugera appropriés à donner des avis spécialisés sur l'application de la Convention dans les domaines qui relèvent de leurs

mandats respectifs. Il peut inviter les institutions spécialisées et les autres organismes des Nations Unies à lui présenter des rapports sur l'application de la Convention dans les secteurs qui relèvent de leur domaine d'activité ;

b) Dans l'accomplissement de son mandat, le Comité consulte, selon qu'il le juge approprié, les autres organes pertinents créés par les traités internationaux relatifs aux droits de l'homme en vue de garantir la cohérence de leurs directives en matière d'établissement de rapports, de leurs suggestions et de leurs recommandations générales respectives et d'éviter les doublons et les chevauchements dans l'exercice de leurs fonctions.

### **Article 39**

#### **Rapport du Comité**

Le Comité rend compte de ses activités à l'Assemblée générale et au Conseil économique et social tous les deux ans et peut formuler des suggestions et des recommandations générales fondées sur l'examen des rapports et des informations reçus des États Parties. Ces suggestions et ces recommandations générales sont incluses dans le rapport du Comité, accompagnées, le cas échéant, des observations des États Parties.

### **Article 40**

#### **Conférence des États Parties**

1. Les États Parties se réunissent régulièrement en Conférence des États Parties pour examiner toute question concernant l'application de la présente Convention.
2. Au plus tard six mois après l'entrée en vigueur de la présente Convention, la Conférence des États Parties sera convoquée par le Secrétaire général de l'Organisation des Nations Unies. Ses réunions subséquentes seront convoquées par le Secrétaire général tous les deux ans ou sur décision de la Conférence des États Parties.

### **Article 41**

#### **Dépositaire**

Le Secrétaire général de l'Organisation des Nations Unies est le dépositaire de la présente Convention.

### **Article 42**

#### **Signature**

La présente Convention est ouverte à la signature de tous les États et des organisations d'intégration régionale au Siège de l'Organisation des Nations Unies à New York à compter du 30 mars 2007.

### **Article 43**

#### **Consentement à être lié**

La présente Convention est soumise à la ratification des États et à la confirmation formelle des organisations d'intégration régionale qui l'ont signée. Elle sera ouverte à l'adhésion de tout État ou organisation d'intégration régionale qui ne l'a pas signée.

### **Article 44**

#### **Organisations d'intégration régionale**

1. Par « organisation d'intégration régionale » on entend toute organisation constituée par des États souverains d'une région donnée, à laquelle ses États membres ont transféré des compétences dans les domaines régis par la présente Convention. Dans leurs instruments de confirmation formelle ou d'adhésion, ces organisations indiquent l'étendue de leur compétence dans les domaines régis par la présente Convention. Par la suite, elles notifient au dépositaire toute modification importante de l'étendue de leur compétence.
2. Dans la présente Convention, les références aux « États Parties » s'appliquent à ces organisations dans la limite de leur compétence.
3. Aux fins du paragraphe 1 de l'article 45 et des paragraphes 2 et 3 de l'article 47 de la présente Convention, les instruments déposés par les organisations d'intégration régionale ne sont pas comptés.
4. Les organisations d'intégration régionale disposent, pour exercer leur droit de vote à la Conférence des États Parties dans les domaines qui relèvent de leur compétence, d'un nombre de voix égal au nombre de leurs États membres Parties à la présente Convention. Elles n'exercent pas leur droit de vote si leurs États membres exercent le leur, et inversement.

### **Article 45**

#### **Entrée en vigueur**

1. La présente Convention entrera en vigueur le trentième jour suivant le dépôt du vingtième instrument de ratification ou d'adhésion.
2. Pour chacun des États ou chacune des organisations d'intégration régionale qui ratifieront ou confirmeront formellement la présente Convention ou y adhéreront après le dépôt du vingtième instrument de ratification ou d'adhésion, la Convention entrera en vigueur le trentième jour suivant le dépôt par cet État ou cette organisation de son instrument de ratification, d'adhésion ou de confirmation formelle.

## **Article 46**

### **Réserves**

1. Les réserves incompatibles avec l'objet et le but de la présente Convention ne sont pas admises.
2. Les réserves peuvent être retirées à tout moment.

## **Article 47**

### **Amendements**

1. Tout État Partie peut proposer un amendement à la présente Convention et le soumettre au Secrétaire général de l'Organisation des Nations Unies. Le Secrétaire général communique les propositions d'amendement aux États Parties, en leur demandant de lui faire savoir s'ils sont favorables à la convocation d'une conférence des États Parties en vue d'examiner ces propositions et de se prononcer sur elles. Si, dans les quatre mois qui suivent la date de cette communication, un tiers au moins des États Parties se prononcent en faveur de la convocation d'une telle conférence, le Secrétaire général convoque la conférence sous les auspices de l'Organisation des Nations Unies. Tout amendement adopté par une majorité des deux tiers des États Parties présents et votants est soumis pour approbation à l'Assemblée générale des Nations Unies, puis pour acceptation à tous les États Parties.
2. Tout amendement adopté et approuvé conformément au paragraphe 1 du présent article entre en vigueur le trentième jour suivant la date à laquelle le nombre d'instruments d'acceptation déposés atteint les deux tiers du nombre des États Parties à la date de son adoption. Par la suite, l'amendement entre en vigueur pour chaque État Partie le trentième jour suivant le dépôt par cet État de son instrument d'acceptation. L'amendement ne lie que les États Parties qui l'ont accepté.
3. Si la Conférence des États Parties en décide ainsi par consensus, un amendement adopté et approuvé conformément au paragraphe 1 du présent article et portant exclusivement sur les articles 34, 38, 39 et 40 entre en vigueur pour tous les États Parties le trentième jour suivant la date à laquelle le nombre d'instruments d'acceptation déposés atteint les deux tiers du nombre des États Parties à la date de son adoption.

## **Article 48**

### **Dénonciation**

Tout État Partie peut dénoncer la présente Convention par voie de notification écrite adressée au Secrétaire général de l'Organisation des Nations Unies. La dénonciation prend effet un an après la date à laquelle le Secrétaire général en a reçu notification.

**Article 49**  
**Format accessible**

Le texte de la présente Convention sera diffusé en formats accessibles.

**Article 50**  
**Textes faisant foi**

Les textes anglais, arabe, chinois, espagnol, français et russe de la présente Convention font également foi.

EN FOI DE QUOI les plénipotentiaires soussignés, dûment habilités par leurs gouvernements respectifs, ont signé la présente Convention.

## **A1.2. Protocole additionnel de la Convention Relative aux Droits des Personnes Handicapées de l'ONU**

### **PROTOCOLE FACULTATIF SE RAPPORTANT À LA CONVENTION RELATIVE AUX DROITS DES PERSONNES HANDICAPÉES**

*Les États Parties au présent Protocole sont convenus de ce qui suit :*

#### **Article premier**

1. Tout État Partie au présent Protocole (« État Partie ») reconnaît que le Comité des droits des personnes handicapées (« le Comité ») a compétence pour recevoir et examiner les communications présentées par des particuliers ou groupes de particuliers ou au nom de particuliers ou groupes de particuliers relevant de sa juridiction qui prétendent être victimes d'une violation par cet État Partie des dispositions de la Convention.
2. Le Comité ne reçoit aucune communication intéressant un État Partie à la Convention qui n'est pas partie au présent Protocole.

#### **Article 2**

Le Comité déclare irrecevable toute communication :

- a) Qui est anonyme ;
- b) Qui constitue un abus du droit de présenter de telles communications ou est incompatible avec les dispositions de la Convention ;
- c) Ayant trait à une question qu'il a déjà examinée ou qui a déjà été examinée ou est en cours d'examen devant une autre instance internationale d'enquête ou de règlement ;
- d) Concernant laquelle tous les recours internes disponibles n'ont pas été épuisés, à moins que la procédure de recours n'excède des délais raisonnables ou qu'il soit improbable que le requérant obtienne réparation par ce moyen ;
- e) Qui est manifestement mal fondée ou insuffisamment motivée ; ou
- f) Qui porte sur des faits antérieurs à la date d'entrée en vigueur du présent Protocole à l'égard de l'État Partie intéressé, à moins que ces faits ne persistent après cette date.

### **Article 3**

Sous réserve des dispositions de l'article 2 du présent Protocole, le Comité porte confidentiellement à l'attention de l'État Partie intéressé toute communication qui lui est adressée. L'État Partie intéressé soumet par écrit au Comité, dans un délai de six mois, des explications ou déclarations éclaircissant la question et indiquant les mesures qu'il pourrait avoir prises pour remédier à la situation.

### **Article 4**

1. Après réception d'une communication et avant de prendre une décision sur le fond, le Comité peut à tout moment soumettre à l'urgence attention de l'État Partie intéressé une demande tendant à ce qu'il prenne les mesures conservatoires nécessaires pour éviter qu'un dommage irréparable ne soit causé aux victimes de la violation présumée.
2. Le Comité ne préjuge pas de sa décision sur la recevabilité ou le fond de la communication du simple fait qu'il exerce la faculté que lui donne le paragraphe 1 du présent article.

### **Article 5**

Le Comité examine à huis clos les communications qui lui sont adressées en vertu du présent Protocole. Après avoir examiné une communication, le Comité transmet ses suggestions et recommandations éventuelles à l'État Partie intéressé et au pétitionnaire.

### **Article 6**

1. Si le Comité est informé, par des renseignements crédibles, qu'un État Partie porte gravement ou systématiquement atteinte aux droits énoncés dans la Convention, il invite cet État à s'entretenir avec lui des renseignements portés à son attention et à présenter ses observations à leur sujet.
2. Le Comité, se fondant sur les observations éventuellement formulées par l'État Partie intéressé, ainsi que sur tout autre renseignement crédible dont il dispose, peut charger un ou plusieurs de ses membres d'effectuer une enquête et de lui rendre compte sans tarder des résultats de celle-ci. Cette enquête peut, lorsque cela se justifie et avec l'accord de l'État Partie, comporter une visite sur le territoire de cet État.
3. Après avoir étudié les résultats de l'enquête, le Comité les communique à l'État Partie intéressé, accompagnés, le cas échéant, d'observations et de recommandations.

4. Après avoir été informé des résultats de l'enquête et des observations et recommandations du Comité, l'État Partie présente ses observations à celui-ci dans un délai de six mois.

5. L'enquête conserve un caractère confidentiel et la coopération de l'État Partie sera sollicitée à tous les stades de la procédure.

#### **Article 7**

1. Le Comité peut inviter l'État Partie intéressé à inclure, dans le rapport qu'il doit présenter conformément à l'article 35 de la Convention, des précisions sur les mesures qu'il a prises à la suite d'une enquête effectuée en vertu de l'article 6 du présent Protocole.

2. À l'expiration du délai de six mois visé au paragraphe 4 de l'article 6, le Comité peut, s'il y a lieu, inviter l'État Partie intéressé à l'informer des mesures qu'il a prises à la suite de l'enquête.

#### **Article 8**

Tout État Partie peut, au moment où il signe ou ratifie le présent Protocole ou y adhère, déclarer qu'il ne reconnaît pas au Comité la compétence que lui confèrent les articles 6 et 7.

#### **Article 9**

Le Secrétaire général de l'Organisation des Nations Unies est le dépositaire du présent Protocole.

#### **Article 10**

Le présent Protocole est ouvert à la signature des États et des organisations d'intégration régionale qui ont signé la Convention, au Siège de l'Organisation des Nations Unies à New York, à compter du 30 mars 2007.

#### **Article 11**

Le présent Protocole est soumis à la ratification des États qui l'ont signé et ont ratifié la Convention ou y ont adhéré. Il doit être confirmé formellement par les organisations d'intégration régionale qui l'ont signé et qui ont confirmé formellement la Convention ou y ont adhéré. Il sera ouvert à l'adhésion de tout État ou de toute organisation d'intégration régionale qui a ratifié ou confirmé formellement la Convention ou qui a adhéré mais qui n'a pas signé le Protocole.

## **Article 12**

1. Par « organisation d'intégration régionale » on entend toute organisation constituée par des États souverains d'une région donnée, à laquelle ses États membres ont transféré des compétences dans les domaines régis par la Convention et le présent Protocole. Dans leurs instruments de confirmation formelle ou d'adhésion, ces organisations indiquent l'étendue de leur compétence dans les domaines régis par la Convention et le présent Protocole. Par la suite, elles notifient au dépositaire toute modification importante de l'étendue de leur compétence.
2. Dans le présent Protocole, les références aux « États Parties » s'appliquent à ces organisations dans la limite de leur compétence.
3. Aux fins du paragraphe 1 de l'article 13 et du paragraphe 2 de l'article 15 du présent Protocole, les instruments déposés par des organisations d'intégration régionale ne sont pas comptés.
4. Les organisations d'intégration régionale disposent, pour exercer leur droit de vote à la réunion des États Parties dans les domaines qui relèvent de leur compétence, d'un nombre de voix égal au nombre de leurs États membres Parties au présent Protocole. Elles n'exercent pas leur droit de vote si leurs États membres exercent le leur, et inversement.

## **Article 13**

1. Sous réserve de l'entrée en vigueur de la Convention, le présent Protocole entrera en vigueur le trentième jour suivant le dépôt du dixième instrument de ratification ou d'adhésion.
2. Pour chacun des États ou chacune des organisations d'intégration régionale qui ratifieront ou confirmeront formellement le présent Protocole ou y adhéreront après le dépôt du dixième instrument de ratification ou d'adhésion, le Protocole entrera en vigueur le trentième jour suivant le dépôt par cet État ou cette organisation de son instrument de ratification, d'adhésion ou de confirmation formelle.

## **Article 14**

1. Les réserves incompatibles avec l'objet et le but du présent Protocole ne sont pas admises.
2. Les réserves peuvent être retirées à tout moment.

## **Article 15**

1. Tout État Partie peut proposer un amendement au présent Protocole et le soumettre au Secrétaire général de l'Organisation des Nations Unies. Le Secrétaire général communique les propositions d'amendement aux États Parties, en leur demandant de lui faire savoir s'ils sont favorables à la convocation d'une réunion des

États Parties en vue d'examiner ces propositions et de se prononcer sur elles. Si, dans les quatre mois qui suivent la date de cette communication, un tiers au moins des États Parties se prononcent en faveur de la convocation d'une telle réunion, le Secrétaire général convoque la réunion sous les auspices de l'Organisation des Nations Unies. Tout amendement adopté par une majorité des deux tiers des États Parties présents et votants est soumis pour approbation à l'Assemblée générale des Nations Unies, puis pour acceptation à tous les États Parties.

2. Tout amendement adopté et approuvé conformément au paragraphe 1 du présent article entre en vigueur le trentième jour suivant la date à laquelle le nombre d'instruments d'acceptation déposés atteint les deux tiers du nombre des États Parties à la date de son adoption. Par la suite, l'amendement entre en vigueur pour chaque État Partie le trentième jour suivant le dépôt par cet État de son instrument d'acceptation. L'amendement ne lie que les États Parties qui l'ont accepté.

### **Article 16**

Tout État Partie peut dénoncer le présent Protocole par voie de notification écrite adressée au Secrétaire général de l'Organisation des Nations Unies. La dénonciation prend effet un an après la date à laquelle le Secrétaire général en a reçu notification.

### **Article 17**

Le texte du présent Protocole sera diffusé en formats accessibles.

### **Article 18**

Les textes anglais, arabe, chinois, espagnol, français et russe du présent Protocole font également foi.

EN FOI DE QUOI les plénipotentiaires soussignés, dûment habilités par leurs gouvernements respectifs, ont signé le présent Protocole.

# ANNEXE 2 – Infographique de Santé Mentale Europe : WORDS MATTER

## WORDS MATTER

### WHAT DO YOU SAY WHEN YOU TALK ABOUT MENTAL HEALTH?

**W**hen it comes to mental health and mental ill health, the words we use matter more than we think. The way we talk about mental health and people experiencing mental distress can reinforce negative stereotypes and be stigmatising, without us even realising it.

Language is a powerful tool for creating awareness and fighting stigma, so here are a few tips on how to be mindful of the words we use and how to avoid causing offence when we don't mean to. We have tried to pick terms that are non-stigmatising, but we understand that each person is unique, and some people may not identify with the language chosen here.

### BE CAREFUL WITH LABELS: DO NOT REFER TO PEOPLE AS THEIR CONDITIONS

A person living with a mental health problem is much more than their experience or diagnosis. You could not describe yourself with a single word, could you? Avoid the use of diagnostic language when referring to people: A diagnosis does not represent a person's whole identity!



- "A person with a mental health problem"
- "A person living with mental ill health"
- "Mental health service users"
- "Person with lived experience"
- "Expert by experience"



- "A psycho"
- "He/she is a schizophrenic" / "A depressive"
- "The mentally ill/sick"
- "People with mental disorders"
- "The mentally diseased/disordered"

### SPEAK ABOUT THE EXPERIENCE, NOT THE SYMPTOMS

**W**e all have mental health, and we may all experience psychological distress at some point because of specific events or circumstances happening in our lives. Experiences of mental distress can vary greatly from individual to individual. When we need to bring up someone's mental ill health, it is better to speak about what they are experiencing, rather than using psychiatric terms. Terms such as 'illnesses' or 'diseases' can be helpful for some people as they may help them seek help and support, but they can also hinder our understanding of mental distress as a wide spectrum of experiences and feelings.



- "A person experiencing mood swings"
- "She/he is hearing voices or has unusual beliefs"
- "He/she has been given a diagnosis of"
- "Someone who is currently experiencing"
- "A person receiving support for"
- "People experiencing mental ill health/mental distress"
- "Encountering/experiencing emotional or psychological difficulties"



- "The patient"
- "Symptoms of depression"
- "He/she has bipolar disorder"
- "Mental disease"
- "Suffer from"

## MIND YOUR LANGUAGE, CLICHÉS CAN BE HARMFUL

Too often psychiatric diagnoses are wrongly used in our everyday language, regardless of our mother tongue. Our language(s) evolve, and we should be extremely cautious not to perpetuate clichés and reinforcing negative stereotypes when talking about mental health. The media also has a huge influence on people's attitudes and needs to be better informed on how to avoid using sensationalist terms and adopt more realistic, sensitive portrayals of mental health.



"Statistics show that most people living with mental ill health are no more likely to be violent than anyone else. People experiencing mental distress are unfortunately more likely to be victims of violence or harm"

*Ask yourself:*

*is it helpful to the story to mention this person has experienced mental ill health?*

*"Psychological therapy recovery rate surpasses 50% for the first time": what about covering positive stories about mental health? This does not happen enough.*

*"I have cleaned our bedroom twice this week, I am so tidy": when talking to your friends, blogging or posting on social media, avoid using mental health related terms as idioms*



"I am so OCD, I have cleaned our bedroom twice this week"

"What's going on with the weather, it's so bipolar"

"Policemen arrest 'psycho knife-attacker"

"Schizophrenic who sent the letter jailed"



Mental Health Europe (MHE) is the largest independent network organisation representing mental health users, professionals and services providers across Europe. At MHE, we advocate for a psychosocial approach to mental health, which instead of defining mental ill-health as a 'disease' or 'illness' caused by purely biological factors, looks to a person's life and social environment, treating these factors as equally important in understanding wellbeing and mental ill health. We believe Mental health is not only about disease or the absence of it. It is also about wellbeing and experiencing positive emotions: it is about us, our lives, work, relationships, physical health and social environment.



With support from the European Union Programme for Rights, Equality and Citizenship

## **ANNEXE 3 – Échantillon de communiqués sur le protocole additionnel à la Convention d'Oviedo**

- ANNEXE 3.1** The case against a Council of Europe legal instrument on involuntary measures in psychiatry
- ANNEXE 3.2** Statement of ENUSP and Mental Health Europe on Additional Protocol
- ANNEXE 3.3** Communiqué de l'association Advocacy France
- ANNEXE 3.4** Disability Organisations Urge Council Of Europe To Withdraw Addition Protocol of Oviedo Convention
- ANNEXE 3.5** Statement by the Committee on the Rights of Persons with Disabilities calling States parties to oppose the draft Additional Protocol to the Oviedo Convention
- ANNEXE 3.6** Statement of the European Network of National Human Rights Institutions (ENNHRI) on the Draft Additional Protocol to the Oviedo Convention
- ANNEXE 3.7** Communiqué de l'association Neptune sur le Protocole Additionnel à la Convention d'Oviedo
- ANNEXE 3.8** Déclaration associative conjointe

### **A3.1. The case against a Council of Europe legal instrument on involuntary measures in psychiatry**

Author(s): Parliamentary Assembly

Origin - Assembly debate on 22 April 2016 (18th Sitting) (see Doc. 14007, report of the Committee on Social Affairs, Health and Sustainable Development, rapporteur: Ms Guguli Magradze). Text adopted by the Assembly on 22 April 2016 (18th Sitting).

1. Involuntary placement and involuntary treatment procedures give rise to a large number of human rights violations in many member States, in particular in the context of psychiatry. Relevant provisions of the European Convention on Human Rights (ETS No. 5) and the Convention on Human Rights and Biomedicine (ETS No. 164, "Oviedo Convention"), as well as Committee of Ministers Recommendation Rec(2004)10 concerning the protection of the human rights and dignity of persons with mental disorder, authorise but strictly regulate the use of involuntary measures in psychiatry, with a view to protecting people with mental health problems (better termed "people with psychosocial disabilities") from human rights abuses.
2. Since 2013, the Committee on Bioethics of the Council of Europe (DH-BIO) has been working on drawing up an additional protocol to the Oviedo Convention, aimed at protecting the human rights and fundamental freedoms of people with mental disorder with regard to the use of involuntary placement and involuntary treatment.
3. While the Parliamentary Assembly understands the concerns that prompted the Committee on Bioethics to work on this issue, it has serious doubts about the added value of a new legal instrument in this field. Nevertheless, the Assembly's main concern about the future additional protocol relates to an even more essential question: that of its compatibility with the United Nations Convention on the Rights of Persons with Disabilities (CRPD).
4. During the public consultation on a draft version of the additional protocol conducted in 2015, a number of high-profile human rights bodies, including the Commissioner for Human Rights of the Council of Europe and the committee which is responsible for monitoring the implementation of the CRPD ("CRPD Committee"), expressed fundamental concerns about the draft additional protocol, underlining the incompatibility of its approach with that of the CRPD, and requested that the proposal to draw up a protocol be withdrawn.
5. The Assembly recalls that since its entry into force in 2008, the CRPD is the international benchmark in the field of disability, in the light of which measures taken at international and national levels are evaluated. Thus, the CRPD should be the point of departure for any Council of Europe work in this area.
6. The CRPD does not explicitly refer to involuntary placement or treatment of people with disabilities, including people with psychosocial disabilities. However, Article 14 on liberty and security of the person clearly states that a deprivation of liberty based on the existence of disability would be contrary to the CRPD.

7. The CRPD Committee interprets Article 14 as prohibiting the deprivation of liberty on the basis of disability even if additional criteria, such as dangerousness to one's self or others, are also used to justify it. The committee considers that mental health laws providing for such instances are incompatible with Article 14, are discriminatory in nature and amount to arbitrary deprivation of liberty, as other people who might be at risk of being a danger to themselves or others are not subjected to the same limitations of their rights. It also considers that forced treatment by psychiatric and other health and medical professionals is a violation of the right to equal recognition before the law and an infringement of the right to personal integrity, among others.

8. In view of the above, the Assembly concludes that any legal instrument that maintains a link between involuntary measures and disability will be discriminatory and thus violate the CRPD. It notes that the draft additional protocol maintains such a link, as having a "mental disorder" constitutes the basis of the involuntary treatment and placement, together with other criteria.

9. The Assembly notes that member States face challenges in reconciling the non-discrimination principles of the CRPD with traditional mental health-care and human rights provisions. It also notes that there is resistance from some member States with regard to accepting the above interpretation of the CRPD Committee. However, it considers that the Council of Europe's position ought to be independent from the position of some of its member States. Ignoring the interpretation of the CRPD by its monitoring body established under international law would not only undermine the Council of Europe's credibility as a regional human rights organisation, but would also risk creating an explicit conflict between international norms at the global and European levels.

10. The Assembly also notes that at their 1168th meeting, the Ministers' Deputies instructed the steering and ad hoc committees to assess the necessity or advisability of drafting additional protocols to the conventions for which they have been given responsibility. It considers that an additional protocol drawn up in such circumstances could not fulfil the "advisability" criterion required by the Committee of Ministers.

11. Consequently, the Assembly recommends that the Committee of Ministers instruct the Committee on Bioethics to:

11.1. withdraw the proposal to draw up an additional protocol concerning the protection of human rights and dignity of persons with mental disorder with regard to involuntary placement and involuntary treatment;

11.2. instead focus its work on promoting alternatives to involuntary measures in psychiatry, including by devising measures to increase the involvement of persons with psychosocial disabilities in decisions affecting their health.

12. Should a decision to go ahead with the additional protocol nevertheless be taken, the Assembly recommends that the Committee of Ministers encourage the Committee on Bioethics to directly involve the disability rights organisations in the drafting process, as required by the CRPD and Assembly Resolution 2039 (2015) on equality and inclusion for people with disabilities.

## A3.2. Statement of ENUSP and Mental Health Europe on Additional Protocol



**Brussels, 6 June 2017**

The European Network of (Ex-)Users and Survivors of Psychiatry (ENUSP)<sup>1</sup> and Mental Health Europe (MHE)<sup>2</sup> seize the opportunity provided by the plenary session of the Bioethics Committee to express our deep concern at the planned continued drafting of this “Draft Additional Protocol to the Oviedo Convention on Human Rights and Biomedicine concerning the protection of human rights and dignity of persons with mental disorders with regard to involuntary placement and treatment”. Our organisations have expertise and experience in the field of mental health and represent direct stakeholders, including persons with lived experience of such measures. We regret that in earlier stages of planning we were not meaningfully consulted by the Committee on Bioethics, and that our input provided for the public consultation in 2015 appears to have been ignored.

We recall that all States in the Council of Europe have ratified or signed the United Nations Convention on the Rights of Persons with Disabilities (UN CRPD) and are therefore bound by it. Signatory parties to UN CRPD, such as Monaco and Ireland, are bound to refrain from acts that would defeat the object and purpose of the treaty. The Draft Additional Protocol to the Oviedo Convention runs contrary to the UN CRPD in both its object and purpose in every provision that refers to and legitimizes the use of involuntary treatment and placement on the basis of disability.

ENUSP and MHE emphasize once more that there is a fundamental difference between coercion and care, and the references to the claimed beneficence of

involuntary placement and treatment are outdated and are increasingly contradicted by a growing body of evidence. Coercion causes more psychosocial harm, exclusion, and isolation, which increases the risk of new or additional problems and does not contribute to safe or healthy communities. Detention because of a mental health problem or psychosocial disability, a restriction in itself, is regularly accompanied by intrusive and involuntary medical interventions such as forced drugging, forced electroshock (ECT), restraint and solitary confinement. Such interventions constitute discriminatory and harmful practices that cause severe pain and suffering, as well as deep fear and trauma in its victims and in certain cases, constitute ill-treatment and even torture.

The Additional Protocol is discriminatory as it applies arbitrary detention and non-consensual interventions specifically to persons with psychosocial disabilities. We are disappointed that the draft of the Additional Protocol continues to advance a purely biomedical understanding of mental health. Stigmatising views and discriminatory terminology regarding psychosocial disabilities remain present. The Draft Additional Protocol does not address the needs of the persons and communities concerned as well as major problems in the provision of mental health care, including the unreliability of international diagnostics and treatment directives, the trauma and harm that can result from forced treatment and placement, nor does it install any form of remedy or redress for arbitrary detention and violation of the right to bodily integrity and to refuse medical treatment, which would be required under the OHCHR basic guidelines and principles regarding gross and systemic violation of human rights<sup>3</sup>.

The suggested criteria and procedures in the Draft Additional Protocol for involuntary placement and treatment conflate the concepts of care and confinement and authorize deprivation of liberty based on psychosocial disabilities combined with other criteria, such as the presumptive risk of serious harm to self or others. Besides being discriminatory, such criteria for deprivation of liberty also contain the paradox of applying detention regimes and treatments that cause serious harm for the purpose of preventing speculative and hypothetical harm in the future.

Moreover, it approaches existing ECHR jurisprudence selectively, and would allow the instruments of international law to be implemented in a manner that would depart even from long-existing standards regarding the right to freedom and security of persons, and especially from the procedural standpoint regarding the right to access a court.<sup>4</sup>

Regional human rights standards should neither undermine nor be in conflict with international human rights standards. Considered within the modern context, the Additional Protocol could be perceived as an attempt at overriding the high standards set by the UN CRPD which would allow States to maintain the status quo, while also legitimising mental health systems which continue to act as a backdrop to pervasive human rights violations and abuses. The potential creation of competing, regressive and contradictory human rights standards at the European and International levels would create conflicting standards for States Parties, and hinder reform rather than contribute to positive changes and support those already underway.

Our organizations find it hard to believe that the drafting process for this Protocol continues given the overwhelmingly negative response to the consultation from key actors in the field, including those from persons with lived experience and other experts such as the Commissioner for Human Rights of the Council of Europe, the Special Rapporteur on the rights of persons with disabilities, the UN Office of the High Commissioner for Human Rights, as well as the decision taken by the Parliamentary Assembly of the Council of Europe itself asking the Bioethics Committee to withdraw the Draft Additional Protocol.

As direct stakeholders, we further regret the lack of meaningful involvement of relevant disabled persons' organizations in the planning and drafting of this document. Any qualitative consultation on human rights should involve and empower all stakeholders concerned and above all take into account the voices of those directly concerned. The deficient consultation process for this Draft Additional Protocol is further illustrated by the fact that only 3 organisations from civil society have been invited to this plenary

session, and it is only due to the courtesy of the European Disability Forum (EDF) which kindly included us in its delegation, and our own efforts with fundraising that enabled us, persons directly affected, to participate in this session at our own expense.

Consequently, we request that the Bioethics Committee ensure meaningfully consultation with relevant disabled persons' organisations and other relevant stakeholders when discussing issues regarding the rights of persons with psychosocial disabilities, and envisage both invitations to the organizations concerned and coverage of travel and accommodation expenses for these stakeholders.

Instead of seeking ways to legitimize "involuntary mental health care", the Committee on Bioethics is in a position to support the creation of a variety of options for support in the community which respect the will and preferences and are based on the free and informed consent of the person concerned. Viable alternative systems of support, aligned with the UN CRPD, exist such as the Swedish Personal Ombudsman, Intentional Peer Support (IPS), WRAP (Wellness Recovery Action Plan), Family Group Conferencing, Open Dialogue, Soteria houses, peer-run respite-houses, community support etc. Our organisations remain available for further information on these systems. In addition, we concur with several other responses to the consultation on the previous draft – it would be more beneficial for the Bioethics Committee to work towards the development of Guidelines for its Member States which are aligned with the UN CRPD.

Our European dream is a Europe that is a true champion in the realization of human rights, and we can only encourage the Council of Europe to show leadership in the promotion of universal human rights in line with core UN treaties.

- 
1. The European Network of (Ex-)Users and Survivors of Psychiatry (ENUSP) was founded in 1990 and is the only independent organization of its kind in Europe – self-governed by people with psychiatric experience only and providing (ex-)users and survivors of psychiatry a means of direct democratic representation. The purpose of ENUSP is to constitute a European forum for the voice of (ex-

)users and survivors of psychiatry to promote, defend and protect our rights and interests.

2. Mental Health Europe (MHE) is the largest European non-governmental network organisation committed to the promotion of positive mental health, the prevention of mental distress, the improvement of care, advocacy for social inclusion and the protection of human rights for (ex)users of mental health services, their families and carers. MHE's membership includes associations and individuals active in the field of mental health in Europe, including people with lived experience of mental ill-health, as well as volunteers and professionals in a variety of related disciplines.
3. A/RES/60/147 Basic Principles and Guidelines on the Right to a Remedy and Reparation for Victims of Gross Violations of International Human Rights Law and Serious Violations of International Humanitarian Law
4. see Article 5(4) ECHR, case *Stanev v. Bulgaria* and *Shtukaturov v. Russia*.

**Source :** <https://mhe-sme.org/statement-of-enusp-and-mental-health-europe-on-additional-protocol/>

### A3.3. Communiqué de l'association Advocacy France



## ADVOCACY-FRANCE

5, Place des Fêtes  
75019 PARIS  
Tél : 06 70 33 55 81  
E-mail : [siege@advocacyfrance.fr](mailto:siege@advocacyfrance.fr)  
[www.advocacy.fr](http://www.advocacy.fr)

Paris, le 26 avril 2018

#### **A l'attention des Membres français du Comité de bioéthique DH BIO du Conseil de l'Europe**

**Mme Marie-Aude RECHER, Bureau du droit des personnes et de la famille (C1), Direction des affaires civiles et du Sceau, Ministère de la Justice**

**Mme Isabelle ERNY, Attachée principale d'administration centrale, Ministère de la Santé, Direction Générale de la Santé, Secrétariat Général, Division droit, éthique et appui juridique**

**Mme Marie-Noémie PRIVET, Ministère des affaires étrangères et du développement international, Direction des affaires juridiques, Sous-direction des droits de l'Homme**

**Dr Jacques MONTAGUT, Directeur de l'IFREARES**

**Objet:** Opposition au "Projet de Protocole additionnel à la Convention d'Oviedo sur les droits de l'homme et la biomédecine concernant la protection des droits de l'homme et de la dignité des personnes atteintes de troubles mentaux en matière de placement involontaire et du traitement involontaire"

Mesdames, Monsieur,

Nous vous écrivons au nom de l'ENUSP (European Network of (ex)users and survivors of psychiatry - Réseau européen des (ex)usagers et survivants de la psychiatrie) qui est l'organisation représentative indépendante des usagers de services de santé mentale, ex-usagers et survivants de la psychiatrie au niveau européen et au nom de l'association Advocacy-France, adhérente de l'ENUSP, ainsi qu'au nom des associations et personnes signataires en France de cette lettre ci-dessous.

Nous savons que le Comité de bioéthique travaille depuis 2014 sur le projet de Protocole additionnel à la Convention d'Oviedo sur les droits de l'homme et la biomédecine concernant « la protection des droits de l'homme et de la dignité des personnes atteintes de troubles mentaux en matière de placement involontaire et de traitement involontaire » et que les membres de votre Comité doivent prochainement fournir leurs commentaires sur ce projet de protocole additionnel.

Nous saisissons cette occasion pour vous informer que le projet de Protocole additionnel ne protégera pas nos droits ni les droits des personnes que nous représentons, mais entravera les réformes déjà en cours, maintiendra le *statu quo* et conduira à de nouvelles violations des droits de l'homme en psychiatrie par la création d'un système de « deux poids, deux mesures » en matière des droits de l'homme, ainsi que de la confusion dans le domaine juridique et judiciaire.

Comme vous le savez, la décision d'élaborer un instrument juridiquement contraignant sur « la protection des droits de l'homme et de la dignité des personnes atteintes de troubles mentaux en matière de placement involontaire et de traitement involontaire » a été prise sur la base des observations du Comité directeur sur la bioéthique, qui a trouvé des écarts législatifs entre certains États membres du Conseil de l'Europe dans la mise en œuvre de la Recommandation (2004)<sup>10</sup> sur la protection des droits de l'homme et de la dignité des personnes atteintes de troubles mentaux. Cependant, cette recommandation a été élaborée **avant la Convention des Nations Unies relative aux droits des personnes handicapées (CDPH de l'ONU) et repose sur des normes dépassées qui vont à l'encontre de cette Convention internationale.**

Il est important de rappeler que 46 des 47 États membres du Conseil de l'Europe ont ratifié la CDPH de l'ONU et qu'ils ont donc l'obligation de la mettre en œuvre et de s'abstenir de tout acte contraire à l'objet et à l'intention de cette Convention des Nations Unies.

La position du Comité de bioéthique selon laquelle le projet de protocole additionnel serait compatible avec la CDPH de l'ONU ne reflète pas la situation réelle. Le Comité des droits des personnes handicapées de l'ONU lui-même a indiqué dans plusieurs Observations finales, ainsi que dans son Observation générale n° 1 et dans ses Lignes directrices sur l'article 14 de la CDPH de l'ONU que les soins sans consentement pratiqués par des professionnels de la psychiatrie ou de la santé constituent une violation du droit à une reconnaissance égale devant la loi et sont non conforme à l'interdiction de la torture et d'autres peines ou traitements cruels, inhumains ou dégradants en vertu de l'article 15 de la CDPH de l'ONU.

La CDPH de l'ONU garantit à toutes les personnes en situation de handicap l'égalité jouissance de tous les droits de l'homme et de toutes les libertés fondamentales sur une base d'égalité avec les autres. Parmi ces droits figurent la capacité juridique, le droit à la liberté, le droit de ne pas être soumis à la torture et d'autres mauvais traitements, et le droit à des soins de santé basés sur un consentement libre et éclairé. La CDPH de l'ONU ne prévoit pas de régime distinct et inégal d'interventions non consensuelles applicables uniquement aux personnes souffrant de troubles mentaux présumés, contrairement à l'article 7 de la Convention d'Oviedo et à l'objet et la portée du projet de Protocole.

Nous comprenons pleinement la difficulté dans le domaine de la politique de santé mentale en France qui doit maintenant se conformer à ces normes élevées de soins sans que tous les services appropriés, les connaissances et les législations nationales ne soient déjà en place, mais nous croyons fermement que tous ces problèmes peuvent être traités et surmontés au moyen de réformes, de recherche, de la valorisation du savoir expérientiel et la diffusion et le développement des bonnes pratiques existantes et de planification des services en coopération effective avec les organisations d'usagers des services de santé mentale et les (ex-)usagers et survivants de la psychiatrie dans notre pays.

Les exemples de bonnes pratiques existantes et évaluées au niveau de leur efficacité sont : l'Ombudsman personnel en Suède, le Soutien intentionnel par les pairs (IPS), le WRAP (Plan d'action pour le rétablissement du bien-être), les Conférences de groupes familiaux, le Dialogue ouvert, les maisons Soteria, les maisons de répit gérés par les pairs, le soutien communautaire et aussi certaines pratiques de soins de santé mentale et de soutien professionnels et progressifs, librement accessibles « dans la communauté ».

En France, les exemples de la Maison de Répit à Marseille et le COFOR pour la formation en rétablissement, l'association ISATIS, ou les Centres d'accueil de victimologie de l'association "Mémoire traumatique et Victimologie", représentent tous un début prometteur en conformité avec la CDPH de l'ONU.

Nous vous rappelons que les questions de la responsabilité personnelle et du danger peuvent être traitées d'une manière compatible avec la CDPH de l'ONU, sans stigmatiser et sans créer une législation distincte pour un groupe spécifique de personnes comme c'est le cas dans le projet de Protocole additionnel.

En termes de conséquences, l'adoption de ce projet de protocole additionnel - au lieu d'aider - créera deux systèmes de droits de l'homme contradictoires, en semant beaucoup de confusion et en mettant en péril les réformes déjà entamées dans de nombreux pays.

Du point de vue juridique, la CDPH de l'ONU en tant qu'instrument international le plus récent et le plus spécifique sur les droits de l'homme des personnes handicapées devrait, sur la base des **principes *lex posterior et lex specialis***, remplacer les dispositions des instruments régionaux en cas de conflit. Par sa portée humaine, elle s'inscrit dans une vision inclusive globale.

De nombreuses organisations importantes et pas les moindres ont déjà exprimé des préoccupations similaires aux nôtres et ont appelé le Comité de bioéthique à retirer le projet de protocole additionnel, y compris le Forum européen des personnes handicapées (FEPH), ENUSP, Santé Mentale Europe (SME), le Haut-Commissariat aux droits de l'homme de l'ONU, le Comité des droits des personnes handicapées de l'ONU, MDAC, Human Rights Watch, et d'autres encore.

**Parmi les membres du Conseil de l'Europe, le Portugal a officiellement déclaré qu'il ne voterait pas en faveur de ce projet de protocole.**

Compte tenu des raisons mentionnées ci-dessus, nous vous demandons de ne pas soutenir le projet de protocole additionnel lors des prochaines consultations.

Merci de votre attention. Nous restons disponibles, en collaboration avec l'ENUSP, pour répondre à toutes vos questions concernant le contenu de cette lettre ou pour toute autre question ou information.

Nous vous prions de croire, Madame, Monsieur, à l'assurance de nos salutations distinguées et les meilleurs.

ENUSP, Olga Kalina, Présidente, [www.enusp.org](http://www.enusp.org)

Advocacy-France, Philippe Guérard, Président, [www.advocacy.fr](http://www.advocacy.fr)

Collectif francophone pour la Prohibition Absolue, <https://absoluteprohibition.org/>

Collectif vérité et justice pour Nathalie, M'hamed El Yagoubi, <http://cvjn.over-blog.com/>

Blog de psychiatrier, Jules Malleus, <http://depsychiatiser.blogspot.fr/>

Blog Zinzin zine, <http://www.zinzinzine.net/>

Association Espoir de Lukasz, Alexandra Swider, Présidente

Collectif National des Victimes de la Psychiatrie (CNVP), Claude Silvano, Président, <http://www.cnvp84.fr/>

Association Harcelons-les !, Pierre-Frederic Zieba, Trésorier, <http://harcelons-les.over-blog.com/>

## A3.4. Disability Organisations Urge Council Of Europe To Withdraw Addition Protocol of Oviedo Convention

14 May 2018

The European Disability Forum, together with its members [European Network of \(ex-\) Users and Survivors of Psychiatry, Autism Europe, Inclusion Europe, Mental Health Europe](#), and with

the [International Disability Alliance](#) sent a letter today to the [Secretary General of the Council of Europe](#) in which we convey **our deepest concerns and opposition** to the adoption of the [draft Additional Protocol to the Oviedo Convention](#) .

Any authorization of involuntary treatment and institutionalisation of persons with disabilities constitutes a violation of the UN Convention on the Rights of Persons with Disabilities (CRPD). The draft additional protocol continues to neglect both the letter and the spirit of the CRPD.

We urge the **Council of Europe and its Committee on Bioethics to withdraw the draft Additional Protocol immediately.**

**Open letter to the Council of Europe's Secretary General regarding the draft additional protocol to the Oviedo Convention**

**To:**

Secretary General ,Council of Europe, Avenue de l'Europe, F-67075 Strasbourg Cedex, France

**CC:**

Committee on Bioethics of the Council of Europe,

Human Rights Commissioner of the Council of Europe



**Brussels, 14 May 2018**

Dear Members of the Committee on Bioethics of the Council of Europe,

Foreseeing the session of the 13th plenary meeting of the Committee on Bioethics that will focus on the re-examination of the draft additional protocol concerning the “protection of human rights and dignity of persons with mental disorder with regard to involuntary placement and involuntary treatment” with a view to a decision to send it for opinion to other Council of Europe bodies/committees we, **the European Disability Forum, European Network of (ex-) Users and Survivors of Psychiatry, Autism Europe, Inclusion Europe and Mental Health Europe continue to convey our deepest concerns and opposition to its adoption.**

Despite opposition from the UN CRPD Committee, the Special Rapporteur on the rights of persons with disabilities, the Special Rapporteur on the right to everyone to the enjoyment of the highest attainable standard of physical and mental health, the Working Group on arbitrary detention, and organizations of persons with disabilities, including in particular those organizations representing persons with psychosocial and intellectual disabilities themselves which would suffer the most impact, the draft additional protocol continues to **neglect both the letter and the spirit of the UN Convention on the Rights of Persons with Disabilities**, to date ratified by 46 of the 47 Member States of the Council of Europe. Any authorization of involuntary treatment and institutionalisation of persons with disabilities constitutes a violation of the CRPD, in particular of articles 14 (liberty and security of the person), 15 (freedom from torture or cruel, inhumane or degrading treatment or punishment), 17 (protecting the integrity of the person) and 25 (right to health) of the Convention. Moreover, by going ahead with the draft, the Council of Europe disregards the concerns raised by its own Parliamentary Assembly, which stated that: “Ignoring the interpretation of the CRPD by its monitoring body established under international law would not only undermine the Council of Europe’s credibility as a regional human rights organisation, but would also risk creating an explicit conflict between international norms at the global and European levels.”

The Council of Europe Disability Strategy 2017-2023 recognises freedom from exploitation, violence and abuse as a priority area and calls for a mainstreaming of rights of people with disabilities in activities and work of the Council bodies, including the Oviedo Convention. Therefore, the current draft additional protocol does not reflect the Strategy by disregarding people with disabilities’ rights.

Finally, in terms of the consequences, the adoption of the draft additional protocol instead of helping would create two conflicting tracks of human rights legislation causing much confusion and jeopardizing reforms already started in many countries.

In these circumstances, we are obliged to reiterate our position stated in the joint letter to the Committee on Bioethics of 14 November 2015, written together with European

Network of (ex-)Users and Survivors of Psychiatry, Mental Health Europe, Autism Europe, the Europe Office of the UNHCHR, Mental Disability Advocacy Centre, the Centre for Disability Law & Policy National University of Ireland Galway and **urge you to withdraw the draft proposal.**

We also takes this opportunity to mention that our organizations will not attend the upcoming meeting on Thursday 24 May 2018. Despite our previous active engagement in these meetings, our inputs have been systematically ignored and the process has not been fully transparent, as we, civil society, never endorsed any aspects of this draft additional protocol. It is very concerning that organizations of persons with disabilities are not consulted in a meaningful way in this process, in line with article 4.3 of the UN CRPD regarding “decision-making processes concerning issues relating to persons with disabilities.”

Finally, we note and deeply regret the **generalized decrease of the Council of Europe’s commitment to respect, protect and advance the rights of persons with disabilities**, as reflected in the Committee of Ministers’ recent decision to suspend all work and activities of the Ad Hoc Committee of experts on the Rights of Persons with Disabilities.

Yours sincerely,

European Disability Forum [www.edf-feph.org](http://www.edf-feph.org)

European Network of (Ex)-Users and Survivors of Psychiatry (ENUSP) [www.enusp.org](http://www.enusp.org)

Mental Health Europe [www.mhe-sme.org](http://www.mhe-sme.org)

Inclusion Europe [www.inclusion-europe.eu](http://www.inclusion-europe.eu)

Autism-Europe [www.autismeurope.org](http://www.autismeurope.org)

International Disability Alliance [www.internationaldisabilityalliance.org](http://www.internationaldisabilityalliance.org)

**Source :** <http://www.edf-feph.org/newsroom/news/disability-organisations-urge-council-europe-withdraw-addition-protocol-oviedo>

### **A3.5. Statement by the Committee on the Rights of Persons with Disabilities calling States parties to oppose the draft Additional Protocol to the Oviedo Convention**

Adopted during the Committee's 20th session, held, from 27 August 21 September 2018 in Geneva

The Committee calls upon States parties of the United Nations Convention on the Rights of Persons with Disabilities to oppose the draft Additional Protocol to the Council of Europe in relation to the Additional Protocol to the Council of Europe Convention for the Protection of Human Rights and Dignity of the Human Being with regard to the Application of Biology and Medicine: Convention on Human Rights and Biomedicine (ETS No 164) (herein referred as the 'Additional Protocol to the Oviedo Convention').

The draft Additional Protocol, which purportedly aims at protecting the rights of all persons with "mental disorders" with regard to the use of involuntary placement and involuntary treatment blatantly conflicts with the human rights of persons with disabilities recognised by the Convention on the Rights of Persons with Disabilities. It violates particularly article 5 on equality and non-discrimination in conjunction with articles 12 on the right of equal recognition before the law, article 14 on the right to liberty and security, article 17 on the right to physical and mental integrity, and article 25 on the right to health.

Article 12 of the Convention on the Rights of Persons with Disabilities states that all persons with disabilities, including those with psychosocial disabilities, have the right to equal recognition before the law and should enjoy legal capacity on an equal basis with others. It sets forth two positive aspects of personal autonomy: the respect for one's own choices shaped by individual will and preferences, and the promotion of personal autonomy through supported decision-making. In this regard, States parties have an obligation not to deprive persons with disabilities of the right to make and pursue their own decisions, nor to permit substitute decision-makers to provide consent on their behalf. Instead, States parties must provide persons with disabilities with access to different forms of support arrangements for the exercise of their legal capacity, including the provision of consent<sup>1</sup>.

Article 14 of the Convention on the Rights of Persons with Disabilities prohibits all unlawful or arbitrary deprivation of liberty of persons with disabilities, clarifying that the existence of impairment cannot justify a deprivation of liberty. Prevalent mental health laws nowadays justify detention on the grounds of actual or perceived mental impairment, or based on potential dangerousness to themselves or others. While the criteria purport to be objective and reasonable, in practice they have the effect of targeting persons with disabilities, in particular persons with psychosocial and persons with intellectual disabilities who are commonly considered as being dangerous and in need of treatment or care. Hence, such measures are discriminatory and in

contradiction of the prohibition of deprivation of liberty on the grounds of impairment, and the right to liberty on an equal basis with others prescribed by article 142. States have an obligation to replace the use of coercive psychiatry with support in decision making on health related matters and alternative service models that are respectful of the will and preferences of the person<sup>3</sup>.

Persons with intellectual or psychosocial impairments are frequently considered dangerous to themselves and others when they do not consent to and/or resist medical or therapeutic treatment. All persons, including those with disabilities, have a duty to do no harm. Legal systems based on the rule of law have criminal and other laws in place to deal with the breach of this obligation. Persons with disabilities are frequently denied equal protection under these laws by being diverted to a separate track of law, including through mental health laws. This situation would be perpetuated by the Additional Protocol to the Oviedo Convention. These laws and procedures commonly have a lower standard when it comes to human rights protection, particularly the right to due process and fair trial, and are incompatible with article 13 in conjunction with article 14 of the Convention<sup>4</sup>.

Article 25 of the Convention on the Rights of Persons with Disabilities expressly requires States to provide health care to persons with disabilities on the basis of free and informed consent. Health professionals are therefore obliged to ensure that consent is always provided before any medical intervention can be performed. On the basis of respect for a person's consent, people are also entitled to refuse treatment, even when there is ground to believe that treatment would benefit their health<sup>5</sup>. Persons with psychosocial disabilities should be treated no differently, and as a result, they enjoy the same right to accept or refuse medical treatment.

Furthermore, involuntary placement and treatment represent also a threat to the right to physical integrity, as recognised by article 17 of the Convention on the Rights of Persons with Disabilities. In practice, these non-consensual interventions entail the use of force, chemical or physical restraints, isolation, seclusion, or sedation. Such practices exceed the scope of the right to health and may amount to torture or cruel, inhuman or degrading treatment<sup>6</sup>.

The Committee recalls that despite these concerns being expressed to the Secretary-General of the Council of Europe in a joint letter dated 29 September 2017 by the Working Group on Arbitrary Detention, the Chair of the Committee on the Rights of Persons with Disabilities, the Special Rapporteur on the rights of persons with disabilities, and the Special Rapporteur on the right of everyone to the enjoyment of the highest attainable standard of physical and mental health, and to the Committee on Bioethics of the Council of Europe in submissions from other stakeholders, alternatives to the Additional Protocol that would comply with the human rights of persons with disabilities have not been discussed.

The Committee strongly recommends that all States parties to the Convention on the Rights of Persons with Disabilities who are members of the Council of Europe explicitly oppose the adoption of the Additional Protocol to the Oviedo Convention. The Committee also welcomes the opposition already expressed by the States of Portugal,

Bulgaria and the Former Yugoslav Republic of Macedonia, and encourages them to raise their views before the Committee on Bioethics of the Council of Europe.

\*\*\*\*\*

1. See Committee's General Comment No 1 of 2014 (CRPD/C/CG/1)
2. See the Committee's Guidelines on article 14 of the Convention on the Rights of Persons with Disabilities, paragraph 6. See also A/HRC/34/32, para. 29 to 32.
3. See A/HRC/34/58, paragraph 85 and A/HRC/35/21, paragraph 29.
4. See the Committee's Guidelines on article 14 of the Convention on the Rights of Persons with Disabilities, (para. 14) – see also A/HRC/34/32, paragraphs 29 to 32
5. See E/CN.4/2006/120, paragraph. 82
6. See A/63/175, paragraphs 55 and 56

## A3.6. Statement of the European Network of National Human Rights Institutions (ENNHRI) on the Draft Additional Protocol to the Oviedo Convention



### Statement of the European Network of National Human Rights Institutions (ENNHRI) on the Draft Additional Protocol to the Oviedo Convention

#### The European Network of National Human Rights Institutions (ENNHRI):

- Calls upon the DH-BIO to withdraw the present version of draft Additional Protocol in view of the persisting concerns with the draft text, including those raised by the UNCRPD Committee, the Council of Europe's Commissioner for Human Rights, the Council of Europe's Parliamentary Assembly and its Committee on Equality and Non-Discrimination, and Committee on Social Affairs, Health and Sustainable Development.
- Calls upon Member States of the Council of Europe to ask for the withdrawal of the present version of the draft text and, if this draft is ultimately put to a vote, to oppose its adoption.
- Calls upon DH-BIO to ensure that any text relating to the deprivation of liberty of persons with disability includes the necessary procedural safeguards, and is subject to thorough, further consultations and dialogue with a broad range of stakeholders, including National Human Rights Institutions, disabled persons organisations and civil society at large.

In 2014, ENNHRI and its CRPD Working Group submitted its [comments](#) to the Council of Europe's Committee on Bioethics (DH-BIO) on an earlier iteration of the [draft Additional Protocol](#) to the Convention on Human Rights and Biomedicine, also known as the "Oviedo Convention". On that occasion, ENNHRI expressed a number of concerns about the overall form and approach of the draft, including that it was not coherent with the aims and wording of the UN Convention on the Rights of Persons of Disabilities.

Despite the [notes of concerns](#) from a broad range of stakeholders, including the Council of Europe's Commissioner for Human Rights and the UN Committee on the Rights of Persons with Disabilities (UNCRPD Committee), DH-BIO has proceeded with working on the draft and is due to plan the finalisation of the draft Additional Protocol during its next meeting from 20-22 November 2018.

ENNHRI remains concerned about the current draft of the Additional Protocol. Particularly, we would like to point out that:

- 1. The draft Additional Protocol creates the risk of a conflict between international norms at the global and European levels:** [According](#) to the UNCRPD Committee, the draft Additional Protocol still falls short of fully observing the spirit and provisions of the UN Convention on the Rights of Persons with Disabilities. The adoption of the Additional Protocol would result in fragmented, conflicting frameworks in the field of international human rights law for persons with disabilities. This lack of harmonised standards could hinder the efforts of Member States and bring confusion when implementing the necessary changes at the national level. This is particularly the case for those States who already engage in a constructive dialogue with the UNCRPD Committee. Finally, for National Human Rights Institutions (NHRIs) and disabled persons organisations (DPOs) the existence

of conflicting standards could debilitate their work for the promotion and protection of the human rights of persons with disabilities in Europe.

- 2. As it stands, the draft Additional Protocol lacks clear, strong procedural safeguards to ensure respect for the rights of persons with disabilities:** As indicated by a number of stakeholders during the consultations on the draft Additional Protocol, including by the Council of Europe's [Commissioner for Human Rights](#), the draft does not adequately and sufficiently provide procedural safeguards to ensure respect for the rights of persons with disabilities in situations under the scope of the draft Additional Protocol. In addition, the draft as it stands lacks the necessary legal precision and, thus, risks undermining the already existing human rights standards at the regional and international levels.
- 3. Different stakeholders have opposed the adoption of the draft, both at the level of the Council of Europe and the United Nations:** During the public consultation on the draft Additional Protocol, different voices within the Council of Europe have expressed their concerns about the draft, including the Commissioner for Human Rights. More recently, the Council of Europe Parliamentary Assembly's Committee on Social Affairs, Health and Sustainable Development, and the Committee on Equality and Non-Discrimination, have expressed the view that the DH-BIO should "cease its work on the draft Additional Protocol". At the UN level, the UNCRPD Committee's Statement on the draft Additional Protocol strongly recommended States to oppose the adoption of the Additional Protocol.

### **ENNHRI Recommendations**

ENNHRI is of the view that the drafting amendments are not sufficient to allay the fundamental concerns surrounding the Additional Protocol. The intention to move forward with the draft and finalise it in due time seems to contradict the prevalent, substantial criticism to the Additional Protocol, already explained in detail by a wide range of stakeholders during the consultation process.

ENNHRI is confident that the DH-BIO and all stakeholders share the same objective, that is, the promotion and protection of the human rights of persons with disabilities, including intellectual and psychosocial disabilities. Therefore, it encourages the DH-BIO to reconsider its priority to move forward with this version of the draft Additional Protocol. Instead, the expertise and resources of the DH-BIO could certainly fulfil important gaps in this field, always when aligned with the corpus of international human rights law and in close consultation and cooperation with disabled persons organisations (DPOs), the UNCRPD Committee and NHRIs. For example, both the Council of Europe's [Commissioner for Human Rights](#) and [Parliamentary Assembly](#) have proposed that the DH-BIO works on developing and promoting positive guidance and "good practice models" for alternatives to forced treatment, including devising measures to increase the involvement of persons with psychosocial disabilities in decisions affecting their health.

ENNHRI welcomes the example set by Portugal, Bulgaria and the former Yugoslav Republic of Macedonia, countries that have indicated their opposition to the draft Additional Protocol as it stands. We respectfully call upon Member States of the Council of Europe to ask for the withdrawal of this draft text and, if the draft is ultimately put to a vote, to oppose its adoption. Given the depth and significance of the matters concerned, thorough further consultations and dialogue with a broad range of stakeholders are vital. In this regard, Member States are encouraged to duly consider the UNCRPD Committee's [Statement](#) and the [comments](#) from the Council of Europe's Commissioner for Human Rights on the draft Additional Protocol.

As a network of National Human Rights Institutions in Europe, gathered to work together in the promotion and protection of the rights of persons with disabilities in the region, ENNHRI welcomes the Council of Europe's commitment to the principles of transparency, mutual respect and meaningful dialogue with different stakeholders. ENNHRI remains available to provide further information and look forward to continuing to engage in a constructive, transparent dialogue on this matter.

## **About the European Network of National Human Rights Institutions (ENNHRI)**

ENNHRI, the European Network of National Human Rights Institutions, brings together 42 National Human Rights Institutions (NHRIs) from across wider Europe. ENNHRI's mission is to promote and protect human rights across the European region. ENNHRI supports the development of European NHRIs by: advising on the establishment and accreditation of NHRIs; coordinating the exchange of information and good practice between members; organising capacity building and training on NHRI methodologies and human rights; building solidarity between European NHRIs; providing support for NHRIs under threat and facilitating NHRIs' engagement with regional and international mechanisms.

## **A3.7. Communiqué de l'association Neptune sur le Protocole Additionnel à la Convention d'Oviedo**

Nous, association Neptune - Information, recherche, action et entraide sur les "maladies" psychiques,

Après en avoir délibéré en assemblée plénière entre les 9 et 15 octobre 2018,

- Vu le projet européen "Protocole additionnel à la Convention d'Oviedo relative à la protection des droits de l'homme et de la dignité des personnes atteintes de

« troubles mentaux ». " dans son texte intégral (1),

- Vu la Convention relative aux droits des personnes handicapées de l'ONU (CDPH) et Protocole facultatif et notamment ses articles 14 et 15 : (2)

### **Article 14**

Liberté et sécurité de la personne

Les États Parties veillent à ce que les personnes handicapées, sur la base de l'égalité avec les autres :

- Jouissent du droit à la liberté et à la sûreté de leur personne;
- Ne soient pas privées de leur liberté de façon illégale ou arbitraire; ils veillent en outre à ce que toute privation de liberté soit conforme à la loi et à ce qu'en aucun cas l'existence d'un handicap ne justifie une privation de liberté.

Les États Parties veillent à ce que les personnes handicapées, si elles sont privées de leur liberté à l'issue d'une quelconque procédure, aient droit, sur la base de l'égalité avec les autres, aux garanties prévues par le droit international des droits de l'homme et soient traitées conformément aux buts et principes de la présente Convention, y compris en bénéficiant d'aménagements raisonnables.

### **Article 15**

Droit de ne pas être soumis à la torture ni à des peines ou traitements cruels, inhumains ou dégradants

- Nul ne sera soumis à la torture, ni à des peines ou traitements cruels, inhumains ou dégradants. En particulier, il est interdit de soumettre une personne sans son libre consentement à une expérience médicale ou scientifique.
- Les États Parties prennent toutes mesures législatives, administratives, judiciaires et autres mesures efficaces pour empêcher, sur la base de l'égalité avec les autres, que des personnes handicapées ne soient soumises à la torture ou à des peines ou traitements cruels, inhumains ou dégradants.

- Vu la signature par la France et la plupart des Européens de cette convention de l'ONU,
- Vu notre expérience de terrain dans le domaine de la psychiatrie et notamment des traitements non consentis, de leur prolongation le plus souvent indéfinie en programme de soins, vu nos connaissances sur la pratique de l'isolement forcé et de la contention mécanique, de leur augmentation et de l'absence d'effet des différentes lois et recommandations adoptées en France depuis 1990 à ce sujet,
- Vu les lois de la République Française,
- Considérant que ces lois, pratiques et recommandations sont contraires à la convention CDPH dont la France est pourtant signataire. Que les pratiques relèvent de la torture comme nous l'avons décrit dans notre contribution à l'examen de la France par le Comité de l'ONU contre la Torture en 2016, et violent quotidiennement l'article 15 de la CDPH,
- Considérant que le texte de l'article 14 de la CDPH exclut tout traitement forcé motivé par l'existence d'un handicap, la notion de "handicap" étant clairement précisé en Article 1 de cette convention "Par personnes handicapées on entend des personnes qui présentent des incapacités physiques, mentales, intellectuelles ou sensorielles durables dont l'interaction avec diverses barrières peut faire obstacle à leur pleine et effective participation à la société sur la base de l'égalité avec les autres."
- Considérant donc, et approuvant l'idée que la contrainte ne peut de ce fait s'exercer pour un citoyen handicapé différemment de son exercice envers un citoyen non handicapé,
- Considérant que le droit à la santé est un droit et non une obligation, et que d'autre part la forme de soin et de thérapie sont au libre choix de la personne concernée, dans le domaine psychiatrique tout comme dans les autres domaines, que les personnes handicapées devraient avoir accès à ce droit selon les mêmes modalités que les personnes non handicapées, c'est-à-dire de manière volontaire,
- Considérant que la privation de liberté est applicable aux personnes handicapées comme elle l'est aux personnes non handicapées, à savoir par décision de la justice pénale, et non par décision médicale,
- Considérant que le soin et la médecine sont un droit auquel peuvent prétendre toutes les personnes privées de liberté à la suite d'une procédure pénale, et non

l'inverse qui est pratiqué actuellement, à savoir que la privation de liberté est décidée par l'autorité médicale pour imposer un soin,

- Considérant que le risque d'atteinte à la sécurité d'autrui relève du domaine des forces de sécurité,

- Considérant que le risque d'atteinte à sa propre sécurité n'est approfondi dans aucun des textes mentionnés, est actuellement objet de confusion dans son traitement avec la simple existence d'un trouble psychique, ou avec le risque d'atteinte à la sécurité d'autrui,

- Considérant que dans ce cas il relève des personnes elle-même, de leurs proches et, le cas échéant, de leurs responsables légaux, de prendre toutes dispositions relatives à leur sécurité, et pour ce qui est des tiers, en tout état de cause de respecter et d'accompagner leur décision concernant le suivi ou non de soins psychiatriques ou psychothérapeutiques, et leur modalité,

- Considérant qu'il y a lieu dans le cas de troubles profonds et de risques d'atteinte à soi-même, que soit consolidée la notion d'"obligation de soigner" assignée au corps médical mais excluant le droit à la contrainte, plutôt que celle de l'"obligation de soin" assignable au patient contre sa volonté, la différence étant très importante,

- Considérant que le handicap psychique est une notion souvent subjective, non consensuelle et mal délimitée, et que de ce fait il ne peut encore moins servir de référence à une différenciation des modalités de soins et, a fortiori, de leur caractère obligatoire,

## **Décidons**

De soutenir les personnes physiques, morales, associations et organisations dans leurs courriers demandant à ne pas adopter le "Protocole additionnel à la Convention d'Oviedo relative à la protection des droits de l'homme et de la dignité des personnes atteintes de « troubles mentaux »." tel qu'il est rédigé à ce jour.

Fait à Strasbourg, le 15 octobre 2018, après en avoir délibéré et voté à l'unanimité en assemblée plénière.

**Source :** <https://www.forumpsy.net/t1850-communique-de-l-association-neptune-sur-le-protocole-additionnel-a-la-convention-d-oviedo>

## A3.8. Déclaration associative conjointe



**#WITHDRAWOVIDO**

### **LES TRAITEMENTS ET PLACEMENTS FORCÉS VIOLENT LES DROITS DES PERSONNES EN SITUATION DE HANDICAP ET LA CONVENTION DES NATIONS UNIES RELATIVE AUX DROITS DES PERSONNES HANDICAPÉES**

Depuis 2014, suite au mandat donné par les Etats membres du Conseil de l'Europe, le Comité intergouvernemental de bioéthique (DH-BIO) travaille sur un projet de Protocole additionnel à la Convention d'Oviedo relative à la protection des droits de l'homme et de la dignité des personnes atteintes de « troubles mentaux ».

Si adopté, ce Protocole aurait un impact très négatif sur les droits des personnes en situation de handicap :

- **Le texte et l'esprit du Protocole violent la Convention des Nations Unies relative aux droits des personnes handicapées (CDPH)** qui a été ratifiée par 46 des 47 Etats membres du Conseil de l'Europe, y compris tous les Etats membres de l'Union Européenne (voir la déclaration des experts du Comité des Nations Unies sur les droits des personnes handicapées).
- **Cela entraînerait davantage d'institutionnalisation et de traitements forcés.** Ces pratiques sont condamnées par le Comité des Nations Unies sur les droits des personnes handicapées et par la Rapporteuse spéciale des Nations Unies sur les droits des personnes handicapées.
- **Cela créerait un conflit de lois entre les obligations des États** au niveau régional (Conseil de l'Europe) et international (CDPH).

En tant qu'associations de personnes en situation de handicap, nous demandons le retrait immédiat de ce projet de Protocole additionnel à la Convention d'Oviedo. Nous exhortons les États de se concentrer sur le développement d'alternatives aux traitements forcés et à l'institutionnalisation, en collaboration avec les associations de personnes en situation de handicap.

Notre opposition au projet de Protocole additionnel est soutenue par de nombreux experts internationaux, dont :

- La Commissaire aux Droits de l'Homme du Conseil de l'Europe
- L'Assemblée Parlementaire du Conseil de l'Europe
- Le Comité des Nations Unies sur les droits des personnes handicapées
- Le Rapporteur spécial des Nations Unies sur le droit qu'à toute personne de jouir du meilleur état de santé physique et mentale possible
- La Rapporteuse spéciale des Nations Unies sur les droits des personnes handicapées
- Le Groupe de travail des Nations Unies sur la détention arbitraire

Nous saluons l'opposition de la **Bulgarie**, le **Portugal** et l'**Ancienne République Yougoslave de Macédoine** et restons à la disposition des Etats membres du Conseil de l'Europe pour leur fournir de plus amples informations sur le caractère discriminatoire du projet de Protocole et sur les nombreuses alternatives qui respectent la CDPH.

Autism-Europe

Disability Rights International

European Disability Forum (Forum Européen des Personnes Handicapées)

European Network of (ex)-Users and Survivors of Psychiatry

European Association of Service Providers for Persons with Disabilities

Inclusion Europe

International Disability Alliance

Mental Health Europe - Santé Mentale Europe

Validity

Plus d'information sont disponibles sur nos sites internet:

Autism-Europe: <http://www.autismeurope.org/fr/que-faisons-nous/promotion-des-droits/retirer-le-protocole-additionnel-a-la-convention-doviedo/>

European Disability Forum: <http://www.edf-feph.org/withdraw-additional-protocol-oviedo-convention>

European Network of (ex)-Users and Survivors of Psychiatry: <http://enusp.org/2018/04/18/enusp-started-campaign-against-the-draft-additional-protocol-to-the-oviedo-convention/>

Inclusion Europe: <http://inclusion-europe.eu/?p=6848>

Mental Health Europe: <https://mhe-sme.org/drop-draft-oviedo-convention/>

**ANNEXE 4 – Échantillon de communiqués de presse  
faisant suite à la proposition du groupe de travail sur les  
missions des ARS d'abandonner aux préfets le suivi des  
procédures de soins sans consentement**

- ANNEXE 4.1** Communiqué de l'Association des Secteurs de Psychiatrie en Milieu Pénitentiaire du 20 juillet 2018
- ANNEXE 4.2** Communiqué du Syndicat des Psychiatres d'Exercice Publique
- ANNEXE 4.3** Communiqué de l'Union Syndicale de la Psychiatrie du 24 juillet 2018
- ANNEXE 4.4** Communiqué associatif et syndical commun du 23 juillet 2018

## A4.1. Communiqué de l'Association des Secteurs de Psychiatrie en Milieu Pénitentiaire du 20 juillet 2018



### Communiqué ASPMP

Vendredi 20 juillet 2018

#### La France, championne du monde du sécuritaire ?

Scénario grossier d'une tragédie contemporaine, mais efficace :

**1<sup>er</sup> acte** : La mesure 39 du plan national de prévention de la radicalisation de février 2018 prévoit pour mobiliser les professionnels de la santé mentale « *d'actualiser les dispositions existantes relatives à l'accès et à la conservation des données sensibles contenues dans l'application de gestion des personnes faisant l'objet d'une mesure de soins psychiatriques sans consentement (HOPSY)* ».

**2<sup>e</sup> acte** : Les courriers des ARS aux directeurs des hôpitaux psychiatriques leur demandant de communiquer à la préfecture le nom de tous les patients faisant l'objet d'une mesure de soins sur décision du directeur d'établissement (soins sur demande d'un tiers ou sans tiers) en mars 2018.

**3<sup>e</sup> acte** : Le décret n° 2018-383 du 23 mai 2018 autorisant les traitements de données à caractère personnel relatifs au suivi des personnes en soins psychiatriques sans consentement généralisant le fichage au-delà du temps imparti aux soins sans consentement et qui a fait l'objet de recours d'association d'usagers (CRPA) et de psychiatres (SPH), sans oublier une réaction de fort mécontentement exprimée par les usagers et les professionnels lors du Comité de pilotage de la psychiatrie le 6 juin.

**4<sup>e</sup> acte** : Les propositions d'un groupe de travail travaillant sur une redéfinition du périmètre d'action des ARS qui suggère de confier exclusivement aux préfets la gestion des soins sans consentement, car *borresco referens* : « **L'ensemble de ces procédures relève de la sécurité publique et non de la santé** ».

**5<sup>e</sup> acte** : Plusieurs dénouements possibles ? Celui d'un film d'horreur : internement politico-administratif de toute personne perturbatrice, heureusement sans les psychiatres, car la discipline aura disparu, le plus probable selon la logique du scénario. Autre dénouement : celui d'une happy end ?????

Il y a « *l'exception culturelle française* », mais connaît-on « *l'exception psychiatrique française* » moins médiatique, mais qui semble en passe d'être renforcée. En effet, en France, le rôle du préfet dans les hospitalisations en psychiatrie, et donc contributeur de privation de liberté, et pas toujours pour des raisons thérapeutiques est isolé en Europe, comme le constatait en mai 2013 le rapport d'étape de la commission des affaires sociales de l'Assemblée nationale relatif aux soins sans consentement dans le cadre de la mission d'information sur la santé mentale et l'avenir de la psychiatrie (Denys Robiliard, rapporteur, pp ; 29-31) : « *La loi de 2011, si elle a innové en faisant systématiquement intervenir le juge, n'a pas pour autant remis en cause le rôle du préfet dans la procédure de soins sans consentement, alors que les éléments de droit comparé fournis par les Parlements étrangers au travers du Service des affaires européennes de notre Assemblée font apparaître que cette caractéristique constitue une « exception française ».*

La Contrôleure générale des lieux de liberté, Adeline Hazan, le rappelle encore récemment en évoquant également l'exception : « *Le rôle dévolu au représentant de l'État dans ce mode d'admission constitue une véritable exception*

*française au regard des autres pays européens* » (Psychiatrie : l'hospitalisation contrainte. Dalloz, 2018, pp 31-32).

Si l'on peut être fier d'une exception en matière de culture, il n'a pas lieu de l'être en ce qui concerne la psychiatrie et le sort réservé aux personnes concernées et ayant besoin avant tout de soins. Est-ce ainsi que la France veut s'insérer dans l'Europe ? À suivre dans les futurs débats électoraux des élections européennes en 2019... Les pouvoirs publics si prompts à recourir aux modèles étrangers quand ils veulent imposer des mesures les oublient tout aussi rapidement quand ces modèles ne leur conviennent pas.

Et ce n'est pas la feuille de route « santé mentale et psychiatrie » du Comité Stratégique de la Santé Mentale et de la Psychiatrie rendue publique le 28 juin dernier qui est en mesure de rassurer usagers et professionnels. En effet, si la première action a comme volonté louable de renforcer les compétences psychosociales mais avec l'appui de la « pleine conscience » (???) ou si la troisième action envisage de « promouvoir la santé mentale 3.0 », on ne peut qu'en déduire une discordance majeure entre la réalité de la psychiatrie (avec tous les mouvements sociaux en cours dans les hôpitaux) et les plans déconcertants du ministère de l'Intérieur ; euh non, du ministère de la Santé...

La France est donc en passe d'être championne du monde du (pseudo) sécuritaire, titre peu glorieux, heureusement remporté sans concertation, mais peut-être avec l'appui de la méditation en pleine conscience...

Monsieur le Président de la République, il ne suffit pas de se féliciter des efforts et de l'habileté d'autrui, il faudrait plutôt associer usagers et professionnels dans une concertation qui n'existe pas ou simplement dans la forme. Il faut entendre les réactions argumentées d'opposition à cette dynamique de fichage, comme elles ont pu s'exprimer lors du Comité de pilotage de la psychiatrie ou au travers des différents communiqués.

En août 2017, un communiqué de l'ASPMP titrait : « *La psychiatrie n'est pas la 4<sup>e</sup> force de sécurité de la France* ». Un an après, l'ASPMP ajoute que les psychiatres ne souhaitent pas devenir des agents du ministère de l'Intérieur et que **les procédures de soins sans consentement doivent relever uniquement de la santé**, en conformité avec le principe constitutionnel de protection de la santé tout en tenant compte de l'autre principe constitutionnel, la liberté d'aller et venir. Les réflexions en cours de certaines organisations professionnelles sur une refonte des soins sans consentement devraient n'avoir comme cap que de n'être que du ressort du ministère de la Santé, pour la protection de la santé, et du ministère de la Justice, pour le respect de la liberté d'aller et venir.

L'exception française de l'ingérence préfectorale dans les soins devrait être abolie afin que la France trouve une place harmonieuse dans le concert européen.

L'ASPMP pourra également s'associer aux autres organisations qui dénonceront la dérive stigmatisante de la psychiatrie au service d'un pouvoir politique affichant le développement de la démocratie sanitaire et la promotion du bien-être mental (cf. feuille de route) tout en pratiquant le contraire.

Car la ligne rouge est en passe d'être franchie.

## A4.2. Communiqué du Syndicat des Psychiatres d'Exercice Public



Syndicat des Psychiatres d'Exercice Public

### COMMUNIQUÉ DE PRESSE

#### ABANDONNER AU PRÉFET LE SUIVI DES SOINS SANS CONSENTEMENT :

#### IGNORANCE DÉRAISONNABLE OU RETOUR EN ARRIÈRE ?

C'est avec une immense stupéfaction que nous avons appris ces propositions par la Presse. En effet, dans le cadre du programme « action publique 2022 » un groupe de travail a passé en revue les missions des ARS pour formuler, dès Septembre prochain, des propositions de réforme applicables en 2019.

Pour les Soins Sans Consentement il est proposé que « **l'ensemble de ces procédures relève de la sécurité publique et non de la Santé** » !... en appelant à **privilégier « les liens directs entre Établissements et Préfectures »** !... Et, cerise sur le gâteau, les modèles d'arrêtés encadrant les **décisions de soins sans consentement devraient être établis par le Ministère de l'Intérieur seul**, qui les diffuserait auprès des Préfectures et Établissements de santé concernés !

Le gouvernement de N. Sarkozy l'a déjà envisagé : En effet, ces propositions ressemblent étrangement à la première version de la Loi de 2011 sur les soins sans consentement en Psychiatrie qui a été amendée par le Conseil Constitutionnel, et qui a introduit le contrôle judiciaire par le Juge des Libertés et de la Détention. Déjà en Mars 2013 les représentants de l'association du corps préfectoral avaient affirmé l'attachement des Préfets à leurs prérogatives en matière de soins sans consentement ; cette position n'a pas été retenue dans la Loi 2013 qui, rappelons-le, a été votée à la quasi-unanimité par l'Assemblée Nationale.

La démarche actuelle vise, sous prétexte d'une définition de missions des ARS et des Préfectures « plus rationnelle et plus directe », à **reléguer la Psychiatrie à la défense sociale**, et l'éloigne encore plus de ces fondamentaux qui sont d'abord et avant tout de soigner, comme toute discipline médicale.

Ces propositions, qui semblent vouloir tout ignorer de l'Histoire et de l'avenir, ignorent aussi que les patients psychiatriques sont fortement stigmatisés et que cette stigmatisation impacte leur prise en charge au quotidien et leurs possibilités de réinsertion.

Cette démarche, qui réduit les patients les plus vulnérables et les plus fragiles au seul risque de violence, semble aussi ignorer leur souffrance psychique.

#### **La coupe est pleine !**

A côté du malaise qui s'installe dans nos hôpitaux, à côté de l'absence de dialogue ces propositions, qui illustrent une montée sécuritaire rampante, risquent de déconstruire tous les acquis de notre discipline.

Elles renforceront davantage la confusion entre maladie mentale et dangerosité, vieille depuis 1838 !

**Une ligne rouge est franchie !**

Si ces propositions étaient retenues, la France serait une exception unique au sein de l'Europe ! Elle serait le seul pays européen à placer sous l'autorité du Ministère de l'Intérieur les soins sans consentement en Psychiatrie !

Le SPEP exprime sa plus grande indignation au sujet de ces propositions et il fera tout, en s'associant avec l'ensemble des organisations professionnelles et les représentants des familles et des usagers de la Psychiatrie, pour que ces orientations rétrogrades ne voient pas le jour.

Il demande solennellement à la Ministre de la Santé de supprimer définitivement ces conclusions de toute orientation de la Psychiatrie, de la Santé Mentale et de la Stratégie Nationale de Santé à venir.

**Docteur Michel TRIANTAFYLLOU**  
**Président du Syndicat des Psychiatres d'Exercice Public (SPEP)**

## A4.3. Communiqué de l'Union Syndicale de la Psychiatrie du 24 juillet 2018



COMMUNIQUE DE L'USP du 24 juillet 2018

### En même temps...

« Un peuple prêt à sacrifier un peu de liberté pour un peu de sécurité ne mérite ni l'une ni l'autre et finit par perdre les deux. » Benjamin Franklin

« **Dé-stigmatiser** » les personnes suivies en psychiatrie et, **en même temps**, proposer de transférer les hospitalisations sous contrainte en psychiatrie du ministère de la Santé au ministère de l'Intérieur, sortir le 28 juin une « [feuille de route santé mentale et psychiatrie](#) » du ministère de la Santé qui prévoit notamment une action n°3 pour « informer le grand public sur la santé mentale, lutter contre la stigmatisation », et une action n°22 pour « réduire le recours aux soins sans consentement, à l'isolement et à la contention », et, en même temps, avoir un groupe de travail sur les missions des ARS (Agences régionales de santé) qui propose de transférer des ARS aux préfectures le suivi des soins sans consentement, considérant que « l'ensemble de ces procédures relève de la sécurité publique et non de la santé », n'est-il pas stigmatiser ?

**Mettre en avant les droits du patient, promouvoir sa dignité et, en même temps**, constater que les hospitalisations sans consentement ne cessent d'augmenter depuis la loi de 2011 sur les soins sans consentement (plus de 90 000 en 2016), et laisser les services de psychiatrie s'enliser dans le manque de moyens et la maltraitance (Rouen, Le Havre, Saint Etienne, pour ne citer que les plus récemment médiatisés...), n'est-il pas nier le droit aux soins des patients ?

La seule issue de cette agitation est que la mainmise de l'Intérieur sur la Santé, c'est maintenant ! Et en même temps, c'est déjà hier :

- En [2008](#), le discours de Nicolas Sarkozy sur les schizophrènes dangereux, avec en 2011 la loi sur les soins sans consentement qui ne doit qu'à une question prioritaire de constitutionnalité d'avoir vu son versant sécuritaire contrebalancé par l'instauration d'un contrôle judiciaire.

- En [janvier 2017](#), sous François Hollande, pour les migrants qui demandent un titre de séjour « Etranger malade », c'est le transfert de l'avis médical des médecins inspecteurs de l'ARS à ceux de l'OFII (Office français de l'immigration et l'intégration), de la Santé vers l'Intérieur donc.

- En [janvier 2018](#), c'est la tentative de l'ARS PACA de faire remettre leur OQTF (obligation de quitter le territoire français) aux personnes en situation irrégulière hospitalisées sous contrainte en psychiatrie par le personnel soignant. Tentative désavouée par le ministère de la Santé, après les protestations des psychiatres, mais dont l'inventeur se retrouve cependant pilote d'un des groupes de travail pour réformer l'hôpital.

- Sans oublier les tentatives répétées du ministère de l'Intérieur pour faire passer la radicalisation pour un trouble psychiatrique, avec, comme effet récent, le [décret du 23 mai 2018](#) instaurant le fichier Hopsyweb, fichant toutes les personnes en soins sous consentement, dans les suites des mesures prises pour lutter contre la radicalisation.

C'est à la façon dont elle traite ses fous que l'on juge une société ! Ce **en même temps** est bien ce qui érige la surveillance policière en principe organisateur de la psychiatrie !

Claire Gekiere

Union Syndicale de la Psychiatrie, 52 rue Gallieni, 92240 Malakoff  
Tél : 01 46 57 85 85 - Fax : 01 46 57 08 60 - [uspsy@free.fr](mailto:uspsy@free.fr) - [www.uspsy.fr](http://www.uspsy.fr)

## **A4.4. Communiqué associatif et syndical commun du 23 juillet 2018**

Paris, le 23/07/2018

# COMMUNIQUÉ

### **Non à l'abandon du sanitaire au sécuritaire en psychiatrie !**

Les organisations signataires, représentant usagers patients familles et professionnels de la Psychiatrie, tiennent à faire connaître leur totale opposition à la proposition du groupe de travail sur les missions des ARS d'abandonner aux préfets le suivi des procédures de soins sans consentement.

Les ARS assurant un rôle sanitaire essentiel d'appui et d'intermédiaire avec les établissements hospitaliers, ce transfert de compétence conduirait de fait à faire passer la loi de 2011 du registre sanitaire (relevant du ministère de la Santé) au registre sécuritaire (relevant du ministère de l'Intérieur), alors qu'il concerne des malades présentant des troubles graves justifiant des soins sans consentement. Il s'agirait alors d'une régression historique sans précédent en France des relations entre les citoyens et leur administration dans le domaine des soins, niant l'évolution de la discipline depuis le XIXème siècle au mépris de toute considération éthique.

Cette proposition, présentée comme anodine sur la base d'arguments de "tri" en matière de veille et de sécurité sanitaire, n'est pas sans rappeler des épisodes de triste mémoire voulant assujettir des décisions médicales aux prérogatives des préfets : combien de fois faudra-t-il rappeler, et notamment au ministère de l'Intérieur, que les malades mentaux ne sont ni des délinquants en puissance ni des terroristes radicalisés comme nous avons été amenés à le dénoncer à maintes reprises (articles 18 à 24 de la loi de prévention de la délinquance ou

première version de la loi de 2011 sur les soins sans consentement, travaux sur la mise en place des cellules de prévention de la radicalisation) ?

Comment ne pas voir aussi dans le décret du 23 mai 2018 concernant l'utilisation d'HOPSYWEB la même intentionnalité désormais au grand jour de la part des préfetures de disposer d'un regard direct sur la situation des personnes hospitalisées sans consentement et de faire ainsi des professionnels, médecins et équipes soignantes, ainsi que des administrations hospitalières leurs subordonnés dans un rôle de supplétifs d'une administration chargée ouvertement d'une forme de contrôle social.

Une fois encore est à l'œuvre l'instrumentalisation de la psychiatrie, à laquelle on sait à cette occasion assigner un rôle auquel elle s'est toujours refusé, et dont les prémices s'inscrivaient déjà dans la feuille de route du 28 juin 2018. Les discours officiels regorgent des termes de démocratie sanitaire, de citoyenneté, de bienveillance, de bien être mental et l'on se gargarise de méthodes de déstigmatisation alors que dans le même temps œuvre sans féric le déploiement d'une logique sécuritaire décomplexée.

C'est pourquoi les organisations signataires tiennent à affirmer solennellement leur détermination à s'opposer avec force à une proposition dont chacun devrait mesurer l'atteinte qu'elle représente pour les libertés individuelles dans le pays qui se veut celui des droits de l'Homme.

Marc BETREMIEUX  
Président du Syndicat des Psychiatres des Hôpitaux (SPH)

Rachel BOCHER  
Président de l'Intersyndicale des Praticiens Hospitaliers de France (INPH)

Jean-Jacques BONAMOUR DU TARTRE  
Président de la Fédération Française de Psychiatrie (FFP)

Jacques BORGY,  
Secrétaire général du Syndicat National des Psychologues (SNP)

Stéphane BOURCET  
Président de l'Intersyndicale de la Défense de la Psychiatrie Publique (IDEPP)

Michel CLAUDON  
Président de la Conférence Nationale des Présidents de Commissions Médicales d'Etablissement des Centres Hospitaliers Universitaires

Michel DAVID  
Président de l'Association des Secteurs de Psychiatrie en Milieu Pénitencière de Psychiatrie (ASPMP)

Claude FINKELSTEIN  
Présidente de la Fédération Nationale des Associations d'Usagers en Psychiatrie (FNAPSY)

Thierry GODEAU  
Président de la Conférence Nationale des Présidents de Commissions Médicales d'Etablissement des Centres Hospitaliers

Pascal MARIOTTI,  
Président de l'Association des Etablissements du service public de Santé Mentale (AdESM)

Gladys MONDIERE et Benoit SCHEIDER  
Co-président de la Fédération Française des Psychologues et de la Psychologie (FFPP)

Christian MULLER  
Président de la Conférence Nationale des Présidents de Commissions Médicales d'Etablissement des Centres Hospitaliers Spécialisés

Annick PERRIN-NIQUET  
Présidente Comité d'Etudes des Formations Infirmières et des Pratiques en Psychiatrie (CEFIP)

Marie-Jeanne RICHARD  
Présidente de l'Union Nationale de Familles et Amis de personnes malades et/ou handicapés psychiques (UNAFAM)

Norbert SKURNIK  
Président de la Coordination Médicale Hospitalière (CMH)

Michel TRIANTAFYLLOU  
Président du Syndicat des Psychiatres d'Exercice Public (SPEP)

## **ANNEXE 5 - « Hospitalisations d'office dans quatre régions françaises : Nord-Pas de Calais, Ile de France, Aquitaine et Provence-Alpes-Côte d'Azur » - Remerciements**

Cette recherche est réalisée par le Centre Collaborateur de l'Organisation Mondiale de la Santé pour la recherche et la formation en santé mentale (CCOMS / EPSM Lille Métropole, Lille- France).

Elle a été menée grâce à la participation de 125 secteurs répartis dans quatre régions françaises : Nord-Pas de Calais, Ile de France, Aquitaine et Provence-Alpes-Côte d'Azur.

### **RESPONSABLES SCIENTIFIQUES**

ROELANDT Jean-Luc - *Psychiatre des Hôpitaux, Chef de Service EPSM Lille-Métropole, Directeur du Centre collaborateur de l'OMS pour la recherche et la formation en santé mentale*  
BRUN ROUSSEAU Hélène - *Psychiatre des Hôpitaux, Cadillac – Membre de l'AEFCP*  
CAROLI François - *Psychiatre des Hôpitaux, CH Sainte-Anne, Paris – Président de l'ANCRE PSY*

### **RESPONSABLES EPP**

BAUCHERON Jean Pierre - *Psychiatre des Hôpitaux, Edouard Toulouse, Marseille*  
BONNAN Paul - *Psychiatre des Hôpitaux, Membre de l'AEFCP*  
BRUN ROUSSEAU Hélène - *Psychiatre des Hôpitaux, Cadillac – Membre de l'AEFCP*  
DAOUD Véronique – *Psychiatre des Hôpitaux, DIM, Ville Evrard, Neuilly-Sur-Marne*  
DEFROMONT Laurent - *Psychiatre des Hôpitaux et Responsable du DIRM de l'EPSM Lille-Métropole*  
THALASSINOS Muriel - *Psychiatre des Hôpitaux, Nanterre*  
TRANTAFYLLOU Michel - *Psychiatre des Hôpitaux, Nanterre*

### **COORDINATEURS REGIONAUX**

#### **NORD PAS DE CALAIS**

DEFROMONT Laurent - *Psychiatre des Hôpitaux et Responsable du DIRM de l'EPSM Lille-Métropole*  
IVANEZ Frédéric – *Praticien hospitalier, Tourcoing, EPSM Lille-Métropole*

#### **PACA**

BAUCHERON Jean Pierre - *Psychiatre des Hôpitaux, Edouard Toulouse, Marseille*  
GIORDANA Jean-Yves – *Psychiatre des Hôpitaux, CHS Sainte-Marie, Nice*

#### **AQUITAINE**

ROGUET, Julie – *Attachée de Recherche Clinique*  
BRUN ROUSSEAU Hélène - *Psychiatre des Hôpitaux, Cadillac (AAPIMEP)*

#### **ILE DE FRANCE**

DAOUD Véronique – *Psychiatre des Hôpitaux, DIM, Ville Evrard, Neuilly-Sur-Marne*  
THALASSINOS Muriel - *Psychiatre des hôpitaux, Nanterre*  
TRANTAFYLLOU Michel - *Psychiatre des Hôpitaux, Nanterre*

### **CHARGES DE MISSION : DEVELOPPEMENT, SUIVI ET MONITORING DE L'ETUDE**

#### **CCOMS / EPSM Lille Métropole**

AMAMOU Faten  
CRETIN Aurore  
LAFAY Julie  
SAINT-JEAN Hélène  
TASSONE - MONCHICOURT Christelle  
VAROMME Stéphane

## **PACA**

MICHEL, Andréa

## **ILE DE FRANCE**

MARZO, Jean-Noël

ZELT Isabelle

## **COMITE METHODOLOGIQUE**

CARIA Aude - *Responsable méthodologique, CCOMS / LILLE MÉTROPOLE Lille - Centre hospitalier Sainte Anne, Paris*

CARPENTIER Véronique - *Technicienne de l'information médicale au DIRM, EPSM Lille-Métropole*

CHABAUX Francis - *DIM, Poitiers*

DUHAMEL Alain - *Enseignant Université Lille 2, partenaire de la F2RSM*

LEROUX Isabelle - *DREES, Ministère de la santé*

PORTEAU Christian - *Technicien informatique au DIRM, EPSM Lille-Métropole*

RHENTER Pauline - *Politologue, chargée de mission CCOMS / LILLE MÉTROPOLE, Lille*

## **COMITE SCIENTIFIQUE ET DE PILOTAGE**

ALEZRAH Charles – *Président de CME, Psychiatre des Hôpitaux, Thuir*

BAUCHERON Jean Pierre – *Psychiatre des Hôpitaux, Edouard, Toulouse, Marseille*

BRUN ROUSSEAU Hélène – *Psychiatre des Hôpitaux, Cadillac*

CAROLI François – *Psychiatre des Hôpitaux, CH Sainte-Anne, Paris*

CHOMETTE Éric – *Praticien hospitalier de santé publique, DIM Sainte Anne, Paris*

COLDEFY Magali – *Chargée d'étude à l'IRDEES*

CORNIC Françoise – *Psychiatre des Hôpitaux, CH Sainte-Anne, Paris*

DANEL Thierry - *Praticien hospitalier, CHRU de Lille et Directeur du GIP Nord-Pas-De-Calais (F2RSM)*

DAOUD Véronique – *Psychiatre des Hôpitaux, DIM, Ville Evrard, Neuilly-Sur-Marne*

DEFROMONT Laurent - *Psychiatre des Hôpitaux et Responsable du DIRM de l'EPSM Lille-Métropole*

IVANEZ Frédéric – *Praticien hospitalier, Tourcoing, EPSM Lille-Métropole*

ELGHOZI Laurent – *Praticien hospitalier, Président de l'association élus santé publique et territoire, Nanterre*

ESCAIG Bertrand – *Vice-président de l'UNAFAM*

ETHUIN Claude – *Président de Nord mentalités FNAPSY*

FINKELSTEIN Claude – *Présidente de la FNAPSY*

LAFAY Julie – *Psychologue, Chargée de mission, CCOMS / LILLE MÉTROPOLE, Lille*

LAJUGIE Christine – *Psychiatre des hôpitaux, Armentières*

ROELANDT Jean-Luc - *Psychiatre des Hôpitaux, Chef de Service EPSM Lille-Métropole, Directeur du Centre collaborateur de l'OMS pour la recherche et la formation en santé mentale*

SENON Jean Louis – *Psychiatre PU-PH, Poitiers*

TASSONE - MONCHICOURT Christelle – *Psychologue, Chargée de Mission, CCOMS / LILLE MÉTROPOLE, Lille*

THALASSINOS Muriel – *Psychiatre des hôpitaux, Nanterre*

THEVENON GIGNAC Catherine - *Psychiatre et Chef de Service, Tourcoing*

THOMAS Pierre – *Psychiatre, Professeur CHRU de Lille*

TORRES Dolores – *Psychiatre des hôpitaux, Edouard Toulouse, Marseille*

TRANTAFYLLOU Michel – *Psychiatre des Hôpitaux, Nanterre*

VAROMME Stéphane – *Psychologue, Chargé de mission, CCOMS / LILLE MÉTROPOLE, Lille*

VELPRY Livia – *Sociologue, Chargée études, DIM Ville Evrard, Neuilly Sur Marne*

ZAGURY Daniel – *Psychiatre des Hôpitaux, expert judiciaire, Ville Evrard, Bondy*

## ANNEXE 6 – Recommandations du CGLPL

- ANNEXE 6.1** Recommandations en urgence du CGLPL du 8 février 2016 relatives au centre psychothérapique de l'Ain (Bourg-en-Bresse)
- ANNEXE 6.2** Recommandations en urgence du 1er février 2018 de la CGLPL relatives au centre hospitalier universitaire de Saint-Etienne (Loire)
- ANNEXE 6.3** Recommandations pour la pré-session de l'Examen périodique universel de la France du 14 décembre 2017

# A6.1. Recommandations en urgence du CGLPL du 8 février 2016 relatives au centre psychothérapique de l'Ain (Bourg-en-Bresse)

16 mars 2016

JOURNAL OFFICIEL DE LA RÉPUBLIQUE FRANÇAISE

Texte 102 sur 130

## Contrôleur général des lieux de privation de liberté

### Recommandations en urgence du Contrôleur général des lieux de privation de liberté du 8 février 2016 relatives au centre psychothérapique de l'Ain (Bourg-en-Bresse)

NOR : CPLX1605078X

L'article 9 alinéa 2 de la loi du 30 octobre 2007 permet au Contrôleur général des lieux de privation de liberté, lorsqu'il constate une violation grave des droits fondamentaux des personnes privées de liberté, de saisir les autorités compétentes de ses observations en leur demandant d'y répondre. Postérieurement à la réponse obtenue, il constate s'il a été mis fin à la violation signalée ; il peut rendre publiques ses observations et les réponses obtenues.

Lors de la visite du centre psychothérapique de l'Ain, du 11 au 15 janvier 2016, les contrôleurs ont fait le constat de situations individuelles et de conditions de prise en charge portant des atteintes graves aux droits fondamentaux des personnes hospitalisées dans cet établissement, constat qui conduit la Contrôleure générale à mettre en œuvre cette procédure d'urgence.

Le centre psychothérapique de l'Ain (CPA), implanté en périphérie de Bourg-en-Bresse dans un vaste parc, est le seul établissement de soins psychiatriques du département. Il dispose d'une capacité d'accueil en hospitalisation complète de 412 lits, 393 pour adultes et 19 pour enfants et adolescents.

En 2010, l'établissement a fait le choix de redécouper les secteurs de psychiatrie générale et de mettre en place, pour les adultes, des dispositifs transversaux non sectorisés.

Six unités de secteur ont vocation à accueillir les patients adultes pour des hospitalisations en principe de courte durée ; le secteur de psychiatrie infanto-juvénile dispose d'une unité pour adolescents de sept lits et d'une unité pour enfants de douze lits.

Par ailleurs, les dispositifs transversaux comprennent notamment :

- trois unités, de « soins de suite » comptant 87 lits au total, destinées à recevoir des patients dits de « longue évolution » pour la plupart non stabilisés ;
- une unité pour malades gravement déficitaires de 31 lits, accueillant des patients souffrant de « psychose déficitaire grave », avec des troubles du comportement importants et qui nécessitent une assistance et/ou une surveillance dans tous les actes de la vie quotidienne ;
- deux unités pour personnes âgées de 20 lits chacune ;
- une unité ouverte d'hospitalisation de court séjour.

Les contrôleurs ont constaté que les conditions hôtelières d'hébergement sont, dans l'ensemble, satisfaisantes. La plupart des chambres sont individuelles. Elles sont équipées de sanitaires et, comme les locaux collectifs, elles sont propres et bien entretenues. Un programme de construction de bâtiments destinés à accueillir les unités installées dans les locaux les plus vétustes est en cours de réalisation ; le déménagement des unités concernées devrait être achevé en 2017. De même il a été fait état d'un projet de nouveaux locaux pour le service de pédopsychiatrie.

**Au cours de la visite, un certain nombre de violations graves des droits fondamentaux des patients hospitalisés a été constaté par les contrôleurs :**

**1. Une pratique de maîtrise et de contrôle des faits et gestes des patients d'autant plus singulière qu'elle est appliquée avec une rigueur exceptionnelle.**

Cette pratique se traduit tant dans l'organisation matérielle de la prise en charge que dans la dispensation des soins. Un « cadre de soins », arrêté par un médecin pour chaque patient, rend compte de ce fonctionnement ; il est formalisé pour chacun par un document standardisé intitulé « prescription de restriction de liberté d'aller et venir ». Ces restrictions portent sur l'utilisation des objets et des effets personnels, la communication avec l'extérieur et les sorties de l'unité.

Toutes les unités sont fermées (1). Elles ont toutes une cour intérieure close qui n'est accessible qu'à certaines heures de la journée et seulement à certains patients, en fonction de l'autorisation médicale. L'accès au parc de l'hôpital est encore plus restreint. Ce régime s'applique à tous les patients, y compris ceux hospitalisés en soins libres.

**2. Une restriction à la liberté de circuler encore plus prononcée dans les unités de « soins de suite ».**

Les limitations à la liberté d'aller et venir des patients imprègnent le fonctionnement des unités de « soins de suite » ; ces limitations sont d'autant plus durables pour chacun que, dans ces unités, la brièveté et le caractère épisodique de la présence médicale ne permettent pas de les réévaluer autant que de besoin. Ainsi, les contrôleurs ont constaté :

- un accès à la cour intérieure limité, pour la majorité des patients, à deux fois une demi-heure par jour. Dans l'une de ces unités, cette durée est réduite de moitié pour ceux des patients qui ne sont autorisés à sortir qu'accompagnés d'un soignant ;
- l'interdiction de fumer plus de quatre cigarettes par jour ;

- des placards fermés à clé dans les chambres sans que les patients n'en détiennent la clé et un accès aux affaires personnelles restreint, nécessitant l'intervention des soignants conformément à la prescription médicale ;
- la pratique habituelle du maintien de certains patients dans leur chambre fermée jour et nuit ;
- le recours fréquent à la contention ;
- des « prescriptions » médicales d'enfermement et de contention particulièrement attentatoires aux droits fondamentaux, renouvelées pendant plusieurs mois et, dans certains cas, sans examen systématique du patient.

La majorité des patients s'ennuie. Seule la moitié d'entre eux a accès à quelques heures d'activités thérapeutiques hebdomadaires à l'extérieur de l'unité. Si l'une de ces trois unités propose deux heures d'activités quotidiennes auxquelles peuvent participer un maximum de cinq patients, une autre n'en organise que deux heures par semaine.

Les équipes de soins – constituées en grande partie de jeunes diplômés – se montrent, dans l'ensemble, attentives aux patients, mais, bien que volontaires, elles sont démunies et constatent que la faiblesse de la présence médicale alimente la logique d'enfermement : « En termes de présence médicale, on est abandonné de l'institution. On aimerait faire bouger les choses mais on n'a pas forcément les moyens pour le faire ». Les contrôleurs ont constaté pour de nombreux patients une absence de projet de soins individualisé qui s'apparente à de l'abstention thérapeutique.

### **3. Un recours à l'isolement et à la contention utilisé dans des proportions jamais observées jusqu'alors et non conforme aux règles communément appliquées.**

Il convient ici de rappeler que la mise en chambre d'isolement est une pratique médicale réservée en dernier recours aux situations de crise, visant à obtenir un apaisement du malade en le soustrayant aux stimulations sensorielles. Elle consiste à enfermer une personne, en pyjama, dans une pièce nue, équipée d'un simple lit fixé au sol au centre de la pièce. Le placement doit se faire sur prescription médicale après un examen minutieux du patient afin de le réserver aux situations qui ne peuvent être traitées autrement. Sa durée doit être brève et ne saurait excéder le temps de la crise. L'isolement initial et chaque renouvellement éventuel sont prescrits pour une période maximale de vingt-quatre heures et après examen médical du patient (2). Dans des cas qui doivent rester exceptionnels et uniquement le temps de permettre à un traitement sédatif de faire effet, une contention peut être prescrite (immobilisation sur le lit à l'aide de lanières attachées à chaque membre et au niveau du bassin). Ces pratiques, qui renforcent l'image d'une dangerosité des malades mentaux, ne doivent jamais occulter le fait que ceux-ci sont, avant tout, des personnes en grande souffrance.

Les contrôleurs ont constaté au CPA un recours à l'isolement et à la contention dans des proportions qu'ils n'ont observées dans aucun autre établissement visité. Toutes ses unités d'hospitalisation sont équipées de deux chambres d'isolement, à l'exception de celle pour adolescent et de celle pour psychotiques déficitaires graves qui n'en comportent qu'une et de celle de court séjour, ouverte, qui n'en comporte pas.

Outre les vingt-cinq chambres d'isolement ainsi disponibles, l'établissement s'est doté d'une unité pour malades agités et perturbateurs (UMAP) de vingt et une chambres, toutes sur le même modèle : un espace nu, équipé, pour seul mobilier, d'un lit central fixé au sol et permettant la contention, d'un lavabo et d'un WC. Toutes ces chambres disposent de deux portes d'accès. Aucun espace n'est à l'abri du regard extérieur. Les douches, une pour deux chambres, sont des cabines sans porte ni rideau, imposant aux patients de se laver sous la surveillance directe des soignants. Aucune chambre ne dispose de bouton d'appel. Cette unité, destinée en principe au traitement de la crise, accueillait lors de la visite, dix patients au long cours dont trois étaient présents depuis la date de son ouverture en 2010. Il a été également constaté que cette unité est parfois utilisée à des fins disciplinaires.

Pour une capacité de 412 lits, l'établissement compte quarante-six chambres d'isolement dont l'utilisation se révèle remarquablement importante. Selon les données recueillies (3), en moyenne plus de trente-cinq chambres d'isolement sont occupées chaque jour, ce qui représente plus de 13 000 journées passées en chambre d'isolement dans l'année. L'utilisation des chambres d'isolement est constante dans les unités de « soins de suite », certains patients y étant à demeure. Le recours à la contention, dont l'usage doit pourtant rester exceptionnel, est tout aussi généralisé : certains jours, trente-cinq patients sont contenus sur un lit. Ainsi, dans l'une de ces unités, une personne est isolée, attachée, depuis une date indéterminée, chacun des soignants, dont certains sont en poste dans l'unité depuis plusieurs années, interrogés sur le début de cette mesure, a répondu n'avoir jamais vu cette personne ailleurs que dans la chambre d'isolement.

Outre les patients placés en chambre d'isolement, de nombreux patients hospitalisés dans les unités de « soins de suite » sont enfermés dans des chambres ordinaires. Les contrôleurs ont constaté que cet enfermement, qui dépasse souvent vingt heures par jour, pouvait être prolongé pendant plusieurs mois. Il peut s'y ajouter une contention au lit ou au fauteuil jusqu'à vingt-trois heures par jour, pour certains patients pendant des mois également, voire des années. Ainsi, pendant la visite des contrôleurs, plus de la moitié des patients d'une des trois unités de « soins de suite » étaient enfermés en chambre d'isolement ou en chambre ordinaire.

Sur l'ensemble des quarante-six chambres d'isolement de l'établissement, une minorité sont équipées d'un bouton d'appel, dont beaucoup ne fonctionnent pas. Les patients enfermés ne disposent d'autre moyen pour faire appel aux soignants que de taper à la porte ou de crier. Ceux qui sont attachés n'ont d'autre choix que d'attendre le passage infirmier pour obtenir à boire ou pour demander le bassin.

Le fonctionnement de l'unité pour malades agités et perturbateurs est particulièrement strict : le port du pyjama y est obligatoire pendant toute la durée du séjour, le tabac y est totalement proscrit, il est interdit aux patients de conserver dans leur chambre leurs affaires personnelles. Dans le meilleur des cas, les patients ne sont enfermés que dix-neuf heures par jour dans leur chambre. L'accès à la courette intérieure se fait obligatoirement accompagné d'un soignant ; certains patients peuvent être autorisés à lire ou à écrire dans leur chambre mais il leur est interdit

de posséder un lecteur de musique. Pour les patients autorisés à sortir de leur chambre, les seules activités possibles sont de participer à des jeux de société, écouter la radio et regarder la télévision ; parmi eux, quelques-uns peuvent parfois se rendre à la cafétéria de l'hôpital, accompagnés de deux soignants ; seule une femme hospitalisée au très long cours a la permission de se rendre de temps à autre à des activités thérapeutiques communes au dispositif de suite. Certains malades sont sous contention la nuit, d'autres, en permanence. Une jeune femme, présente depuis un an, était constamment sous contention des quatre membres, le lien posé sur l'un des deux bras était ajusté de façon à lui permettre de reposer le bassin au sol sans l'aide d'un soignant. Elle a précisé qu'elle était autorisée à retourner chez elle un week-end sur deux, ce qui lui permettait de se rendre chez le coiffeur ou au restaurant.

Les personnes détenues nécessitant des soins sont systématiquement hospitalisées dans cette unité. Elles font l'objet d'un traitement spécifique, indépendamment de leur état clinique : mise sous contention systématique jusqu'au premier entretien avec un psychiatre, examen médical somatique incluant l'inspection des parties génitales à des fins de sécurité et pratiqué sur le patient attaché.

Dans certaines unités, les patients à l'isolement ne sont pas vus par un médecin le week-end ; dans les unités de « soins de suite », au lieu d'être renouvelées quotidiennement, les prescriptions d'isolement sont faites pour sept jours et sans que le patient soit systématiquement examiné.

#### **4. Des pratiques inhabituelles qui rencontrent une résignation préoccupante tant de la communauté soignante que des patients.**

Les contrôleurs ont constaté que de nombreux patients s'étaient résignés à leur enfermement, convaincus par le discours médical qu'il était le seul moyen de les apaiser. Questionnés sur leur souhait de voir élargir leurs possibilités de circulation, beaucoup ont répondu « je ne sais pas », « je n'ai pas le droit », « ce n'est pas moi qui décide ». Cette soumission remarquable apparaît comme très préoccupante et ne témoigne nullement de la situation de crise qui justifie leur enfermement. L'extrême réserve avec laquelle les personnes rencontrées, patients comme soignants, se sont exprimées sur les pratiques locales de contention et d'isolement est tout aussi troublante, témoignant de la difficulté d'envisager différemment le soin.

Aucune spécificité de la population accueillie par le CPA n'explique et encore moins ne justifie le recours à l'isolement et à la contention dans les proportions observées dans cet établissement. La nature et le systématisme des limites apportées aux droits des patients à leur liberté d'aller et venir, les conditions d'enfermement de beaucoup d'entre eux portent une atteinte grave aux droits fondamentaux des personnes hospitalisées. Les conditions dans lesquelles les patients sont placés à l'isolement, enfermés, sous contention pour des durées particulièrement longues, pouvant atteindre des mois, voire des années, constituent, à l'évidence, un traitement inhumain et dégradant.

#### **Ces différents constats conduisent le contrôleur général à formuler les recommandations suivantes :**

1. ériger en règle la libre circulation dans l'établissement, toute restriction de la liberté d'aller et venir devant être expressément motivée par l'état clinique du patient ;
2. mettre fin immédiatement à l'enfermement en chambre ordinaire ;
3. mettre sans délai un terme à la pratique excessive, tant dans la durée que dans l'intensité, de l'enfermement en chambre d'isolement et de la contention ;
4. mettre fin immédiatement aux prescriptions et décisions médicales effectuées sans examen préalable du patient ;
5. assurer une présence médicale quotidienne et d'une durée suffisante dans toutes les unités ;
6. évaluer avec l'aide d'intervenants extérieurs l'état clinique et les modalités de prise en charge de tous les patients présents dans les unités de « soins de suite » et à l'unité pour malades agités et perturbateurs afin d'élaborer pour ces patients un projet de soins et de vie ;
7. renforcer dans des délais très courts les activités thérapeutiques dans et hors les unités afin d'en faire bénéficier le plus grand nombre de patients ;
8. former l'ensemble du personnel à la prévention et la gestion des situations de crise.

(1) A l'exception de l'unité pour adolescents (sept lits) et de celle de court séjour (douze lits).

(2) Selon les règles communément admises actuellement, en particulier le guide élaboré par la Haute Autorité de santé en 1998.

Il convient par ailleurs de préciser que la loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé a introduit dans le code de la santé publique un article L. 3222-5-1 qui dispose que l'isolement et la contention sont des pratiques de dernier recours, qui doivent faire l'objet d'une traçabilité, et qu'il ne peut y être procédé que pour prévenir un dommage immédiat ou imminent pour le patient ou autrui, sur décision d'un psychiatre, prise pour une durée limitée.

(3) Fiches quotidiennes des disponibilités en lits dont chambres d'isolement, fournies par le CPA.

## A6.2. Recommandations en urgence du 1er février 2018 de la CGLPL relatives au centre hospitalier universitaire de Saint-Etienne (Loire)

1<sup>er</sup> mars 2018

JOURNAL OFFICIEL DE LA RÉPUBLIQUE FRANÇAISE

Texte 86 sur 142

### Contrôleur général des lieux de privation de liberté

Recommandations en urgence du 1<sup>er</sup> février 2018 de la Contrôleure générale des lieux de privation de liberté relatives au centre hospitalier universitaire de Saint-Etienne (Loire)

NOR : CPLX1805177X

L'article 9 de la loi du 30 octobre 2007 instituant un Contrôleur général des lieux de privation de liberté (CGLPL) permet à cette autorité, lorsqu'elle constate une violation grave des droits fondamentaux des personnes privées de liberté, de communiquer sans délai aux autorités compétentes ses observations, de leur impartir un délai pour y répondre et, à l'issue de ce délai, de constater s'il a été mis fin à la violation signalée. S'il estime nécessaire, le CGLPL rend immédiatement public le contenu de ses observations et des réponses reçues.

Les présentes recommandations ont été adressées à la ministre des solidarités et de la santé. Un délai de trois semaines lui a été imparti pour faire connaître ses observations. A l'issue de ce délai, aucune réponse n'est parvenue au contrôle.

Lors d'une visite du pôle de psychiatrie du centre hospitalier universitaire (CHU) de Saint-Etienne, réalisée du 8 au 15 janvier 2018, le CGLPL a constaté des situations individuelles, des dysfonctionnements et des conditions de prise en charge, qui permettent de considérer que les conditions de vie de certaines personnes hospitalisées, constituent un traitement inhumain ou dégradant au sens de l'article 3 de la Convention européenne des droits de l'homme.

Les constats les plus graves, objets des présentes recommandations en urgence, intéressent les prises en charge aux urgences, les pratiques d'isolement et de contention, et l'exercice des droits des patients.

Les services de psychiatrie du CHU sont regroupés au sein d'un pôle qui comprend la psychiatrie adulte, la pédopsychiatrie et des activités intersectorielles comme une unité d'urgences psychiatriques. La psychiatrie adulte dispose de 216 lits et 228 places, la pédopsychiatrie de 14 lits et 64 places. En dehors des hospitalisations programmées, tous les patients sont initialement pris en charge par les urgences générales du CHU.

#### 1. Des conditions d'accueil des patients indignes aux sein du service des urgences générales

Depuis plus de cinq ans, les patients qui sont initialement accueillis aux urgences générales du CHU peinent à pouvoir être hospitalisés dans une unité d'hospitalisation complète ou à l'unité de post-crise appelée « urgences psychiatriques ». Un à deux lits surnuméraires ont été ajoutés dans chaque unité et une salle dite « de flux » a été créée en 2014 au sein de l'unité des urgences psychiatriques pour y offrir quatre places supplémentaires.

Malgré cela, depuis octobre 2017, l'impossibilité manifeste d'hospitaliser en psychiatrie des patients en soins libres comme en soins sans consentement, s'est aggravée.

**Ce dysfonctionnement majeur a conduit les soignants à accepter l'instauration de pratiques contraires au droit comme d'ailleurs à leur volonté première.**

En effet, les contrôleurs ont constaté, au moment de la visite, la présence aux urgences générales du CHU, de vingt patients relevant de la psychiatrie en attente de places. Treize de ces vingt patients attendaient allongés sur des brancards dans les couloirs même des urgences. Sept patients faisaient l'objet de contentions au niveau des pieds et d'une ou des deux mains. Deux de ces patients attachés étaient en soins libres, les autres étant en soins sans consentement à la demande du représentant de l'Etat ou à la demande d'un tiers. Ces sept personnes se trouvaient aux urgences depuis des durées allant de quinze heures à sept jours, cinq étant présents depuis plus de trois jours. Ils n'avaient pu ni se laver, ni se changer, ni avoir accès à leur téléphone portable. Trois d'entre eux devaient user d'un urinal posé le long de leur jambe sur le brancard au-dessus du drap. Or aucun de ces patients ne présentait d'état d'agitation, certains demandant juste à pouvoir être détachés, sans véhémence, dans une forme de résignation et d'acceptation. Les contentions étaient visibles de toute personne circulant dans les couloirs des urgences, notamment des patients souffrant d'autres pathologies et de leurs familles. Les entretiens avec les médecins et infirmiers, comme la délivrance des traitements, s'effectuaient sans aucune confidentialité.

L'analyse statistique des passages aux urgences des derniers mois a montré que, depuis octobre 2017, il est habituel que plus de dix patients séjournent dans ces conditions plusieurs jours, dans l'attente d'être hospitalisés en psychiatrie. Toute personne admise en soins sans consentement est par ailleurs systématiquement placée sous contention, avec injection quotidienne d'anticoagulant en prévention de la phlébite et de l'embolie, même si elle n'est pas agitée.

Les patients placés sous contention aux urgences ne font pas l'objet d'une inscription au registre prévu par l'article L. 3222-5-1 du code de la santé publique (CSP).

Ces pratiques ne respectent pas la loi de modernisation de notre système de santé du 26 janvier 2016 en son article 72 qui indique que « l'isolement et la contention sont des pratiques de derniers recours ; il ne peut y être procédé que pour prévenir un dommage immédiat ou imminent pour le patient ou autrui, sur décision d'un psychiatre, prise pour une durée limitée. »

Le contrôle général rappelle ainsi les termes de son avis du 15 février 2011 relatif à certaines modalités de l'hospitalisation sans consentement, repris dans son rapport thématique de 2016 sur l'isolement et la contention dans les établissements de santé : « toute privation de liberté est attentatoire aux droits fondamentaux ; aussi tout doit être mis en œuvre pour apaiser la personne en situation de crise avec des approches alternatives à une mesure de contrainte physique. Si, en dernier recours, la décision d'un placement en chambre d'isolement ou sous contention doit être prise, les modalités de sa mise en œuvre doivent garantir au mieux le respect de la dignité et des droits des patients ». La contention doit ainsi rester une décision de sécurité prise par un psychiatre et fondée sur des motifs de dangerosité clinique ; elle ne peut en aucun cas constituer des contentions de confort destinées à pallier une absence de surveillance, être punitive ou liée à une mauvaise organisation des services. Elle ne peut être systématique sur le seul fondement d'un statut de soins sans consentement.

Les pratiques observées au CHU de Saint-Etienne interviennent sur fond d'un dysfonctionnement structurel qui confronte les soignants à des difficultés professionnelles majeures. En effet, on relève une absence de projet médical de pôle, la fermeture de lits non suffisamment anticipée, ni compensée par une offre de soins globale adaptée, des vacances de postes de psychiatres et des durées moyennes de séjour qui n'ont commencé à diminuer qu'en 2017 sans pour autant être excessives puisque comprises actuellement entre 21 et 39 jours, beaucoup d'unités étant en dessous de 26 jours.

**Ce dysfonctionnement majeur de la prise en charge des patients relevant de la psychiatrie aux urgences générales nécessite de mettre immédiatement un terme aux traitements indignes observés, c'est-à-dire de lever les mesures de contention systématiques, d'hospitaliser rapidement tous les patients dans des chambres, de leur permettre de se laver et d'accéder à des toilettes ainsi que de bénéficier d'une intimité minimale durant leurs soins.**

Des mesures structurelles rapides doivent également être prises. Celles-ci peuvent passer par la création d'une offre en hospitalisation complète supplémentaire avec le nombre de lits et de soignants nécessaires, le développement des prises en charge extra-hospitalières dans les trois secteurs de psychiatrie où elles sont insuffisantes (Saint-Etienne, Ondaine, La Plaine), et le renfort de psychiatres sur les postes immédiatement vacants.

Mais surtout, un projet médical de pôle devra définir de manière précise l'ensemble des besoins de la filière psychiatrique à prendre en charge et les modalités avec lesquelles il sera décidé d'y répondre. Ce projet médical de pôle devra être pris en compte dans le schéma directeur immobilier actuellement en cours de finalisation sur sa partie psychiatrie adulte et pédopsychiatrie.

## **2. Une pratique générale d'isolement et de contention dans les unités d'hospitalisation complète ne répondant pas aux exigences législatives et réglementaires**

Le pôle de psychiatrie dispose de quatre chambres d'isolement identiques qui comportent un lit fixé au sol, un point d'eau avec des toilettes, et un bouton d'appel mural ; la douche n'est accessible que depuis le sas sur ouverture du soignant.

Lors du contrôle, toutes les chambres d'isolement étaient occupées. L'enfermement est également fréquent en chambre ordinaire y compris avec contention et sans que la traçabilité informatique n'ait permis de distinguer les types de chambres concernées. Une patiente non agitée mais souffrant de troubles compulsifs est ainsi placée en isolement dans sa chambre ordinaire depuis plusieurs mois, avec porte des toilettes fermée à clé et quatre sorties d'un quart d'heure autorisées par jour pour fumer. Par ailleurs, les placards de rangement de chaque unité abritent une dizaine de nécessaires de contention alors même qu'il n'y a qu'une chambre d'isolement.

L'isolement est encore décrit comme « thérapeutique » dans le protocole à destination des soignants de juillet 2017. Il est considéré ainsi dans l'esprit de certains soignants, alors que la thématique « isolement-contention » n'est pas suffisamment investie par les corps soignants, y compris en pédopsychiatrie. Certaines unités pratiquent des « isolements séquentiels » de plusieurs semaines.

Enfin, l'analyse de la pratique est inexistante et les données communiquées par le CHU sont fausses et inexploitables puisqu'elles indiqueraient annuellement 8 000 mesures d'isolements et 1 400 mesures de contentions dont 800 mesures d'isolements et 140 contentions pour des patients en soins libres.

Ainsi, une extraction informatique des isolements et contentions 2017, effectuée à la demande des contrôleurs, confirme que **des patients en soins libres font l'objet, de manière fréquente, de mesures d'isolement associées parfois à de la contention, pour des durées de plusieurs jours.** Le contrôle général rappelle que l'isolement avec ou sans contention ne peut être mis en œuvre pour un patient en soins libres que pour une durée maximale de douze heures permettant, le cas échéant, la mise en place d'une mesure de soins sans consentement.

Enfin, les renouvellements à 24 heures des mesures d'isolement ne sont pas réalisés le dimanche faute d'une garde spécifique de psychiatre senior. **Les mesures se prolongent donc sans contrôle médical et dans l'illégalité.**

Ces pratiques d'isolement et de contention ne respectent pas les recommandations de la Haute Autorité de santé en date du 20 mars 2017 ; elles ne respectent pas non plus les normes révisées du Comité européen pour la prévention de la torture et des peines ou traitements inhumains ou dégradants (CPT) du 21 mars 2017 relatives aux moyens de contention dans les établissements psychiatriques pour adultes.

**Les pratiques illégales et abusives d'isolement et de contention doivent cesser immédiatement.** Des formations sur la gestion de crise, l'isolement et la contention doivent être mises en place sans délai, tant pour les infirmiers que pour les médecins, des évaluations des pratiques professionnelles sont à mettre en place et un réel travail de recherche de solutions alternatives à l'isolement et à la contention devra s'engager.

La mise en place d'un registre opérationnel de l'isolement et de la contention doit être mis en place dans les plus brefs délais ; il permettra d'aider les soignants à analyser leurs pratiques, tel qu'imposé par la loi du 26 janvier 2016 suscitée, et précisée par les recommandations de la Haute Autorité de santé de mars 2017 et l'instruction de la ministre des affaires sociales et de la santé du 29 mars 2017.

### 3. Un non-respect des droits du patient

Les contrôleurs ont observé, dans toutes les unités de psychiatrie, un défaut d'explication de leurs droits aux patients, que ce soit lors des notifications de placement en soins sans consentement, lors de l'établissement des certificats médicaux prolongeant les mesures, ou encore à travers l'établissement de programmes de soins.

Les infirmiers et cadres ne sont pas formés sur la notification des droits et le droit des patients en général. Les patients ne reçoivent aucun document expliquant leurs droits. La notion de personne de confiance est peu investie et non exploitée dans les services de psychiatrie alors même que le CHU de Saint-Etienne est pilote à travers la réalisation d'un film à destination des soignants des autres spécialités sur la personne de confiance. Certains patients sont présentés au juge des libertés et de la détention en pyjama et tongs, ce qui les place dans une situation dégradante.

Les programmes de soins ne respectent pas, dans l'immense majorité des cas, les articles L. 3211-2-1 et R. 3211-1 du CSP, et prévoient un temps d'hospitalisation complète beaucoup plus important que le temps ambulatoire, sans préciser les lieux et dates prévisibles des différentes prises en charge. De nombreux programmes de soins correspondent à des hospitalisations complètes ponctuées de sorties de quelques heures dans la semaine.

Parallèlement, les contrôleurs ont constaté une prise en charge psychiatrique et somatique par les médecins et infirmiers des différentes unités, empreinte de professionnalisme ; la présence médicale est assurée avec beaucoup de dévouement et les consultations avec les patients sont régulières et pratiquées en binôme avec l'infirmier ; les cadres individuels de soins sont établis et précisent les restrictions de liberté ; les projets de soins bien suivis en pluridisciplinarité. Les médecins travaillent avec les patients en bonne transparence et avec des rapports de confiance.

Le contrôle s'est déroulé dans une ambiance sereine et constructive, et l'évocation des premiers constats opérés durant la visite a suscité une attention et une prise en compte forte de la communauté médicale et soignante du CHU. Un courrier du directeur de l'hôpital, adressé au CGLPL le 23 janvier 2018, témoigne du reste d'une réelle volonté de changement. Néanmoins, la gravité et le caractère structurel des constats du CGLPL ne permettent pas de laisser l'établissement seul face à ses difficultés.

### 4. Les différents constats décrits ci-dessus conduisent la Contrôleure générale des lieux de privation de liberté à formuler les recommandations suivantes

Les atteintes aux droits décrites dans les présentes recommandations doivent cesser immédiatement, notamment l'accueil au sein du service des urgences.

La prise en charge initiale des patients au CHU doit être réalisée dans le respect de la dignité des personnes et les moyens nécessaires doivent être mis en œuvre pour garantir les possibilités d'hospitalisation adaptées.

Les pratiques d'isolement et de contention doivent faire l'objet d'une réflexion institutionnelle et respecter les prescriptions de la loi du 26 janvier 2016 ainsi que les recommandations du CGLPL, de la Haute Autorité de santé, et du Conseil de l'Europe à travers les normes révisées du CPT.

Une formation sur l'accès aux droits doit être dispensée aux soignants et l'information donnée aux patients doit être déclinée aux différents moments de l'hospitalisation ; les cadres de santé doivent établir un contrôle de cet accès aux droits.

## A6.3. Recommandations pour la pré-session de l'Examen périodique universel de la France du 14 décembre 2017



### Pré-session de l'Examen périodique universel de la France Genève – le 14 décembre 2017

Le CGLPL est le mécanisme national de prévention de la torture français, créé par une loi du 30 octobre 2007. Les observations et recommandations formulées dans ce document sont basés sur les constats effectués sur le terrain, lors des 150 visites annuelles de lieux de privation de liberté réalisées par l'équipe du contrôle général.

Dans un premier temps, le CGLPL souhaite évoquer les droits des malades mentaux hospitalisés, dont la situation n'a pas fait l'objet de recommandations lors du précédent Examen périodique universel. Il est nécessaire, dans un second temps, de revenir sur le problème endémique de la surpopulation carcérale, qui est au cœur de nos préoccupations.

#### I. **Atteintes aux droits fondamentaux dans les établissements de santé mentale**

Le code de la santé publique pose en premier lieu le principe du respect de la liberté des patients. Les soins sans consentement sont pratiqués dans des cas d'exceptions liées à leur état de santé :

Il a intégré les dispositions de deux lois :

- celle du 5 juillet 2011, modifiée en 2013, sur les droits, la prise en charge et la protection des patients en psychiatrie ;
- celle du 26 janvier 2016 encadrant la traçabilité des mesures d'isolement et de contention. Elle vise à susciter des politiques pour réduire ces pratiques.

##### 1) Enfermement des personnes atteintes de handicap psychique

Une étude publiée en février 2017<sup>1</sup> a montré que, de 2012 à 2015, le nombre des hospitalisations sans consentement est passé de 21 à 24 % du nombre total des hospitalisations en psychiatrie, ce que confirment les 168 visites du CGLPL : il n'est en effet pas rare que les soins sans consentement atteignent 40 % du nombre des hospitalisations. Le défaut de prise en charge adéquate en amont de l'hospitalisation, qui induit le recours aux services d'urgences, est à l'origine de cette augmentation.

On constate lors des visites que les patients en soins sans consentement sont rarement ou mal informés de leurs droits, qu'ils méconnaissent. Quant au contrôle judiciaire opéré sur la légalité des hospitalisations, il est peu effectif.

---

<sup>1</sup> *Les soins sans consentement en psychiatrie : bilan après quatre années de mise en œuvre de la loi du 5 juillet 2011*, Magali Coldefy (IRDES), Sarah Fernandes (ORU-Paca, Université Aix-Marseille), avec la collaboration de David Lapalus (ARS Paca) - *Questions d'économie de la santé* n° 222 - février 2017

Dans le contexte sécuritaire actuel, la tendance est à l'enfermement des personnes atteintes de handicap psychique. C'est dans l'immense majorité des cas, la situation des personnes hospitalisées contre leur gré. Plus inquiétant, c'est le cas également de nombreux patients hospitalisés à leur propre demande. Enfin, c'est le cas de malades « chroniques », qui se retrouvent enfermés à l'hôpital pour de longues années.

Pour toutes ces personnes, des aspects de la vie courante font l'objet de restrictions, qui sont autant d'atteintes aux droits : liberté d'aller et venir, accès à l'air libre, accès aux liens familiaux, activités organisées en dehors des unités. Ces limitations sont rarement individualisées et fondées sur l'état clinique de chaque patient. Elles sont souvent systématiques, au moins pour un temps.

Dans notre système, le manque de structures en amont et de structures adaptées en aval de l'hôpital empêche un accompagnement de proximité, tel que cela est préconisé par la Convention des Nations Unies pour les droits des personnes handicapées (CPDH).

Le manque de médecins psychiatres, de soignants et d'intervenants, a pour conséquence des lacunes dans le suivi des patients et une insuffisance, voire une carence complète d'activités. Au cours des visites, nombreux sont les patients vus errant dans les couloirs, désœuvrés, ou végétant dans les salles communes. Cela participe de l'institutionnalisation de nombreux malades.

## 2) Isolement et contention

Le placement en chambre d'isolement et l'utilisation de la contention mécanique sont les pratiques les plus restrictives des libertés. On voit lors des visites que le recours à ces moyens de contrainte diverge selon les établissements mais aussi entre les différents services, parfois à outrance, parfois pas du tout.

Des patients peuvent être isolés pendant plusieurs jours ou mis sous contention, sans avoir été vu préalablement par un psychiatre, et sans suivi approprié.

Les chambres ne sont pas toujours équipées de manière adéquate, portant atteinte à la sécurité, à l'intimité et à la dignité des patients.

Il arrive que l'isolement soit utilisé à des fins disciplinaires, en cas de non-respect du règlement. Il arrive également qu'on enferme des patients dans leur propre chambre.

Enfin, la prise en charge des détenus en crise dans les structures non spécialisées pour eux fait partie des préoccupations permanentes du CGLPL : ils sont systématiquement mis en chambre d'isolement, et parfois placés sous contention durant toute la durée de leur hospitalisation et indépendamment de leur évaluation clinique.

Le CGLPL suggère donc que l'Etat français fasse l'objet de recommandations afin de mettre en œuvre, dans la lignée des observations préliminaires de la RS pour les droits des personnes handicapées :

- une politique globale nationale en la matière de handicap fondée sur la CPDH afin de limiter le recours aux hospitalisations sans consentement, en renforçant les moyens des structures situées en amont et en aval de l'hôpital ;
- des moyens budgétaires, humains et des actions de formation, pour que les restrictions des droits des patients ne soient justifiées que par leur état de santé ;
- une politique de réduction du recours aux moyens de contrainte et un suivi national de ces mesures ;

- un plan d'action effectif afin que les détenus soient pris en charge à l'hôpital psychiatrique en fonction de leur état clinique et non pas de leur statut pénal.

## **II. Atteintes aux droits fondamentaux entraînées par la surpopulation carcérale**

Lors du dernier Examen périodique universel, les recommandations suivantes ont été formulées par les Nations Unies :

- continuer à mettre œuvre des mesures alternatives à l'emprisonnement afin de réduire la surpopulation carcérale ;
- introduire et publier un plan d'action national pour améliorer les conditions de détention et traiter la question de la surpopulation, en se concentrant sur la réinsertion.

Depuis le dernier Examen périodique universel, la population pénale n'a pas cessé d'augmenter.

La France a mis en œuvre des dispositions, dont certaines devaient permettre de lutter contre ce fléau comme la loi du 15 août 2014 portant sur des alternatives à la détention.

Le Gouvernement français a publié un Livre blanc sur l'immobilier pénitentiaire, définissant le nombre de places de prison devant être construites. L'annonce de la création de 15 000 places supplémentaires a été récemment faite par le Président de la République.

La surpopulation dans les établissements pénitentiaires a des conséquences multiples tant au niveau des conditions de détention (promiscuité, violences) que de la prise en charge des personnes détenues. Lors de ses visites, le CGLPL observe une saturation de l'ensemble des services, une restriction de l'accès au travail, une réduction de la durée des visites de famille, une insuffisance des activités proposées, un accès à l'enseignement limité, un allongement des délais de prise en charge médicale.

Le CGLPL rappelle que la construction d'établissements ne saurait suffire à endiguer ce phénomène. De nouvelles infractions pénales ont été créées, des politiques pénales de plus en plus répressives ont été menées et les cellules supplémentaires ont été très rapidement remplies. L'expérience des trente dernières années montre que la construction de nouvelles places de prison s'accompagne d'un accroissement de la densité carcérale, et non de sa réduction.

Le CGLPL suggère donc que la France fasse l'objet des recommandations suivantes :

- La surpopulation doit cesser d'être appréhendée comme une problématique essentiellement pénitentiaire. La lutte contre ce fléau doit devenir une véritable politique publique impliquant tous les acteurs de la chaîne pénale, à laquelle des moyens propres et pérennes doivent être alloués.
- Un mécanisme national de régulation carcérale ayant pour objet d'éviter tout dépassement de 100% du taux d'occupation doit être mis en place par voie législative, et s'accompagner de protocoles locaux contraignants, associant les divers acteurs sous la responsabilité des autorités judiciaires.

## **ANNEXE 7 – Allocution de Nicolas Sarkozy à Antony, texte officiel du discours présidentiel**

Antony, mardi 2 décembre 2008

Madame la Ministre, chère Roselyne,  
Monsieur le Président du Conseil général,  
Monsieur le Maire,  
Mesdames et Messieurs les Parlementaires,  
Monsieur le Préfet,  
Mesdames, Messieurs,

C'est la première fois qu'un Président de la République rend visite au personnel d'un hôpital psychiatrique. Je n'en tire aucune fierté personnelle. Je considère que faisant cela, je ne fais que mon devoir.

Parce que vous accomplissez chaque jour une œuvre remarquable au service de la société et si vous n'étiez pas là, bien peu nombreux seraient les volontaires pour prendre votre travail. Vous travaillez dans un environnement rude pour prendre en charge des patients qui ne peuvent pas toujours accepter les soins.

Votre rôle est de guérir les maux de l'âme, les souffrances mentales qui sont sans doute les plus mystérieuses et les plus difficiles à traiter. Vos moyens d'agir, ce ne sont pas les IRM, les blocs opératoires, les prothèses : ce sont vos paroles, votre savoir-faire dans la relation avec le patient, les médicaments aussi.

Votre exercice professionnel et votre pratique sont à la fois riches et complexes. Votre métier, j'en suis bien conscient, comporte des risques. Votre travail vous apporte de grandes satisfactions quand un malade va mieux. Mais il y a aussi l'agressivité, la violence, les réadmissions fréquentes de tous ces patients dont vous vous demandez si leur place est bien ici. Je comprends fort bien que, certains jours, les difficultés de votre métier vous pèsent. Et ces jours-là, quand vous ressentez ce poids, vous devez aller puiser dans l'amour de votre travail, la solidarité de vos collègues, la force de continuer.

Médecins, psychologues, infirmières, aides-soignants, techniciens, agents de service, personnels administratifs en milieu psychiatrique, il n'y a aucune raison de cacher votre métier, vous êtes indispensables à la société, le rôle du chef de l'État, c'était d'abord de dire aux Français : regardez ces professions dont nous avons besoin. De tous les soignants, vous êtes sans doute ceux qui connaissent le plus intimement vos patients. Vous prodiguez des soins au long cours à des personnes qui, pour guérir, doivent pouvoir s'ouvrir à vous et aux autres. Établir une relation personnelle entre vos patients et vous, c'est la clé. Et c'est ce qui fait l'extrême exigence de votre rôle. Mais c'est ce qui fait également sa noblesse.

J'ai voulu vous rendre hommage, rendre hommage à vous, les personnels de l'hôpital psychiatrique, qui fait finalement peu parler de lui, hôpital psychiatrique qui est souvent incompris, hôpital psychiatrique qui est rarement reconnu. Mais je vois que lorsqu'on

parle des établissements d'excellence, on parle bien souvent d'autres établissements que des vôtres.

Et comme notre société a besoin de vous, nous devons nous engager pour que l'on parle de vos établissements autrement qu'à l'occasion de faits divers qui mettent en cause les patients qui vous sont confiés. Alors à mes yeux, ces faits divers ne remettent nullement en question votre compétence, votre dévouement, et les services que vous rendez à la société. Mais ces faits divers doivent nous interroger tous, moi compris, sur les lacunes que peut révéler notre système d'organisation et de fonctionnement de la prise en charge. Surtout lorsque des drames ne peuvent pas être imputés à la seule fatalité. La fatalité... C'est vraiment la maladie de notre temps, de tout expliquer par la fatalité : tout, la crise, les problèmes.

Non, c'est trop simple. On ne peut pas, on ne peut pas simplement dire : c'est la fatalité. Ou alors pourquoi être responsable ?

Vous vous souvenez tous du meurtre, dont on me parlait il y a quelques instants, commis il y a quelques semaines à Grenoble sur une personne de 26 ans par un malade qui avait fugué de l'hôpital psychiatrique de Saint-Égrève. Je veux adresser mes pensées à la famille de ce jeune homme. Et vous dire que j'ai été choqué par cette affaire. Voilà une personne – je veux dire le futur meurtrier – qui avait déjà commis plusieurs agressions très graves dans les murs et hors les murs ! et voici une personne éminemment dangereuse qui bénéficiait pourtant de deux sorties d'essai par semaine ! Bon ! J'entends dire que rien n'indiquait que cette personne pouvait à nouveau passer à l'acte, et que rien n'avait été fait pour renforcer sa surveillance ? Et j'ai été choqué de ne pas entendre beaucoup de mots pour la famille de la victime.

Entendons-nous bien. La place des malades n'est pas en prison. Si on est malade, on va à l'hôpital. Et je trouve injuste la façon dont on parle, ou plutôt dont on ne parle pas, des hôpitaux psychiatriques.

Mon propos n'est pas de dire que la seule solution est l'enfermement. Surtout l'enfermement à vie.

Mon propos n'est pas de dire que seuls comptent les risques pour la société et jamais le cas particulier du malade. Et vous êtes du côté du malade, mais si vous ne l'étiez pas, qui le serait ? C'est normal ! C'est le rôle des praticiens. C'est le rôle des soignants que d'être en quelque sorte inconditionnels du malade et de sa guérison. Mais je ne peux pas, moi, me mettre sur le même plan. La Ministre ne peut pas se mettre sur le même plan. C'est dans la rencontre de nos deux responsabilités qu'on trouvera le bon équilibre.

Un schizophrène est, avant toute autre considération, une personne malade. Et je mesure l'apport extraordinaire de la psychiatrie à la médecine d'aujourd'hui et la singularité de votre mission. Il faut trouver un équilibre, que nous n'avons pas trouvé, entre la réinsertion du patient absolument nécessaire et la protection de la société. Dire cela, ce n'est bafouer personne. Mon devoir, c'est de protéger la société et nos compatriotes, de la même façon que les personnels. Parce que vous êtes les premiers au contact de cette violence éruptive, imprévisible et soudaine. L'espérance, l'espérance parfois ténue, d'un retour à la vie normale – j'ose le dire ici – ne peut pas

primer en toutes circonstances sur la protection de nos concitoyens. Mettez-vous aussi à ma place. Je dois répondre à l'interrogation des familles/des victimes que je reçois. Les malades potentiellement dangereux doivent être soumis à une surveillance particulière afin d'empêcher un éventuel passage à l'acte. Et vous savez fort bien, mieux que moi, que des patients dont l'état s'est stabilisé pendant un certain temps peuvent soudainement redevenir dangereux.

Alors, ça pose la question des moyens. Il faut plus de sécurité et de protection dans les hôpitaux psychiatriques. Cette protection, nous vous la devons d'abord à vous, qui êtes en première ligne. Aux familles, parce que les familles, c'est les premières à porter le risque quotidien de la dangerosité.

Je souhaite que plusieurs mesures soient mises en œuvre à cette fin. Nous allons d'abord, chère Roselyne Bachelot, réaliser un plan de sécurisation des hôpitaux psychiatriques. Et la ministre de la Santé a dégagé 30 millions d'euros. Ces investissements serviront à mieux contrôler les entrées et les sorties des établissements et à prévenir les fugues. Quand un patient hospitalisé d'office sort du périmètre autorisé par son médecin, l'équipe soignante doit en être informée tout de suite. Certains patients hospitalisés sans leur consentement seront équipés d'un dispositif de géolocalisation qui, si cela se produit, déclenchera automatiquement une alerte. Ce système est déjà utilisé à l'hôpital, par exemple dans les unités qui soignent des personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer. Ça permettra de rassurer les personnels et d'alléger votre tâche. Par ailleurs, au moins une unité fermée va être installée dans chaque établissement qui le nécessite.

Ces unités seront équipées de portes et de systèmes de vidéosurveillance pour que les allées et venues y soient contrôlées. Moi, vous savez, j'ai été à Pau, à la suite du drame qui s'est passé avec une de vos collègues, c'est de l'extérieur qu'on est venu la chercher de façon particulièrement délibérée.

Mais enfin, nous allons aménager 200 chambres d'isolement. Ces chambres à la sécurité renforcée seront destinées aux patients qui peuvent avoir des accès de violence envers le personnel.

La création d'unités fermées et de chambres d'isolement supplémentaires est une mesure dont je veux souligner l'importance. Ce n'est pas à vous que je vais apprendre que certaines personnes malades sont plus agressives que d'autres ; que certains patients ne sont pas faits pour l'hospitalisation conventionnelle sans pour autant relever des unités pour malades difficiles. Il manque, entre les deux, une prise en charge intermédiaire. Et c'est précisément ce vide que viendront combler les unités fermées des chambres d'isolement.

Pour les malades les plus difficiles, nous allons, là aussi, renforcer le dispositif de prise en charge.

Quatre unités supplémentaires pour malades difficiles de quarante lits chacune vont être créées. C'est une mesure qui doit permettre aux personnels de travailler dans les conditions les plus appropriées à la spécificité de certains malades. C'est 40 millions d'euros d'investissement et 22 millions d'euros de fonctionnement en plus car, naturellement, il faut le personnel qui va avec ces nouvelles places. L'État investira 70

millions d'euros – 30 pour la sécurisation de vos établissements, 40 pour les unités pour malades difficiles. et je souhaite qu'on aille plus loin. J'ai annoncé une réforme sanitaire des procédures de l'hospitalisation d'office. J'ai bien conscience que ce sont des sujets qu'il n'est pas raisonnable pour un Président de la République d'évoquer ! M'a-t-on dit : pourquoi tu vas te mettre là-dedans ? Tout le monde s'est cassé les dents. Je vais me mettre là-dedans parce que c'est indispensable. Et, justement, parce que c'est difficile, c'est mon rôle d'y aller et pas de me cacher, de fuir les problèmes difficiles. Le drame de Grenoble ne doit pas se reproduire.

J'ai demandé à Roselyne Bachelot, qui a toute ma confiance, de préparer un projet de loi. Alors, vous me direz que le placement d'office ne concerne que 13 % des hospitalisations. Mais c'est celles qui exigent le plus de précautions, c'est les plus difficiles. Mais là encore, je pense qu'un meilleur équilibre entre la réinsertion absolument nécessaire et la sécurité est nécessaire. Entre le tout angélique et le tout sécuritaire, est-ce que l'on ne peut pas se mettre autour d'une table pour trouver le bon équilibre, raisonnable, entre gens de bon sens ? Il faut réformer l'hospitalisation d'office pour concilier la qualité des soins et la sécurité des personnes.

Alors nous allons d'abord instaurer une obligation de soins en milieu psychiatrique. 80 % de vos patients sont pris en charge en ville. De même qu'il existe l'hospitalisation sans consentement, il faut qu'il y ait des soins ambulatoires sans consentement. C'est l'intérêt même du patient et de sa famille. L'obligation de soins doit être effective même en cas d'absence ou de défaut de la famille. On ne peut pas laisser seul un patient qui a un besoin manifeste de soins et qui peut, parfois, refuser de s'y soumettre.

Je connais bien le principe : nul ne peut être soigné sans son consentement. Faut-il encore que son consentement soit lucide. Vaste débat, me direz-vous, mais enfin MOI j'ai des obligations de résultats vis-à-vis de la société. Peut-on laisser des gens qui ont besoin d'être soignés sans être soignés, simplement pour la liberté qu'ils peuvent avoir de se détruire ? C'est un vaste débat. Ayons ce débat. Moi je pense que c'est de la non-assistance à personne en danger. Mais j'accepte bien volontiers qu'on discute, mais discutons-en vraiment, allons jusqu'au bout de la discussion.

Les sorties de patients, absolument indispensables, doivent être davantage encadrées. La décision d'autoriser une personne hospitalisée d'office à sortir de son établissement ne peut pas être prise à la légère. Je ne dis pas qu'elle est prise à la légère. Mais enfin peut-on... ? (*Rumeur de désapprobation dans le public*) Non, non, non, non, non. Vous savez, vous avez des convictions, j'en ai aussi. Et si j'ai envie de dire une chose et de ne pas aller un millimètre de plus, je n'irai pas. Je dis : la décision de sortie c'est une décision qu'on ne peut pas prendre à la légère. Elle ne l'est pas prise, tant mieux.

Mais allons plus loin, c'est une décision qui est lourde de conséquences.

Je réfléchis à un système où le préfet doit prendre ses responsabilités. Pourquoi le préfet ? En tant que représentant de l'État. En matière de sortie : d'essai ou définitive, il doit y avoir un avis rendu par un collège de trois soignants : le psychiatre qui suit le patient, le cadre infirmier qui connaît la personne, ses habitudes, et un psychiatre qui ne suit pas le patient. Et les psychiatres libéraux doivent pouvoir en faire partie.

L'exercice collégial est la clé de la réforme. Mais autant l'avis des experts est indispensable, mais je veux poser la question, les experts, et vous êtes des experts qui donnent leur avis, mais la décision, la décision, ce doit être l'État, ou dans certains cas la justice, pas l'expert. Je ne suis pas pour une société d'experts parce que c'est trop simple : les experts en comptabilité, les experts en bâtiment, les experts en médecine, les experts toujours. Mais il y a un État, une justice, qui doivent faire l'équilibre entre des intérêts contradictoires et des points de vue contradictoires. Et le praticien doit pouvoir donner son avis de praticien : à son avis, cette personne est capable de sortir, et en a besoin pour être soignée. Mais ce jugement-là, cette conviction-là, elle est parfaitement nécessaire et respectable, oui, il faut qu'elle soit confrontée à un autre jugement, celui de celui qui a à garantir l'ordre public et la sécurité des autres. Et c'est dans la rencontre entre ces deux points de vue, de celui qui soigne le patient et celui qui a la charge de l'ordre public, qu'on peut trouver le bon équilibre. Et le préfet est là pour représenter l'État.

Moi je ne veux plus que des préfets décident de façon aveugle, pardon : automatique. Trop simple... et après quand il y a un drame, chacun se renvoie la responsabilité et au fond trop de responsables tuent la responsabilité. Je veux qu'ils engagent leur responsabilité en connaissance de cause.

Mais enfin, le Gouvernement s'assurera que les informations administratives sur les hospitalisations d'office soient partagées entre tous les départements avec un secret médical respecté de la façon la plus stricte.

Je voudrais en terminant vous dire que l'hôpital psychiatrique, c'est, à mes yeux, d'abord et avant tout un hôpital. Il faut une grande ambition pour nos établissements psychiatriques, qui doivent être considérés comme une composante à part entière du service public de l'hospitalisation. Et je souhaite que vous soyez davantage concernés par la réforme de l'hôpital mais mieux impliqués dans sa mise en œuvre. Cette réforme, elle est aussi faite pour vous.

Et si la question de l'organisation et des ressources de l'hôpital psychiatrique se pose, alors nous devons, avec votre ministre, la poser sans tabou. Et c'est pour moi une priorité. Grâce au plan de santé mentale 2005-2008, les moyens de fonctionnement alloués au secteur public ont progressé d'un peu plus d'un milliard d'euros entre 2004 et 2008. 3 000 postes de médecins et de soignants ont été créés. Et le nombre de lits d'hospitalisation est resté stable depuis 2004, alors même que la prise en charge ambulatoire s'est développée, ce qui est heureux.

Un plan d'investissement important, en plus de celui que je viens de vous annoncer, est en cours. 342 opérations de modernisation seront réalisées entre 2006 et 2010 pour un montant total de 1,5 milliard d'euros.

Et je le dis au ministre de la Santé, s'il apparaît qu'il faut investir davantage, nous investirons davantage. S'il faut accélérer certains projets, nous les accélérerons. J'y suis prêt. Mais je le dis aux praticiens que vous êtes, des moyens supplémentaires, mais des réformes : les deux ensemble. Des moyens supplémentaires au service d'une politique de réforme : pas d'immobilisme dans ce secteur aussi.

Il faut que l'hôpital psychiatrique – allez, j'ose le mot – ait un patron, et un seul, qui a le pouvoir de dire oui, et de décider et d'agir. Il faut aussi que l'hôpital psychiatrique coopère davantage avec les autres acteurs de l'offre de soins, pour mieux gérer les urgences et pour rendre le parcours du patient plus fluide. Enfin et vous l'avez dit, et j'en suis convaincu, il est essentiel d'accroître l'attractivité de vos métiers et de vos carrières. C'est un problème majeur dans notre pays. Vous avez un métier passionnant mais extrêmement exigeant. Donc il faut que l'on renforce l'attractivité de vos métiers et de vos carrières, tout en développant les passerelles avec les autres établissements de santé pour qu'il n'y ait pas de ghetto. Hum, je vois bien les avantages de la spécialisation mais je crains la ghettoïsation, tellement facile dans notre pays.

Alors permettez-moi d'adresser un message particulier aux directeurs d'hôpitaux, qui sont au cœur de la réforme que j'ai voulue avec Roselyne Bachelot. Je leur fais confiance. J'ai de l'estime pour le travail remarquable qui est le leur. Mais pourquoi je dis : il faut un patron à l'hôpital ? Parce qu'aucune structure humaine ne peut fonctionner sans un animateur. Et à l'hôpital, il y a tant d'intérêts contradictoires et de tensions. Qu'on est dans un système où tous peuvent dire non, personne peut dire oui. Celui qui a le plus petit pouvoir peut empêcher de faire une petite chose.

Mais celui qui a le plus grand pouvoir ne peut pas permettre de faire une petite chose. Le pouvoir de dire non, en fait, n'existe p... existe, mais le pouvoir de dire oui, non. Parce que chaque pouvoir équilibre l'autre dans un mouvement de paralysie quasi générale. Moi je préfère de beaucoup qu'il y ait un vrai animateur, un vrai patron, parce qu'il est animateur et parce qu'il est responsable, qu'il écoute tout ce qu'on lui dit ! Je pense notamment aux avis des médecins... indispensables..., qui prennent des décisions et qui assument les responsabilités si ça va pas. C'est un système clair.

Vous le voyez, il n'est pas question que la psychiatrie soit oubliée ou négligée. Notre pays a besoin d'une hospitalisation psychiatrique qui soigne et qui guérit, une hospitalisation psychiatrique en progrès, où le bien-être des malades et des personnels doit être pris en compte et amélioré. Nous avons besoin d'une hospitalisation psychiatrique qui protège, et en même temps qui soit plus transparente. Ce n'est pas mystérieux ce qui se passe ici. Il faut pas avoir peur de la psychiatrie et de l'hôpital psychiatrique. C'est un besoin. C'est une nécessité. Et le fait que j'ai voulu venir ici, c'est pour montrer aux Français qu'ici y a des femmes et des hommes qui travaillent avec passion, avec compétence, avec dévouement, et qu'on a besoin d'eux et qu'on n'a pas besoin de changer de trottoir quand on passe à côté d'un hôpital psychiatrique. Et que la maladie psychiatrique, ça peut arriver à des tas de gens dans beaucoup de familles.

Par ailleurs, et je terminerai par cela, c'est trop important pour qu'on ait des débats d'école, de secte, d'idéologie. Il n'y a pas d'un côté ceux qui ont raison sur tout, moi compris, et ceux qui ont tort de l'autre côté sur tout. Il y a une nécessité de progresser. Des moyens supplémentaires, mais aussi une réforme. Une réforme pour que vous puissiez travailler mieux et que nous ayons moins de drames, comme ceux que nous avons connus. Parce que les premiers qui sont traumatisés, c'est les personnels, les médecins, dans un cas comme dans l'autre.

Voilà, Mesdames et Messieurs, j'espère que vous avez compris, que pour moi, ces quelques heures passées dans votre établissement, ce n'était pas une visite comme les autres. Et je voudrais vous dire combien je respecte le travail qui est le vôtre et le choix de carrière qui a été le vôtre. Parce que, j'imagine que, y compris dans votre entourage familial et personnel, il doit falloir passer du temps pour expliquer ce que vous faites et pourquoi vous le faites avec tant de passion. Et enfin, et je comprends parfaitement que le malade est une personne humaine et que sa maladie ne fait que le rendre plus humain encore, et qu'un hôpital ne sera jamais une prison. Mais en même temps, des malades en prison, c'est un scandale. Mais des gens dangereux dans la rue, c'est un scandale aussi. Je veux le dire les deux choses et qu'on ne vienne pas me dire que c'est un cas de temps en temps. Parce que si c'était nous, un membre de notre famille, on ne dirait pas c'est un cas de temps en temps. Et donc, il va falloir faire évoluer une partie de l'hôpital psychiatrique pour tenir compte de cette trilogie : la prison, la rue, l'hôpital, et trouver le bon équilibre et le bon compromis.

Mesdames et Messieurs, Je vous remercie de votre attention et bien sûr de votre accueil.

Nicolas Sarkozy

Président de la République française

## **ANNEXE 8 – Échanges pendant le Hunger Strike Debate**

- ANNEXE 8.1** Original Statement by the Fast for Freedom in Mental Health to the American Psychiatric Association, National Alliance for the Mentally Ill and the US Office of the Surgeon General
- ANNEXE 8.2** Letter from American Psychiatric Association to Fast for Freedom in Mental Health
- ANNEXE 8.3** Reply by Scientific Panel of the Fast for Freedom in Mental Health to the 12 August Letter from American Psychiatric Association
- ANNEXE 8.4** American Psychiatric Association statement on 'Diagnosis and Treatment of Mental Disorders'
- ANNEXE 8.5** Reply by Scientific Panel of the Fast for Freedom in Mental Health to the 26 September Statement by American Psychiatric Association

## **A8.1. Original Statement by the Fast for Freedom in Mental Health to the American Psychiatric Association, National Alliance for the Mentally Ill and the US Office of the Surgeon General**

**28 July 2003**

A Hunger Strike to Challenge International Domination by Biopsychiatry

This fast is about human rights in mental health. The psychiatric pharmaceutical complex is heedless of its oath to “first do no harm.”

Psychiatrists are able with impunity to:

\*\*\* Incarcerate citizens who have committed crimes against neither persons nor property.

\*\*\* Impose diagnostic labels on people that stigmatize and defame them.

\*\*\* Induce proven neurological damage by force and coercion with powerful psychotropic drugs.

\*\*\* Stimulate violence and suicide with drugs promoted as able to control these activities.

\*\*\* Destroy brain cells and memories with an increasing use of electroshock (also known as electro-convulsive therapy)

\*\*\* Employ restraint and solitary confinement – which frequently cause severe emotional trauma, humiliation, physical harm, and even death – in preference to patience and understanding.

\*\*\* Humiliate individuals already damaged by traumatizing assaults to their self-esteem.

These human rights violations and crimes against human decency must end. While the history of psychiatry offers little hope that change will arrive quickly, initial steps can and must be taken.

At the very least, the public has the right to know IMMEDIATELY the evidence upon which psychiatry bases its spurious claims and treatments, and upon which it has gained and betrayed the trust and confidence of the courts, the media, and the public.

### **WHY WE FAST**

There are many different ways to help people experiencing severe mental and emotional crises. People labeled with a psychiatric disability deserve to be able to choose from a wide variety of these empowering alternatives. Self-determination is important to achieve real recovery.

However, choice in the mental health field is severely limited. One approach dominates, and that is a belief in chemical imbalances, genetic determinism and psychiatric drugs as the treatment of choice. This medical model is sometimes termed “biopsychiatry.” Far too often, this limited choice has been exceedingly harmful to both the body and the spirit.

Governments and the mental health industry use extensive taxpayer funding, judicial edicts, and repressive laws to enforce a biopsychiatric approach. The mental health system rarely offers options other than psychiatric drugs, and still more rarely offers people full, accurate information about the hazards of psychiatric drugs. The mental health system is coercing increasing numbers of people to take psychiatric drugs against their will, even on an outpatient basis in their own homes. Electroshock, even forced electroshock, is quietly making a comeback.

Biopsychiatry is now one of the most profitable of all industries and its power is globalizing rapidly. The World Health Organization and the World Bank have multi-billion dollar plans to spread biopsychiatry to developing nations.

Given all these facts, citizens have a right to ask:

“Has science established, beyond a reasonable doubt, that so-called ‘major mental illnesses’ are biological diseases of the brain?”

“Does the government have compelling evidence to justify the way it singles out for its primary support this one theory of the origin of emotional distress and of pharmaceutical remedies for its relief?”

Both public and personal health and safety are dependent on the answers to these questions.

This fast is not about judging individuals who choose to employ biopsychiatric approaches in an effort to seek relief. We respect the right of people to choose the option of prescribed psychiatric drugs. Some of us have made this personal choice.

We must act in the nonviolent tradition of Cesar Chavez and Mahatma Gandhi by saying “No!” to oppression with our bodies and spirits through fasting, while affirming the humanity of those people to whom we make our demands.

“If you see injustice and say nothing, you have taken the side of the oppressor.”  
— Desmond Tutu

WE THE UNDERSIGNED WILL REFUSE ALL SOLID FOOD for an indefinite period of time as we await our challenge to be met by the following:

1. American Psychiatric Association (APA)
2. National Alliance for the Mentally Ill (NAMI)
3. Office of the Surgeon General of the United States

WE ASK THAT YOU PRODUCE scientifically-valid evidence for the following, or you publicly admit to media, government officials and the general public that you are unable to do so:

1. EVIDENCE THAT CLEARLY ESTABLISHES the validity of “schizophrenia,” “depression” or other “major mental illnesses” as biologically-based brain diseases.
2. EVIDENCE FOR A PHYSICAL DIAGNOSTIC EXAM — such as a scan or test of the brain, blood, urine, genes, etc. — that can reliably distinguish individuals with these diagnoses (prior to treatment with psychiatric drugs), from individuals without these diagnoses.
3. EVIDENCE FOR A BASE-LINE STANDARD of a neurochemically-balanced “normal” personality, against which a neurochemical “imbalance” can be measured and corrected by pharmaceutical means.

4. EVIDENCE THAT ANY PSYCHOTROPIC DRUG can correct a “chemical imbalance” attributed to a psychiatric diagnosis, and is anything more than a non-specific alterer of brain physiology.
5. EVIDENCE THAT ANY PSYCHOTROPIC DRUG can reliably decrease the likelihood of violence or suicide.
6. EVIDENCE THAT PSYCHOTROPIC DRUGS do not in fact increase the overall likelihood of violence and suicide.
7. FINALLY, that you reveal publicly evidence published in mainstream medical journals, but unreported in mainstream media, that links use of some psychiatric drugs to structural brain changes.

Until the above demands are met to the satisfaction of an internationally respected panel of scientists and mental health professionals, we plan to drink only liquids and to refuse solid food for an indefinite period of time.

Signed by Fast for Freedom Participants:

Initial core group committed to fasting:

Vince Boehm  
Krista Erickson  
David Gonzalez  
David Oaks  
Dawn Rider  
Hiromi Sayama  
Mickey Weinberg, LCSW

Initial scientific panel to review evidence:

Fred Baughman, MD  
Peter Breggin, MD  
Mary Boyle, PhD  
David Cohen, PhD  
Ty Colbert, PhD  
Pat Deegan, PhD  
Al Galves, PhD  
Thomas Greening, PhD  
David Jacobs, PhD  
Jay Joseph, PhD  
Jonathan Leo, PhD  
Bruce Levine, PhD  
Loren Mosher, MD  
Stuart Shipko, MD

## A8.2. Letter from American Psychiatric Association to Fast for Freedom in Mental Health

**August 12, 2003**

Mr. David Oaks  
c/o Stuart Shipko, M.D.  
97 W. Bellevue Drive  
Pasadena, CA 91105

Dear Mr. Oaks:

I am acceding to your request that I send my response to your letter of July 28, 2003 to Dr. Stuart Shipko.

The mission of the American Psychiatric Association is to promote the highest quality care for individuals with mental illness and substance abuse disorders and their families. In recent years, there has been substantial progress in understanding the neuroscientific basis of many mental illnesses. Research offers hope and must continue.

The answers to your questions are widely available in the scientific literature, and have been for years. I suggest you begin your review with Surgeon General David Satcher's report, "Mental Health: A Report of the Surgeon General." In addition, I recommend the Introductory Textbook of Psychiatry (3rd edition), edited by Andreasen and Black. This is a "user-friendly" textbook for persons just being introduced to the field of psychiatry.

A more substantial and advanced series would include The American Psychiatric Publishing, Inc.'s "Textbook of Clinical Psychiatry (4th edition)," edited by Hales and Yudofsky. For the latest science, of course, there are the American Journal of Psychiatry and Archives of General Psychiatry, among many other journals which are available in both printed and on-line versions.

These are but a few of the extensive number of scientific publications that answer your questions.

I share the concern of Rick Berkel [sic] of NAMI that your proposed activities are ill-considered and invite you to join NAMI to help improve the care of our fellow citizens who suffer from serious mental illnesses.

Sincerely,

James H. Scully, Jr., M.D., Sc.D.  
Medical Director  
JHS/sm  
Cc: Michael H. Weinberg  
Rick C. Birkel, Ph.D.  
Richard Carmona, M.D., M.P.H., F.A.C.S.

## **A8.3. Reply by Scientific Panel of the Fast for Freedom in Mental Health to the 12 August Letter from American Psychiatric Association**

**22 August 2003**

From:  
MindFreedom  
Support Coalition International  
454 Willamette, Suite 216  
PO Box 11284  
Eugene, OR 97440 USA

Phone: (541) 345-9106 Fax: (541) 345-3737  
E-mail: office@mindfreedom.org

To: MedicalDirector@psych.org

James H. Scully, Jr., M.D., Medical Director  
American Psychiatric Association  
1000 Wilson Boulevard, Suite 1825  
Arlington, VA 22209-3901

Dear Dr. Scully:

David Oaks, Executive Director of MindFreedom, has forwarded to us your reply dated 12 August 2003 to the hunger strikers involved in a "Fast for Freedom in Mental Health." We are a panel of 14 academics and clinicians who have agreed to review any such reply for scientific validity.

The hunger strikers asked your organization, as well as the Surgeon General of the United States, and the National Alliance for the Mentally Ill, to provide:

evidence that establishes the validity of "schizophrenia," "depression" or other "major mental illnesses" as "biologically-based brain diseases";  
evidence for a physical diagnostic exam that can reliably distinguish individuals with these diagnoses (prior to treatment with psychiatric drugs) from individuals without these diagnoses;  
evidence for a baseline standard of a neurochemically-balanced "normal" individual, against which a neurochemical "imbalance" can be measured;  
evidence that any psychotropic drug can correct any "chemical imbalance" attributed to a psychiatric diagnosis;  
evidence that any psychotropic drug can reliably decrease the likelihood of violence or suicide.

In your reply, no specific studies of any kind were cited with reference to any of the questions above. You cited three general sources, including the recent Surgeon General's report on mental health and two textbooks of psychiatry.

In examining each of these sources, we found numerous statements that invalidate suggestions that behaviors referred to as “mental illnesses” have specific biological bases:

Mental Health: A Report of the Surgeon General (1999) is explicit about the absence of any findings of specific pathophysiology:

p. 44: “The diagnosis of mental disorders is often believed to be more difficult than diagnosis of somatic, or general medical, disorders, since there is no definitive lesion, laboratory test, or abnormality in brain tissue that can identify the illness.”

p. 48: “It is not always easy to establish a threshold for a mental disorder, particularly in light of how common symptoms of mental distress are and the lack of objective, physical symptoms.”

p. 49: “The precise causes (etiology) of mental disorders are not known.”

p. 51: “All too frequently a biological change in the brain (a lesion) is purported to be the ‘cause’ of a mental disorder ... [but] The fact is that any simple association — or correlation — cannot and does not, by itself, mean causation.”

p. 102: “Few lesions or physiologic abnormalities define the mental disorders, and for the most part their causes remain unknown.”

In the third edition of Textbook of Clinical Psychiatry (1999), we find similar statements:

p. 43: “Although reliable criteria have been constructed for many psychiatric disorders, validation of the diagnostic categories as specific entities has not been established.”

p. 51: Most of these [genetic studies] examine candidate genes in the serotonergic pathways, and have not found convincing evidence of an association.”

In Andreasen and Black’s (2001) Introductory Textbook of Psychiatry, we find, in the chapter on schizophrenia:

p. 23. “In the areas of pathophysiology and etiology, psychiatry has more uncharted territory than the rest of medicine...Much of the current investigative research in psychiatry is directed toward the goal of identifying the pathophysiology and etiology of major mental illnesses, but this goal has been achieved for only a few disorders (Alzheimer’s disease, multi-infarct dementia, Huntington’s disease, and substance-induced syndromes such as amphetamine-related psychosis or Wernicke-Korsakoff syndrome).”

p. 231: “In the absence of visible lesions and known pathogens, investigators have turned to the exploration of models that could explain the diversity of symptoms through a single cognitive mechanism.”

p. 450: “Many candidate regions [of the brain] have been explored [for schizophrenia] but none have been confirmed.”

As you are no doubt familiar with these textbooks you cited, you will agree that such statements invalidate claims for specific, reliable biological causes or signs of “mental illnesses.” In the judgment of the panel members, your reply fails to produce or cite any specific evidence of any specific pathophysiology underlying any “mental disorder.”

You have also referred us to 60 volumes of Archives of General Psychiatry and 160 volumes of The American Journal of Psychiatry. The 28 July 2003 cover letter from the hunger strikers and panelists that they sent to you by certified mail stated:

“We are aware that research studies can run to thousands of pages. Therefore, please respond only with those studies that you consider the best available in support of your claims and theories in a timely way. When responding with evidence, please send citations for the original publications or copies of the publications you are citing.”

Like you, we are familiar with the material found in these journals. It is understandable why you did not provide any citations. There is not a single study that provides valid and reliable evidence for the “biological basis of mental illness.”

The members of the panel wish to make some further observations which we hope will assist the American Psychiatric Association to present an honest scientific stance with respect to the hunger strikers’ questions.

In the panel’s view, the questions posed by the hunger strikers are serious and fair. These questions are legitimate questions that any patient or family member or interested person might ask of any psychiatrist, or a student might ask of a professor. The panel was therefore quite dismayed that you, as Medical Director of the world’s largest, wealthiest, and most resourceful psychiatric association, could not provide a more specific or substantial response than the equivalent of, “See our textbook.”

If, as you state in your letter, “the answers to [the above] questions are widely available in the scientific literature, and have been for years,” then it behooves your organization to make these answers and their specific sources — if they differ from the quotes we present in this letter — available promptly.

The panel members could not help but notice the contrast between the hunger strikers, who ask clear questions about the science of psychiatry and consciously take risks in the name of protecting the well-being of users of psychiatry, and the American Psychiatric Association, which evades revealing what actual scientific evidence justifies its authority. By not giving specific answers to the questions posed by the hunger strikers, you appear to be affirming the very reason for the hunger strike.

Sincerely,

Fred Baughman, MD  
Mary Boyle, PhD  
Peter Breggin, MD  
David Cohen, PhD  
Ty Colbert, PhD  
Pat Deegan, PhD

Al Galves, PhD  
Thomas Greening, PhD  
David Jacobs, PhD  
Jay Joseph, PsyD  
Jonathan Leo, PhD  
Bruce Levine, PhD  
Loren Mosher, MD  
Stuart Shipko, MD

The hunger strikers endorse the scientific panel's statement.

## **A8.4. American Psychiatric Association statement on 'Diagnosis and Treatment of Mental Disorders'**

**26 September 2003**

APA Statement

For Immediate Release:

September 26, 2003

Release No. 03-39

For Information Contact:

Amy Levey, 703-907-8534

Hillarie Fogel, 703-907-8536

### AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION STATEMENT ON DIAGNOSIS AND TREATMENT OF MENTAL DISORDERS

Over the past five years, the Nation has more than doubled its investment in the study of the human brain and behavior, leading to a vastly expanded understanding of disorders that afflict and are mediated by the brain. This effort, undertaken by both the public and private research sectors, as well as by diverse professional organizations that are dedicated to moving new information about mental disorders into clinical applications, has greatly improved our ability to treat severe, frequently disabling mental and behavioral disorders effectively. Improved treatments dramatically improve the quality of health care and, in turn, the quality of life for millions of Americans who themselves have a mental disorder as well as for countless families in which a family member has a severe mental or behavioral disorder.

It is unfortunate that in the face of this remarkable scientific and clinical progress, a small number of individuals and groups persist in questioning the reality and clinical legitimacy of disorders that affect the mind, brain, and behavior. One recent challenge contended that the lack of a diagnostic laboratory test capable of confirming the presence of a mental disorder constituted evidence that these disorders are not medically valid conditions.

While the membership of the American Psychiatric Association (APA) respects the right of individuals to express their impatience with the pace of science, we note that the human brain is the most complex and challenging object of study in the history of human science. Conditions termed "mental disorders" that affect or are mediated by the brain represent dysfunctions of the highest integrative functions of the human brain including cognition, or thought; emotional regulation; and executive function, or the ability of the brain to plan and organize behavior.

Research has shown that serious neurobiological disorders such as schizophrenia reveal reproducible abnormalities of brain structure (such as ventricular enlargement) and function. Compelling evidence exists that disorders including schizophrenia, bipolar disorder, and autism to name a few have a strong genetic component. Still,

brain science has not advanced to the point where scientists or clinicians can point to readily discernible pathologic lesions or genetic abnormalities that in and of themselves serve as reliable or predictive biomarkers of a given mental disorder or mental disorders as a group. Ultimately, no gross anatomical lesion such as a tumor may ever be found; rather, mental disorders will likely be proven to represent disorders of intercellular communication; or of disrupted neural circuitry. Research already has elucidated some of the mechanisms of action of medications that are effective for depression, schizophrenia, anxiety, attention deficit, and cognitive disorders such as Alzheimer's disease. These medications clearly exert influence on specific neurotransmitters, naturally occurring brain chemicals that effect, or regulate, communication between neurons in regions of the brain that control mood, complex reasoning, anxiety, and cognition. In 1970, The Nobel Prize was awarded to Julius Axelrod, Ph.D., of the National Institute of Mental Health, for his discovery of how anti-depressant medications regulate the availability of neurotransmitters such as norepinephrine in the synapses, or gaps, between nerve cells.

In the absence of one or more biological markers for mental disorders, these conditions are defined by a variety of concepts. These include the distress experienced and reported by a person who has a mental disorder; the level of disability associated with a particular condition; patterns of behavior; and statistical deviation from population-based norms for cognitive processes, mood regulation, or other indices of thought, emotion, and behavior.

As noted in the Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, which is published by the APA, the lack of a laboratory-based diagnostic test is not unique to mental and behavioral disorders. The identification of migraine headache is based on symptom presentation, and the presence of hypertension is detected through a measure of deviance from a physiological norm, or standard. The definition of "high" cholesterol has moved downward in recent years as more has been learned about the role of low-density lipoprotein (LDL) cholesterol as a risk factor for cardiovascular disease and as medications highly effective in reducing LDL cholesterol have been refined and increasingly available.

The mapping of the human genome already is spurring the search for genes and gene variants that singly or in combination may confer risk for the onset of a mental disorder. It is highly likely that the maladaptive expression of a risk gene will be shown to require "triggering" by certain adverse environmental influences. Here, "environment" may refer to traumatic events, prenatal/obstetric complications, or other phenomena that act on and interact with the brain. Thus, mental disorders may well be shown to be emergent properties of multiple systems that have gone subtly awry.

The lack of a laboratory-based diagnostic test for mental disorders does not diminish the irrefutable evidence that mental and behavioral disorders exact devastating emotional and financial tolls on individuals, families, communities, and our Nation. The National Institute of Mental Health estimates the direct (clinical treatment and services) and indirect (lost/diminished productivity and premature mortality) cost of mental disorders to be some \$160 billion annually in the United States. And the landmark Global Burden of Disease study, conducted by Harvard University scientists under the sponsorship of the World Health Organization and the World Bank, found mental

disorders, including suicide, to rank second in societal burden, behind only cardiovascular conditions, in established market economies such as the U.S.

Growing public awareness of the burden and costs of mental illness and of the gains being made through research are contributing to increasingly enlightened policies for the organization and financing of mental health care. Last year, President Bush identified three obstacles that prevent Americans from getting the mental health care that they need – stigma, unfair treatment limitations and financial requirements under health insurance plans, and a fragmented mental health service delivery program. In April, the President’s New Freedom Commission on Mental Health recommended strategies for redressing these and other barriers to high quality, appropriate mental health care for all Americans who need it. The APA was privileged to participate in the development of the report and strongly endorses the call of the President’s New Freedom Commission “...to protect and enhance the rights of people with mental illness.”

In the months and years ahead, the APA, along with the National Alliance for the Mentally Ill, the Nation’s mental health research and clinical communities, and the public at large will strive to achieve the President’s New Freedom Mental Health vision, and will not be distracted by those who would deny that serious mental disorders are real medical conditions that can be diagnosed accurately and treated effectively.

The American Psychiatric Association is a national medical specialty society, founded in 1844, whose 35,000 physician members specialize in the diagnosis, treatment and prevention of mental illnesses including substance use disorders. For more information, visit the APA Web site at

<http://www.psych.org>.

## **A8.5. Reply by Scientific Panel of the Fast for Freedom in Mental Health to the 26 September Statement by American Psychiatric Association**

**15 December 2003**

From:  
MindFreedom Support Coalition International  
454 Willamette, Suite 216  
PO Box 11284  
Eugene, OR 97440 USA  
E-mail: office@mindfreedom.org

To:  
James H. Scully, Jr., M.D.,  
Medical Director American Psychiatric Association  
1000 Wilson Boulevard, Suite 1825  
Arlington, VA 22209-3901 USA  
E-mail: MedicalDirector@psych.org

Re: American Psychiatric Association Statement on Diagnosis and Treatment of  
Mental Disorders, 25 September 2003, Release 03-39.

Dear Dr. Scully:

We believe that the above-mentioned APA Statement was released in response to the questions posed last summer to the American Psychiatric Association, the National Alliance for the Mentally Ill, and the Surgeon General of the United States by the Fast for Freedom in Mental Health based in Pasadena, California.

The scientific panel convened by the hunger strikers has written the present letter to respond to this APA Statement. We have paired the contents of the 11-paragraph APA Statement to the strikers' original questions and also added our own comments about some issues the APA Statement raises.

The Fast for Freedom in Mental Health wrote on 28 July 2003:

“WE ASK THAT YOU PRODUCE scientifically-valid evidence for the following, or that you publicly admit to media, government officials and the general public that you are unable to do so:

“1. EVIDENCE THAT CLEARLY ESTABLISHES the validity of ‘schizophrenia,’ ‘depression’ or other ‘major mental illnesses’ as biologically-based brain diseases.

“2. EVIDENCE FOR A PHYSICAL DIAGNOSTIC EXAM — such as a scan or test of the brain, blood, urine, genes, etc. — that can reliably distinguish individuals with these diagnoses (prior to treatment with psychiatric drugs), from individuals without these diagnoses.”

The APA Statement's fourth paragraph states:

"Research has shown that neurobiological disorders like schizophrenia reveal reproducible abnormalities of brain structure..." Without any citations, these statements cannot be supported, qualified, or rejected.

However, in the fifth, sixth, and eighth paragraphs, the APA Statement admits to the absence of "discernible pathological lesions or genetic abnormalities" in mental disorders. This admission contradicts the previous assertion of "reproducible abnormalities."

Without evidence of brain pathology no basis exists to call emotional distress, disturbing behavior, or unusual thoughts or perceptions "neurobiological disorders." This and similar terms negate the sufferer's distress as reaction, protest, or adaptation to his/her position in the personally relevant social context. A person is understood in terms of personal history and social circumstances. A neurobiological disorder is understood differently. The choice of labels is of great consequence.

Moreover, finding reliable biological markers would be only a first step toward concluding that mental disorders are essentially neurobiological. For example, blushing, an obviously physical reaction, is not biologically caused. Its effective cause is acute embarrassment. Biological processes make blushing possible but they do not cause blushing.

Even total congruence between biological processes and psychological events does not show that the former cause the latter. Psychiatric research is far from showing any reliable connections between mental disorders and biological measurements, much less revealing anything definitive about the nature of mental disorders.

Aware of this shortcoming, the APA cites migraine headache and hypertension to illustrate that the lack of biological markers (and thus of physical diagnostic tests) is not unique to mental and behavioral disorders. It is true that medicine has yet to find the biological cause for these two disorders, though it has developed a very reliable physical measurement for blood pressure.

However, in other branches of medicine such disorders are exceptions. In psychiatry they are the norm. Psychiatry is the sole medical specialty that treats only disorders with no biological markers.

Moreover, hypertension is regarded as a symptom of physical disease because hypertension can degenerate into frank physical disease, even death. No such parallel exists in psychiatry. For example, people diagnosed with schizophrenia or major depressive disorder often are physically healthy: unless their social circumstances and neglect interfere negatively, they may live long lives and die of the same physical causes as other people.

The APA confirms in paragraph six that, in the absence of biological markers, mental disorders are defined by "a variety of concepts": "distress experienced and reported," "level of disability," "patterns of behavior," and "statistical deviation from population-based norms." Precisely. The APA should therefore explain how such sociological

concepts — which easily define conditions such as poverty, discrimination, or war — substantiate the existence of “neurobiological disorders.”

Although it acknowledges the absence of genetic abnormalities, the APA still claims that “compelling evidence exists for a strong genetic “component” for schizophrenia and other conditions. This statement might mislead people who have not read the research into thinking that physical evidence for a genetic condition has been discovered. In fact, this research only involves counting cases of schizophrenia (diagnosed according to behavioral criteria and clinical judgment) and testing the probability that such cases would occur in certain samples.

The twin and adoption studies of this nature that the APA usually cites are plagued by untenable theoretical assumptions (e.g., that identical and fraternal twins grow up in identical environments) and serious methodological problems (e.g., expanding the diagnosis of schizophrenia to include conditions no one thinks are schizophrenia). Any results that remain after accounting for these manipulations can be fully explained on non- genetic grounds (Joseph, 2003; Lewontin, Rose, and Kamin, 1984; Pam, 1995).

The Fast for Freedom in Mental Health also requested:

“3. EVIDENCE FOR A BASELINE STANDARD of a neurochemically-balanced ‘normal’ personality, against which a neurochemical ‘imbalance’ can be measured and corrected by pharmaceutical means.

These issues were not addressed in the APA Statement.

The APA Statement could have replied accurately that neuroscientists have not established any normal baseline quantity for any known neurotransmitter (no measurements even remotely parallel to blood pressure to diagnose hypertension exist), nor have they shown any chemical imbalance to correlate with mental disorders diagnosed in un- medicated individuals (Breggin, 1991; Healy, 1997; Valenstein, 1998).

The Fast for Freedom in Mental Health also requested:

“4. EVIDENCE THAT ANY PSYCHOTROPIC DRUG can correct a ‘chemical imbalance’ attributed to a psychiatric diagnosis, and is anything more than a non-specific alterer of brain physiology.”

The APA Statement merely states what has been known for at least 50 years, that “medications clearly exert influence on specific neurotransmitters...” This response states the obvious: all mind and mood altering drugs have effects on the brain. This includes illegal mind and mood altering drugs, though no one has suggested that they correct chemical imbalances in the brain.

Given the Food and Drug Administration’s impotent exercise of its mandate to protect consumers from false advertising, pharmaceutical companies recklessly advertise cartoons showing neurotransmitter “imbalances” corrected by drugs. However, in the absence of scientific proof to substantiate such claims, it is ethically and medically

reprehensible for doctors to convey such messages to justify prescribing drugs, and for the APA's own journals to publish such advertisements.

And finally, the Fast for Freedom in Mental Health also requested:

"5. EVIDENCE THAT ANY PSYCHOTROPIC DRUG can reliably decrease the likelihood of violence or suicide."

Not addressed in the APA statement.

"6. EVIDENCE THAT PSYCHOTROPIC DRUGS do not in fact increase the overall likelihood of violence or suicide."

Not addressed in the APA statement.

"7. FINALLY, that you reveal publicly evidence published in mainstream medical journals, but unreported in mainstream media, that links use of some psychiatric drugs to structural brain changes."

Not addressed in the APA statement.

Despite its use of terms such as "compelling evidence" and "research shows," the APA Statement provides no citations to any scientific literature. This was also the case in the first letter that Dr. Scully addressed to the scientific panel on 12 August 2003.

Associations devoted to research and treatment of genuine diseases readily provide consumers with scientific references on the pathological basis of these diseases. The APA is a 35,000-member organization, with an annual budget exceeding \$38 million. With a handful of allies, it shapes mental health practice and policy in this country and has convinced taxpayers to spend billions to support its claim that psychiatrists treat "neurobiological disorders."

The APA should be able to provide a one-page list of published scientific studies to support this claim. Yet, the APA only speculates on future findings: "Mental disorders will likely be proven to represent disorders of intercellular communication; or of disrupted neural circuitry." (This sentence is yet another de facto acknowledgement that neuropathology cannot be shown in mental disorders.)

The APA uses terms like "complex," "emergent properties," and "subtle" when describing people's overwhelming mental and emotional crises. It states: "the human brain is the most complex ... object of study in the history of human science." Yet this language about complexity is completely at odds with the biological model that reduces the human mind to a machine. Since the discovery of the infectious cause of neurosyphilis nearly a century ago, this model has failed to explain the cause of a single mental disorder. Yet this model dominates the mental health system.

Aware of this utter failure to find causes, the APA claims that money spent by the public and private sector "has greatly improved our ability to treat severe, frequently disabling mental and behavioral disorders effectively." However, relevant indicators show the exact opposite.

For schizophrenia, worsened relapse rates and increased numbers of people on disability status characterize outcomes over the last 50 years (Hegarty, Baldessarini, Tohen, Waternaux, and Oepen, 1994; Whitaker, 2002). For depression, increased incidence and prevalence are reported. Indeed, the APA Statement cites that mental disorders “rank second in societal burden, behind only cardiovascular conditions” in modern societies.

Perhaps the treatment is worsening the disorder. At best, the treatment is not helping: researchers now recognize that the most popular psychiatric drugs, the SSRI antidepressants, rate only slightly better than inert placebos (Kirsch, Scoboria, and Moore, 2002; Kirsch, Moore, Scoboria, and Nicholls, 2002). In addition, negative research findings (sponsored by industry) are commonly suppressed, and adverse drug effects are massively under-reported in psychiatric journals and to the Food and Drug Administration. These dubious but tolerated practices create an enormously misleading view of the actual impact of drug treatments.

Rather than acknowledge the lack of progress despite the huge expenditure of public and private funds, the APA dismisses its critics as denying the reality of suffering and impatient with the “pace of science.” A genuine science states hypotheses in ways that allow them to be proven true or false. For a century now psychiatry has put forth hypothesis after hypothesis that is not falsifiable.

Today, despite no biological causes, no discernible biological markers or abnormalities, no diagnostic tests, no accurate predictions of treatment response and outcome, the APA still continues to claim that emotional disorders are genuine neurobiological disorders ... with causes too subtle to detect at present! This is hardly an advance over earlier unfalsifiable ideas such as the Oedipal complex.

In sum, the APA’s statements reflect less the “pace of science” than the pace of commerce: they blur with the pharmaceutical advertising themes saturating our media. This is because the APA is not an independent organization. One third of its operating budget comes from the drug industry. Drug companies dominate its professional meetings to advertise drugs. In addition, the drug industry funds, directs, and analyzes many drug studies (Healy, 2003), and psychiatric journals publish so-called scientific reports of these drug studies that are ghost-written by industry employees or marketing firms. Psychiatric drug experts with no significant ties to industry can hardly be found. Industry largesse binds many psychiatric practitioners to the industry (Editorial, 2002).

The hunger strikers asked the APA for the “evidence base” that justifies the biomedical model’s stranglehold on the mental health system. The APA has not supplied any such evidence, which compels the scientific panel to ask one final question: on what basis does society justify the authority granted psychiatrists, as medical doctors, to force psychoactive drugs or electroconvulsive treatment upon unwilling individuals, or to incarcerate persons who may or may not have committed criminal acts? For, clearly, it is solely on the basis of trust in the claim that their professional acts and advice are founded on medical science that society grants psychiatrists such extraordinary authority.

We urge members of the public, journalists, advocates, and officials reading this exchange to ask for straightforward answers to our questions from the APA. We also ask Congress to investigate the mass deception that the “diagnosis and treatment of mental disorders,” as promoted by bodies such as the APA and its powerful allies, represents in America today.

Signed:

Scientific Panel for the Fast for Freedom in Mental Health: Fred Baughman, MD; Mary Boyle, PhD; Peter Breggin, MD; David Cohen, PhD; Ty Colbert, PhD; Pat Deegan, PhD; Al Galves, PhD; Thomas Greening, PhD; David Jacobs, PhD; Jay Joseph, PsyD; Jonathan Leo, PhD; Bruce Levine, PhD; Loren Mosher, MD; Stuart Shipko, MD

The hunger strikers endorse the scientific panel’s statement. The Fast for Freedom in Mental Health is a project of MindFreedom Support Coalition International. [www.MindFreedom.org](http://www.MindFreedom.org)

References:

- Breggin, P. (1991). *Toxic psychiatry*. New York: St. Martin’s Press.
- Editorial. (2002). Just how tainted has medicine become? *Lancet*, 359, 1167.
- Healy, D. (1997). *The antidepressant era*. Cambridge: Harvard University Press.
- Healy, D. (2003). *Let them eat Prozac*. Toronto: James Lorimer & Company.
- Hegarty, J., Baldessarini, R., Tohen, M., Wateraux, C., and Oepen, G. (1994). One hundred years of schizophrenia: A meta-analysis of the outcome literature. *American Journal of Psychiatry*, 151, 1409-1416.
- Joseph, J. (2003). *The gene illusion: Genetic research in psychiatry and psychology under the microscope*. Ross-on-Wye: PCCS Books.
- Kirsch, I., Moore, T. J., Scoboria, A., and Nicholls, S. S. (2002a). The emperor’s new drugs: An analysis of antidepressant medication data submitted to the US Food and Drug Administration. *Prevention and Treatment*. Available: <http://journals.apa.org/prevention/volume5/pre0050023a.html>
- Kirsch, I., Scoboria, A., and Moore, T. J. (2002b). Antidepressants and placebos: Secrets, revelations, and unanswered questions. *Prevention and Treatment*. Available: <http://journals.apa.org/prevention/volume5/pre0050033r.html>.
- Lewontin, R. C., Rose, S., and Kamin, L. J. (1984). *Not in our genes*. New York: Pantheon.
- Pam, A. (1995). Biological psychiatry. In A. Pam and C. Ross (Eds.), *Pseudoscience in biological psychiatry: Blaming the body* (pp. 7-84). New York: John Wiley and Sons.
- Valenstein, E. (1998). *Blaming the brain: The truth about drugs and mental health*. New York: The Free Press.
- Whitaker, R. (2002). *Mad in America: Bad science, bad medicine and the enduring mistreatment of the mentally ill*. Cambridge: Perseus Publishing.

# ANNEXE 9 – Rapport de Santé Mentale Europe : Promising practices in prevention, reduction and elimination of coercion across Europe

## Promising practices in prevention, reduction and elimination of coercion across Europe



### Introduction

In 2017, Mental Health Europe (MHE) adopted a [position on article 12 of the United Nations Convention on the Rights of Persons with Disabilities \(UN CRPD\)](#) which supported the transition of all mental health services and legislation towards totally consensual practices, which are free from coercion and substitute decision-making in line with the UN CRPD. Realising that this entails major challenges for most mental health systems across Europe, we have sought to learn more about the use of coercion in psychiatry and how to avoid it.

Our recent '[Mapping and Understanding Exclusion](#)' report gathered information on the use of forced placement and treatment, seclusion and restraint in over 30 countries in Europe. To build on the findings of this report, Mental Health Europe has put together, with the help of our members and partners, this scoping report on successful and promising programmes and practices which help to prevent, reduce and eliminate coercion in mental health care, including restraint and seclusion. The report does not aim to be comprehensive but rather to highlight some positive examples across Europe and beyond. It is aimed to be a living document, open to future contributions.

**Coercion or coercive measures** refer to involuntary, forced or non-consensual practices used in mental health services against people with mental health problems.

**Involuntary, forced or non-consensual placement/commitment or treatment** can be defined as any treatment or placement in/commitment to hospital or other institution administered against someone's expressed wishes – expressed verbally or by any other means (body language, advance directive, etc.) Please note that the legal definitions of involuntary placement and treatment vary from country to country. It is also important to note that in many countries, laws and regulations applying to the health sector (covering involuntary psychiatric hospitalisation and related practices) do not cover the social sector (institutions for persons with disabilities or the elderly) where there is still little control or even awareness that these practices exist.

**Restraint:** there are different types of restraint used in mental health services including:

- **Physical restraint:** manually holding a person to prevent or restrict the movement of their body or parts of the body.
- **Mechanical restraint:** the use of devices (e.g. straps, belts, cage beds, etc.) to prevent or subdue the movement of one's body or parts of the body.
- **Chemical or pharmacological restraint:** the use of medication to control or subdue behaviour (e.g. rapid tranquilisation).
- **Seclusion:** confinement in a room or secluded area from which a person cannot freely exit.

## Mapping and Understanding Exclusion – some interesting findings

In our Mapping and Understanding Exclusion report we found that the regulation of involuntary placement and treatment varies greatly across Europe. Our report explains that any data on prevalence or trends in involuntary placement should be approached with extreme caution and interpreted in the local context. This is because not only do many countries not publish data on the use of coercion, but when published such data may be partial or unreliable. A number of countries where relatively reliable data on involuntary placement exist, reported an increase in the use of coercion, including England, Scotland, Ireland, Belgium, France and the Netherlands. Elsewhere, in Austria and Sweden, the rate of involuntary placement has been relatively stable since the early 2010s. Two countries - Finland and Germany - reported a decrease following legislative changes and targeted programmes to reduce the use of coercion in psychiatry.

Compulsory treatment in the community (community treatment order, “CTO”) as a form of involuntary treatment exists in a number of countries across Europe, although in some jurisdictions it is only applicable to forensic patients. Community treatment orders compel persons to receive medical treatment in the community. This type of involuntary treatment is viewed as a way to keep people in the community and out of hospital. At the same time, a CTO may lay down other conditions (alcohol or drug tests, obligation to live in a certain place, etc.) in some countries. Where data exist, they suggest that this is a rapidly expanding form of involuntary treatment. In France, community treatment orders represented 40% of all people currently subject to a form of compulsory treatment in 2015, while in Scotland approximately 40% of existing compulsory treatment orders were community based in 2015-2016. In Malta, around one-third of the people receiving compulsory treatment were in the community. Unfortunately, far less is known about the use of seclusion and restraint in mental health services across Europe.

## Promising practices in prevention, reduction and elimination of coercion



We have collected information on the following practices with the help of our members. For each practice, we aimed to gather what was done to reduce coercion, if the practice had been evaluated, what were factors contributing to its success and what were the challenges. It should be noted that not all practices presented go as far as the elimination of all coercion, as required by the UN CRPD. Indeed, across Europe there are no mental health systems that have yet switched to fully consensual practices.

### Hospital-based practices

#### Denmark – Psychiatric Centre Ballerup

In 2014, the Danish Ministry of Health, in collaboration with regional authorities, decided that the use of mechanical restraint must be reduced by 50% by 2020. Courses in de-escalation techniques and conflict resolution were provided to staff members on psychiatric wards, more leisure activities were introduced for users, and architectural changes were introduced. As a result, in January 2017 the Psychiatric Centre in Ballerup (Copenhagen region) had been free from the use of mechanical restraint for at least 100 days, without having increased the use of medication.

## Israel – National initiative to reduce restraint and seclusion

In 2016, the Department of Mental Health Services of the Israeli Government launched a national initiative to reduce the use of mechanical and physical restraints in acute wards of inpatient settings. Users, family organisations and human rights organisations were involved in the development of the programme and were the main drivers behind the initiative. The initiative consisted of:

- training trainers to become experts in de-escalation techniques for them to train staff across the country aiming the reduction of coercion to be a sustainable change
- training hospital staff working in 60 acute wards
- preventing users from experiencing boredom by introducing more leisure activities
- focusing on strengths of users
- providing funding to renovate buildings and redesign wards
- introducing a new regulation for restraint and seclusion orders: the length of restriction orders are shortened, new orders require permission from senior officials, and reporting requirements are intensified
- monitoring restriction orders: every six months psychiatric wards need to report the number of restriction orders to the Mental Health Department of the Ministry of Health

The main challenges encountered were to convince all stakeholders of the need for change, in addition to resources, as there is still a huge gap between funding available for mental health and public health in general. However, and despite the challenges, by the first half of 2018, the overall effect since 2016 has been a 76% documented reduction in the use of restraint and seclusion.

## Italy – Psychiatric units of general hospitals (no restraint SPDC)

SPDCs (Servizi Psichiatrici di Diagnosi e Cura) were established during the deinstitutionalisation process in Italy by the same law which ordered the closure of the psychiatric hospitals at national level (Law 180/1978). SPDCs are psychiatric units of general hospitals aimed at reducing and eliminating the use of restraint. Currently there are a total of 320 SPDCs across Italy. Due to a significant effort, there are SPDCs that are completely open and that have abandoned the use of restraint for many years ('no restraint SPDC'), while other SPDCs still aim to reduce or eliminate restraint.

SPDCs usually have no more than 15 beds and are part of the regional mental health service. 85-90% of users are admitted informally to SPDCs but there are still 10 to 15% of involuntary admissions. While this is still low compared to other European countries, more work can be done to further improve these figures.

SPDCs are based on a policy of open doors, and respect for the rights, freedom and dignity of persons, favouring interventions based on dialogue and stimulating people to take responsibility for their own recovery. Becoming a 'no restraint SPDC' is a long process, which requires education and new skills for mental health professionals but also new general attitudes towards persons with mental health problems. In addition, openness, trust and cooperation with people both inside and outside the hospital are essential. The 'no restraint SPDC' involves a large network of organisations and services both at the hospital and community level, such as user and family organisations, local authorities, and the police and justice systems. The better the local services are organised and coordinated, the less hospitalisation is required.

## Netherlands - High & Intensive Care (HIC) Units

In 2006 in the Netherlands, many mental health care facilities started projects to reduce the use of seclusion with the support of the Dutch government. A national goal was set to reduce the number of placements in seclusion by 10% per year. Since the start of these projects, there has been an overall

reduction of the number of placements in seclusion, but seclusion is still being used as a practice. In addition, sixteen mental health facilities have signed a Manifesto, which states that seclusion should not be used any more by the year 2020.

One of the projects to achieve a reduction in the use of seclusion and reduce the number of beds devoted to mental health care, is the development of High and Intensive Care (HIC) Units. The Units were developed in 2013 by a multidisciplinary group of Dutch experts, including users and family representatives. The HIC Units are acute admission wards focusing on restoring and maintaining contact and crisis prevention.

The Units require a multidisciplinary team (psychiatrists, nurses, psychologists, users) of a sufficient size, who must be specifically trained in crisis management, handling aggression and suicidal behaviour. Apart from skilled and sufficient staff, a specific architectural environment is cultivated including one-person bedrooms, large and light living rooms and the availability of outdoor spaces. The approach includes methods such as a careful assessment of the risk of escalation and setting up an individual crisis plan in consultation with the person concerned and their relatives. This plan describes how escalation can be prevented. In case stress and anxiety arise, a person is never left alone - making and remaining in contact with the person is essential - and the Units offer a welcoming and healing environment. Collaboration between staff members, the outpatient team, users and relatives is central. In addition, frequent risk assessment enables staff members to act proactively and prevent escalation.

The Units show promising results in terms of the use of seclusion in inpatient wards. Moreover, the decrease of seclusion rates is not associated with an increase of forced medication. Finally, if coercion is used, it must be documented and this data is regularly discussed among staff members in order to further assess how to reduce coercion with the aim of eliminating this practice.

### Norway – Lovisenberg Diakonale hospital

The Norwegian hospital of Lovisenberg Diakonale started a project in 2013 aiming to reduce the use of restraint. A web-based digital course was designed for staff members with a change of culture being the objective through several interventions, such as working on attitudes of staff members, debriefing after incidents, assessment of violence, changes in the physical environment on the wards, as well as data collection on the use of restraint. Following the implementation of the project, the use of mechanical restraint was reported to have decreased by nearly 85 %.

### Spain – Mental Health Unit of the Regional Hospital of Málaga

In 2012, the Mental Health Unit of the Regional Hospital of Málaga started a programme aiming to prevent and reduce the use of mechanical restraints in an acute psychiatric ward through multidisciplinary interventions. The programme is based on the principles of the Six Core Strategies to reduce coercion. Six Cores Strategies is a practice developed in the United States which has been successfully implemented in hospital units across the United States, Canada, Finland, Australia and the United Kingdom. The underlying ethos is that a lot of use of seclusion and restraint can be prevented if issues like ward design, number of staff members, poor communication and negative behaviour by staff are addressed.

As the name implies, the programme consists of six strategies to reduce coercion:

- **Leadership:** having a staff member take the lead on implementing a policy to reduce coercion and introduce the required organisational changes
- **Training:** train staff members in conflict resolution, de-escalation techniques, trauma-informed care, recovery, therapeutic relationships, etc.
- **Monitoring of data**

- **User involvement: meaningfully involve users (and relatives if relevant) in all levels of the programme to reduce coercion**
- **Post-incident analysis: analyse what happened immediately after an incident and then 48 hours later with all staff members, user and family members (if required)**

In Málaga, following organisational changes, registration and monitoring of persons at risk, training of staff members, and involvement of users in treatment programmes, a 64 % reduction of restraint and seclusion (from 15.1 % of users to 9.7%) was obtained.

### **Sweden – Human rights training and ‘To Come to One’s Own Right - empowerment based psychiatry’ project**

The Human Rights Committee of the region of Västra Götaland introduced a human rights-based approach in a psychiatric ward (of the Sahlgrenska Hospital) for people experiencing psychosis. The pilot project ran from 2012 to 2015 and involved the training of service users, as well as their representative organisations, staff members, hospital managers and human rights experts in the field of human rights.

Evaluation of the project demonstrated the following results:

- **huge decrease in the use of restraint**
- **fewer forced injections**
- **users showed more satisfaction with the service**
- **staff enjoyed their work more**
- **users felt empowered**

After the success of the pilot project, work continued by scaling up the project to be rolled out in other parts of the region. The rights holders in the project formed a project of their own entitled ‘To Come to One’s Own Rights – empowerment psychiatry’. The project is financed by the Swedish Inheritance Fund and it is a collaboration between Sahlgrenska University Hospital and the Swedish Partnership for Mental Health in Gothenburg (NSPHiG). To Come to One’s Own Rights expanded the work into the community and now includes workshops, discussion forums and picnics. The aim is to completely eliminate the use of restraint beds, to implement person-centred and recovery-oriented care and to promote human rights compliant services in the community. In this regard, a 2017-2020 Action Plan on Human Rights was adopted by the Regional Council including ‘a vision for zero coercion in psychiatric care’ as a core objective.

### **Switzerland – Psychiatric hospital in the canton of Ticino**

In 2005, the Swiss Canton of Ticino set up a project aiming to reduce mechanical restraint by greater use of monitoring in the psychiatric hospital of Ticino. This hospital has 140 beds for ‘acute’ cases. By monitoring the use of restraint over a period of four years, this practice had been reduced by 50% by the year 2009.

Following this success, the next step aimed to eliminate the use of mechanical restraint. In this regard, the number of available staff was increased, training for staff was provided, and crisis teams were set up to take into account not only the health records of users, but their social reality as well. Dialogue and relationships became the centre of the work aimed at understanding users without judging them, talking and exchanging with users without a necessity to provide immediate treatment, trusting users instead of focusing on incapacity, and putting the rights of users at the heart of daily work. Four years later, the use of mechanical restraint and seclusion was abolished, and the hospital now consists only of open psychiatric wards.

## United Kingdom (UK) – No Force First

The 'No Force First' initiative aims to change ward cultures from containment to recovery and ultimately create coercion-free environments. This approach, which comes from United States, is being adopted by some UK based mental health trusts. The underlying idea is that 'there is no such thing as a forced recovery'.

The 'No Force First' policy aims to create coercion-free environments through the following initiatives:

- **promoting collaboration between users and staff members to make wards more recovery focused;**
- **developing training programmes in collaboration with users and promoting training in de-escalation techniques;**
- **developing a cooperative culture, rather than a restrictive culture, to reduce incidents of aggression, self-harm and physical intervention;**
- **developing a deeper understanding of users in order to see their experiences in a trauma-informed, empathetic manner, and working together to build resilience;**
- **including the experiences of service users and engaging in co-production work;**
- **awareness-raising among users and relatives;**
- **recording of data on the use of coercion and immediate analysis after an incident.**

The UK Mersey Care NHS Foundation Trust used the 'No Force First' policy along with other initiatives and recorded a reduction of approximately 60% in the use of physical interventions during the first two years of implementation. The approach was then implemented across all wards of the trust and, between April 2016 and August 2017, there was a 37% reduction in the use of restraint, as well as a reduction in staff sick leave (which led to financial savings as a result of less sickness-related absence). The Trust now has a strong culture of collaborative empowerment where staff and service users work together to reduce conflict and promote safety and recovery. Looking to the future, members of staff are encouraged to openly share learning from events that do not go as planned, and develop creative solutions. The focus is not around blaming individuals, but instead looking at the system and how it contributed to the event and could be improved.

## United Kingdom – Providing person-centred care

In 2013, the Cambridgeshire and Peterborough NHS Foundation Trust integrated fundamental aspects of an initiative called PROMISE (Proactive Management of Integrated Services and Environments) to reduce the use of restraint. This is an initiative that is working towards eliminating reliance on force in mental health services through person-centred care. It was sparked by a conversation between an expert by experience and a professional. People with lived experience of physical restraint were actively involved in shaping the qualitative research and an advisory group composed of users provided advice in connection with the project.

Initially emphasis was placed on incident reporting and evaluating data on restrictive interventions. Following interviews with service users and staff members who had direct experience or witnessed restraint, four key themes for change were identified: improving communication and relationships between staff and service users; making staff-related changes (such as having more skilled and experienced staff); improving ward environments and spaces; and having more activities and opportunities for service users on the wards.

Integrating fundamental aspects of the initiative into day-to-day activities has made a huge contribution to reducing the use of physical restraint at the trust. This reduction has been sustained over a period of nearly three years, and any use is usually only associated with a particularly unwell person for whom no other solution has been found.

# Community-based practices

## Finland - Open Dialogue Model

The Open Dialogue Approach to Acute Psychosis is a practice originally developed in Finland in which care decisions are made with the personal input of the individual concerned, together with wider networks of their choice. The Open Dialogue Model was initially designed as a treatment alternative to avoid hospitalisation. As such, there is less likelihood of coercion being used, including seclusion and restraint.

Open Dialogue is based on support in people's homes and communities. Service providers aim to facilitate regular 'network meetings' between the person and his/her choice of an immediate network of friends, carers or family, and several consistently attending members of the healthcare team. A strong emphasis is placed on an equal hearing of all voices and perspectives as both a means and an objective of treatment. The emphasis is on transparency with the person, empathy, and positive regard.

There has not yet been a major evaluation on the direct impact of Open Dialogue on the use of coercion, but in Lapland, the Model has entirely replaced emergency, medicalised treatment. Overall benefits of a two-year follow-up were less hospitalisation, more family meetings, less medication, fewer relapses and better employment status.

## Germany - 'Care-Foster-Live' Community-based services of the Pfalzlinikum

The 'Care-Foster-Live' department consists of community-based services founded at the end of the 1990s in Palatinate communities (Southwestern Germany). In 2007, services were increasingly moved into the communities and Care-Foster-Live has now become an integral part of mental health services in eleven communities. The initiative provides care services, residential services, day centres, as well as services for integration into the workforce. The different offerings were developed following intense collaboration between staff members, managers and users, leading to a change in professional self-understanding.

The main challenges encountered relate to the location of implementation, which is mainly in rural structures which show great differences in their infrastructure and prosperity, financial resources and demographic development. In addition, most regions had neither a wide range of service providers, nor community mental health groups available.

Throughout the years, 'Care-Foster-Live' has increasingly focused on persons with challenging behaviour patterns who are confronted with the limits of the welfare system when aiming to reintegrate the community. Therefore, specialised, time-limited, intermediate outpatient facilities have been developed, aimed to provide appropriate support when needed. No data is available yet on the direct impact of the 'Care-Foster-Live' services on coercion.

## Greece - Mental Health Mobile Units

In Greece, Mental Health Mobile Units have contributed to the reduction of involuntary hospital admissions. From the foundation of the first Unit in 1981 to the inclusion of Mobile Units in Greek law, more than 25 units have been founded and are still operational all over Greece.

Mobile Units are now used as a basis for the provision of mental health services and the protection of the rights of mental health users, particularly in small and remote prefectures. The main objective is not to cut the user off from the community through, for example, hospitalisation. The local community, other health services as well as key individuals (local authorities, police department, prosecutors) do not merely assist, but actively participate in the work of the Mobile Units, securing the person's right to remain an active member of the community. By allowing persons to stay in their communities and offering services as close to the user's home as possible, the Mobile Units ensure stability and continuity of care.

Factors for success are prevention, information of local inhabitants, timely interventions, therapeutic treatment and maintaining contact with both the family of the user as well as the community. The Mobile Units treat individuals as a bio-psycho-social whole, meaning that they deal with social or work-related issues whilst taking the necessary steps for users to access appropriate treatment if they choose. Comparisons of data with prefectures where no Mobile Units are in place show that the percentage of involuntary hospitalisations is much lower.

### **Italy - 24/7 Community Mental Health Services**

Community mental health services in Italy, which are available 24/7, report low rates of hospitalisation, and low compulsory treatment rates. The community centres are run by interdisciplinary teams operating around-the-clock and have four to eight beds for overnight stays. They are located in non-hospital residential facilities to which people have easy access.

Treatment plans at the centres are based on informal agreements among users, the team, and caregivers. Users are not considered as "inpatients" but as "guests," and they can receive visits without restrictions. Users are also encouraged to keep up their ordinary life activities and their connections to their environment, including outdoor activities. Social network interventions are key factors of success. Community mental health services ensure continuity of care, with little or no bureaucracy, and also reduce the stigma connected to hospitalisation. These services have thus contributed to reducing rates of compulsory hospitalisation and treatment.

### **Poland – Warsaw Fountain House (Clubhouse International)**

Warsaw Fountain House was accredited by Clubhouse International in 2014, which is an umbrella organisation for community-based membership in 'Clubhouses' or 'Fountain Houses' designed to support communities of and for people with mental health problems. Clubhouse International, as well as Clubhouse Europe, promote recovery, well-being and social inclusion of people living with mental ill health by advocating for the establishment and use of evidence-based Clubhouses, which facilitate psychosocial rehabilitation. Their development started in New York in 1948 and has expanded to Europe with currently around 80 Clubhouses working in 22 countries in Europe.

Clubhouses focus on members' strengths and abilities. Members, who are running Clubhouses with the help of staff members, are empowered and more aware of their rights. Clubhouses encourage people to contribute to the day-to-day operation of the Clubhouse through the Work-ordered Day and to gain new independent living skills through ICT courses, language groups, supported education, etc. As with others, the Warsaw Fountain House promotes the rights of persons with mental health problems and improves how society sees them, through active participation in a variety of programmes and initiatives, such as the organisation of study visits for medical students. Clubhouses are considered as places opposing coercion and claim to have a positive impact on attitudes and practices that lead to the use of coercion, both in its direct and indirect forms.

### **(Peer-run) Respite houses (country of origin: United States)**

The term 'respite house' typically refers to community-based, small, residential settings where people can go for short periods of time when they are experiencing a mental health crisis. Respite houses have been founded in the United States, but have been established in Switzerland, Germany, Sweden, Hungary, Denmark, the Netherlands and France. There are respite houses run by peers and respite houses that are not peer-run but with a director and staff who are peers, and which may be attached to clinical mental health services.

Respite houses are characterized by non-medical staff, peer support, empowerment of residents and 'being with' residents in times of crisis, social networking, and mutual responsibility. They tend to involve a minimal use of psychotropic medication based on personal choices of each resident and mental health services are usually dispensed outside of the respite house.

Respite houses aim to increase meaningful choices for recovery and decrease the health system's reliance on costly, coercive and less person-centred modes of mental health services. Currently, respite houses in several European countries rely on financing from budgets devoted to homeless shelters only and are not always open to any users who feel unwell and need a break from their home environment which could prevent involuntary hospitalisation.

## Other initiatives towards reduction of coercion

### Advance Planning

Advance planning through advanced directives or advance statements, means that a person makes decisions designed to bind him/herself or direct others, particularly during times of crisis. Advance planning may concern treatment preferences and other information, such as who to contact or not to contact. It can help respect the will and preferences of a person during a crisis.

A formal type of advance planning is the representation agreement, through which the person appoints another person to assist them in the event of a future crisis. An informal type of advance planning is the joint crisis plan, consisting of a plan formulated by the user, together with health professionals, peers or relatives if desired or required. The plan contains advance statements of preferences for care in the event of a future relapse.

Advance planning is considered a means of reducing compulsory admission and compulsory treatment as users feel more in control and empowered, and attention is paid to the needs of service users. It is important to remember, however, that service users have the same right to change their mind as anyone else and that this should not be used as an excuse to deprive them of enforceable advance planning measures.

### Austria – Crisis Helplines

In Austria, some provinces have put in place crisis helplines, which offer a wide range of services such as emergency support, telephone support, online support, crisis houses and day services. The overall goal is for users to get fast and uncomplicated help in crisis situations. The 'first aid' professionals and users work together on a strategy to cope with crises in general. The users gain self-confidence, capacity to act and to decide, as well as a better understanding of how to deal with crisis situations.

The crisis helpline helps to avoid self-endangering behaviour and to reduce forced or involuntary placement or hospitalisation and treatment. It is now necessary to gather statistical evidence of the impact these helplines have had on coercion.

### Intentional Peer Support

Intentional Peer Support is a way of thinking about and inviting the building of relationships that are mutual, explorative, and conscious of power. Peers come together around shared experiences and often a desire to change their lives. They learn to use relationships to see things from new angles, develop greater awareness of personal and relational patterns, and support and challenge each other in trying new things. Among others, Intentional Peer Support promotes a trauma-informed way of relating: instead of asking "What's wrong?" the question is "What happened?"

Intentional Peer Support provides a powerful framework for creating relationships where both people learn and grow together. It thus offers the opportunity to find and create new meaning through relationships and conversations that lead to new ways of understanding crisis. Mutuality and shared power are put forward as contributing to the prevention of coercive interventions.

Intentional Peer Support was developed as an alternative to traditional peer support practices within mental health services. It has been advanced by the Centre for the Human Rights of Users and Survivors of Psychiatry as a good practice on 'Supported decision-making and Alternatives to Coercion'.

## Spain – Andalusian strategy on reducing restraint

The Spanish region of Andalusia adopted a strategy to reduce restraint with a view to its complete elimination. The values underpinning this initiative are the rights of persons with mental health problems and the promotion of their autonomy. The strategy includes the implementation of anticipated treatment plans (advance directives), the need to register data on the use of mechanical restraint, and the provision of training in de-escalation techniques to prevent the use of restraint. In addition, a Protocol on the use of physical and /or mechanical restraint has been developed, aiming to reduce the use of restraint by addressing its legal aspects and using preventive measures and process. Other regional authorities (Comunidades Autónomas) have adopted similar Protocols. Currently, results are not yet available on their impact on the use of restraint.

## Sweden – Personal Ombudsman

The Swedish Personal Ombudsman Programme ('Personligt Ombud Skane' or 'PO') is a programme started in 1995 by persons with psychosocial disabilities, as a 'User-controlled Service with Personal Agents' which facilitates decision-making and demands they make of public authorities and social services. The Ombudsman is a professional, highly skilled person, usually a lawyer or social worker who works only for his/her client and does not work in alliance with psychiatric or social services or any other authority, nor with the client's relatives or any other person. The Ombudsman takes great care and time to build trust and to ensure that users receive the help and services to which they are entitled and that they want. It is considered an appropriate model for supported decision-making by the United Nations Committee on the Rights of Persons with Disabilities, as the Ombudsman enables persons to make and communicate decisions with respect to personal or legal matters. As such, the Personal Ombudsman is a way to limit coercive practices and to reduce the number of mental health crises.

Since the year 2000, the PO system has been expanded to the whole country. Although there is no evidence available yet on its impact on coercion, a five-year Government evaluation of the programme has shown that the scheme is profitable in socioeconomic terms since individuals with PO support require less care and their psychosocial situation improves. As a result, the National Board of Health and Welfare began to promote the PO as a new social profession and in 2013 a new regulation entered into force that established permanent funding for the PO system. The system has received great interest and inspired outreach services in other countries.

## United Kingdom – The British Institute of Human Rights

The British Institute of Human Rights completed two projects implementing human rights in mental health. The first project involved mental health services and staff members. The Institute worked with several NHS Trusts to raise awareness on the need to reduce the use of physical restraint and seclusion, as well as consent to medication and Community Treatment Orders (CTOs). As a result of the project, one of the partners reported that "Using a human rights approach has revolutionised decision-making. Staff are thinking differently and making decisions differently. It needs to be rights based, not just risk based."

In the second project, the Institute worked with advocates, to support them to help their clients challenge restrictive interventions, including restraint, seclusion and/or coercion. Booklets on human rights of service users were co-produced. As the use of restraint often happens when violence occurs, incidents of physical and/or verbal aggression were reported and tracked more closely. In addition, greater cooperation with the police and talking with residents and neighbours is aimed to create a safe environment for well-being and recovery. As a result, violent incidents have been reduced by 50% and evictions of service users from their homes are also down.

## World Health Organization (WHO) - QualityRights initiative

The WHO QualityRights Initiative is working to improve the quality of services and supports and promote human rights, empowerment, inclusion and participation of people with intellectual, psychosocial and cognitive disabilities in countries around the world. In addition to an e-training platform, which provides a course in mental health, human rights and recovery, a comprehensive package of guidance and training modules has been published to help align services and practices with the obligations and requirements of the UN CRPD.

This training and guidance module addresses the use of coercive and violent practices in mental health and related services with a particular focus on seclusion and restraint. It aims to promote a greater understanding of why these practices are used and build practical skills to help end these practices. While the module itself focuses on ending these practices in the health care setting, much of the content can also be applied in other settings where seclusion and restraint occur, for example in the home, in social care institutions, homes for the elderly and the wider community.

## Conclusion

The initiatives highlighted above show that there is no one-size-fits-all approach to prevent, reduce and eliminate coercion. Many examples, however, do share some common aspects such as:

- focusing on the will and preferences of service users, devoting more time and involving staff and peers in initiatives
- training staff members, but also police forces and other public officials, with the involvement of experts by experience
- devoting time to improving communication with users in the context of their families and social networks and focusing on collaboration in a recovery-based and human-rights approach
- improving physical environments
- implementing effective work at territorial level and collaboration between different services (for example, social services, health authorities, employment services, local leisure opportunities)
- monitoring and data collection on the use of coercion and jointly reviewing incidents to see what can be learned

A holistic mental health system is crucial to truly eliminating coercion. It is not about changing individual practices but about implementing a new culture. A lack of integration of mental health in primary care services, and insufficient availability and continuity of care leads to forced hospitalisation. Prevention of crisis situations is key to avoiding coercion. From these examples, it appears that the best answer to prevent hospitalisation and coercion is effective work at the territorial level with good quality outpatient and community services. When any real strategy towards the reduction of coercion is lacking, evaluating national trends is challenging. A combination of both territorial work and overarching strategies seems the best way forward to end coercion and fully implement a human rights approach to mental health.

The above examples deserve greater financing, promotion and mainstreaming. Further identification of such good practices and research on the impact current programmes have in eliminating the use of coercion is absolutely necessary and very timely. This can lead to guidance for States when implementing the UN CRPD.

Although the aim of reducing coercion, designing prescriptions and "best practices" and gathering statistics on the use of seclusion and restraint may be one step forward, it is not the same as setting out to eliminate these practices. It is only the latter which will ensure systemic change leading to a human-rights based mental health system.

## Acknowledgements

Mental Health Europe would like to thank its members and partners who contributed to this report.

## Further reading

### General

Asociación Española de Neuropsiquiatría (2017), *Coerción y salud mental*, Madrid: Cuadernos Técnicos, 20.

Gooding, Piers; McSherry, Bernadette; Roper, Cathy and Grey, Flick (2018) *Alternatives to Coercion in Mental Health Settings: A Literature Review*, Melbourne: Melbourne Social Equity Institute, University of Melbourne.

Jaako Seikkula and others, 'Five-year experience of first-episode nonaffective psychosis in open-dialogue approach: treatment principle, follow-up outcomes and two case studies' *Psychotherapy Research*, vol. 16, no. 2 (March 2006).

Thornicroft, Henderson, *Joint Decision Making and Reduced Need for Compulsory Psychiatric Admission*, *JAMA Psychiatry* 2016, 73 (7), 647-8.

### Denmark

<https://www.dr.dk/nyheder/regionale/hovedstadsomraadet/psykiatrisk-center-kan-foerste-gang-fejre-100-dage-uden>

### Germany

<https://www.openaccessgovernment.org/community-based-services/38924/>

### Greece

Peritogiannis, Manthopoulou, Gogou, Mavreas, *Mental Healthcare Delivery in Rural Greece: A 10-year Account of a Mobile Mental Health Unit*, *At: J Neurosci Rural Pract.* 2017 Oct-Dec; 8(4): 556-561.

### Intentional Peer Support

Shery Mead and Beth Filson, 'Mutuality and shared power as an alternative to coercion and force' (2017) 21(3) *Mental Health and Social Inclusion* 144.

<http://www.intentionalpeersupport.org/>

### Italy

Associazione Club SPDC No Restraint (2015), *Pubblicazione atti VIII Convegno Nazionale dei SPDC No Restraint*. A cura di Domenico Tancredi e Lorenzo Toresini.

### The Netherlands

Broer J, Mulder CL, Wierdsma AI. *Stijging van dwangopnames in de psychiatrie. Rise in involuntary admissions in psychiatry.* *Dutch Journal of Medicine*, 2018

Jong MH de, Kamperman A, Oorschot M van, Priebe S, Bramer W, Gool A van, Mulder CL. Interventions to reduce compulsory psychiatric admissions. A systematic review and meta-analysis. *JAMA Psychiatry* 2016; 73:657-664.

Melle L van, Vet HCW de, Bickman CB, Meijs van der High, Mulder CL, Widdershoven G. High and Intensive Care in Psychiatry: validating the HIC monitor as a tool for assessing the quality of psychiatric intensive care units. *Administration and Policy in Mental Health and Mental Health Services Research* 2018 Aug 17. doi: 10.1007/s10488-018-0890-x

Van Melle, Laura; Edelbroek, Hannah; Voskes, Yolande; and Widdershoven, Guy, New developments around coercion in the Netherlands - A care ethics perspective, in Gather, Jakov; Henking, Tanja; Nossek, Alexa; and ollman, Jochen (Eds.), *Beneficial coercion in psychiatry? Foundations and Challenges*, 2017, Mentis, Munster.

## Sweden

Maths Jespersen, Personal Ombudsman in Skåne. A User-controlled Service with Personal Agents. In Lehmann, P. Stastny P. (Ed.), *Alternatives Beyond Psychiatry*, Peter Lehmann Publishing, Berlin/Eugene/Shrewsbury 2007 (p. 299-304).

<https://www.vgregion.se/regional-utveckling/verksamhetsomraden/manskliga-rattigheter/rattighetsbaserat-arbete/>

<http://www.nsphig.se/att-komma-till-sin-ratt/>

## United Kingdom

<https://www.cqc.org.uk/publications/themed-work/mental-health-act-restrictive-intervention-reduction-programmes>



MHE work is funded by the European Union Programme for Rights, Equality and Citizenship. The contents of this document are the sole responsibility of MHE and cannot be taken to reflect the views of the European Commission.

**AUTEUR : Nom :** BALEIGE

**Prénom :** ANTOINE

**Date de Soutenance :** 07 mai 2019

**Titre de la Thèse :** Ordre public et enfermement psychiatrique, entre liberté, santé, et dangerosité - Épistémologie, praxis, et cybernétique

**Thèse - Médecine - Lille 2019**

**Cadre de classement :** Psychiatrie

**DES + spécialité :** DES Psychiatrie

**Mots-clés :** Consentement libre et éclairé ; Internement d'un malade mental ; Droits de l'homme ; Cybernétique ; Connaissance

**Résumé :**

**INTRODUCTION.** Le pouvoir d'enfermement de la psychiatrie est remis en cause par la CDPH de l'ONU. Dans les débats sur son application, l'enfermement est considéré entre liberté, santé et dangerosité. Ils font apparaître une scission entre usagers et professionnels. La mise en application de la CDPH reste un sujet de recherche peu étudié.

**MÉTHODE.** Nous avons d'abord conduit une étude épistémologique de l'enfermement psychiatrique via une analyse bibliométrique des réseaux des termes MeSH des publications scientifiques portant sur l'internement d'un malade mental. Ensuite, nous avons mené une étude portant sur 3506 mesures de soins psychiatriques sur décision du représentant de l'État dans 16 départements français entre 2012 et 2016 - données provenant du Centre Collaborateur de l'OMS de Lille. Pour évaluer l'applicabilité de l'article 14 de la CDPH, nous avons testé l'hypothèse de la loi épidémiologique, analysé les liens entre taux d'internement et criminalité et réalisé une analyse lexicale de questionnaires de personnes internées. Enfin, nous avons discuté l'enfermement et l'articulation avec les concepts connexes sur le modèle cybernétique.

**RÉSULTATS.** Nous avons pu mettre en évidence que l'épistémologie de l'internement repose sur une dialectique entre les notions de liberté, santé, et dangerosité. Notre analyse a trouvé une corrélation entre internement et criminalité invalidant l'hypothèse de la loi épidémiologique ( $p < .001$ ). L'analyse en réseau montre une corrélation plus forte avec les délits sur les biens que sur les personnes. L'internement varie avec la superficie des zones d'intervention. L'analyse de discours ne montre pas de dysfonctionnement du rôle des représentants de l'État mais interroge les motifs de mesure. Nous avons construit une modélisation de différentes régulations possibles par la psychiatrie des comportements sociaux.

**DISCUSSION.** La réduction des pratiques d'enfermement est fréquemment abordée par la littérature scientifique sous l'angle éthique. En interrogeant la légitimité de l'enfermement, la CDPH de l'ONU transforme l'éthique de l'enfermement en une métaphysique, interrogeant l'épistémologie de la discipline. Les caractéristiques de la psychiatrie ne correspondent pas au rôle qui lui est demandé, occasionnant un nombre important de violations des droits humains. Des modèles plus efficaces de régulation peuvent être mis en place en utilisant les modèles des droits humains tels que le handicap psychosocial ou le rétablissement en santé mentale.

**Composition du Jury :**

**Président :** Monsieur le Professeur Pierre THOMAS

**Assesseurs :** Monsieur le Professeur Renaud JARDRI ;  
Monsieur le Docteur Ali AMAD ; Monsieur le Docteur Laurent DEFROMONT