

## **CRPA - Cercle de Réflexion et de Proposition d'Actions sur la psychiatrie <sup>1</sup>**

Association régie par la loi du 1<sup>er</sup> juillet 1901 | Ref. n° : W751208044

Président : André Bitton.

14, rue des Tapisseries, 75017, Paris | Tél. : 01 47 63 05 62

Mail : [crpa@crpa.asso.fr](mailto:crpa@crpa.asso.fr) | Site internet : <http://crpa.asso.fr>

---

André Bitton.

Paris, le 29 janvier 2018.

**Audition par le groupe de travail sur la limitation et l'encadrement du recours aux soins sans consentement et aux pratiques de contention et d'isolement, DGOS, ministère des solidarités et de la santé, 30 janvier 2018.**

**Exergue.** Citation de la déclaration des droits de l'homme et du citoyen de 1789, annexée à la Constitution de la 5<sup>ème</sup> république : « ...Le but de toute association politique est la conservation des droits naturels et imprescriptibles de l'Homme. Ces droits sont la liberté, la propriété, la sûreté, et la résistance à l'oppression. ».

Mesdames, messieurs,

A l'occasion de notre audition par votre groupe de travail notre association entend faire valoir un certain nombre de propositions alternatives destinées à éviter des hospitalisations psychiatriques sans consentement. Nous vous faisons également part de nos principales objections à l'encontre du système psychiatrique français actuel en ce que celui-ci selon nous est d'essence féodale et paternaliste, ce qui en fait un système totalitaire. Nous pensons qu'il y a une réelle nécessité de faire évoluer ce système pour qu'il soit plus respectueux qu'il ne l'est des droits fondamentaux des personnes psychiatisées.

Nous dénonçons la totale impunité dont bénéficient les personnels des établissements psychiatriques qui se livrent à des actes de maltraitance graves sur les patients, ainsi que l'impunité qui est actuellement en place dans le cas où des patients décèdent prématurément par surdoses de neuroleptiques et autres psycho-médicaments associés aux autres modalités institutionnelles de deshumanisation, d'infantilisation et d'humiliations. A ce jour il n'existe à notre connaissance aucune condamnation définitive correctionnelle ou de cour d'assise sanctionnant pénalement de tels agissements qui pourtant sont coutumiers dans les établissements psychiatriques du pays. Les mesures récursoires administratives qui devraient normalement être prises sont inexistantes. Le comble étant que les personnes psychiatisées qui se plaignent en saisissant les hiérarchies en place, telles les agences régionales de santé, encourent des risques de ré-internements psychiatriques ...

Nous dénonçons l'impunité qui règne également en matière d'internements et de mesures de soins psychiatriques arbitraires, puisque ne sont possibles au plan des réparations que de menues indemnités accordées par les juridictions civiles indemnitaires sans que les auteurs de ces internements et mises sous soins sous contrainte illégales et arbitraires soient inquiétés.  
**Or, interner abusivement et placer sous soins psychiatriques sans consentement des personnes de façon illégale et abusive constituent des faits graves dont les conséquences**

---

<sup>1</sup> Le CRPA est agréé pour représenter les usagers du système de santé en Île-de-France, par arrêté n°16-1096 de l'Agence régionale de santé d'Île-de-France du 6 septembre 2016. Le CRPA est également partenaire de l'Ordre des avocats du Barreau de Versailles (Yvelines) sur la question de l'hospitalisation psychiatrique sans consentement, et est adhérent au Réseau européen des usagers et survivants de la psychiatrie (ENUSP – REUSP).

**sont réelles et sérieuses.** L'impunité est totale ou quasi totale en la matière pour les auteurs de ces actes.

Nous entendons une fois de plus dénoncer l'omniprésence étouffante de l'UNAFAM (union nationale des amis et familles de malades et/ou handicapés psychiques) dans le paysage de la représentation institutionnelle des usagers en psychiatrie, et ce rôle de courroies de transmission, voire de "chiens de garde" (au sens où l'entendait dans les années 1930 l'écrivain révolutionnaire français Paul Nizan décédé sur le front en 1940), que jouent les associations d'usagers agréées nationalement pour représenter les usagers en psychiatrie, lesquelles sont au surplus, par un biais ou par un autre, subventionnées par les pouvoirs publics, telles la FNAPSY et autres organisations.

A ce sujet nous faisons valoir quelques arguments issus de nos procédures en cours devant la juridiction administrative contre les décisions de rejet de nos postulations pour intégrer des instances de santé publique en tant que représentants des patients. Parmi ces arguments ceux de notre requête devant le tribunal administratif de Cergy-Pontoise contre la décision implicite prise par l'Agence régionale de santé d'Île-de-France de rejet de notre postulation en vue d'intégrer les instances de l'EPS Roger Prévot de Moisselles (Val d'Oise) où seuls les représentants de l'UNAFAM siègent, occupant les deux postes réservés aux représentants des usagers tant dans la Commission des usagers qu'au Conseil de surveillance de cet établissement. Cela alors même que de par ses statuts l'UNAFAM n'admet comme adhérents que des familles de patients psychiques et non des patients eux-mêmes, ceux-ci étant statutairement exclus de l'adhésion dans cette centrale, laquelle pourtant siège es-qualités de représentante des patients dans les institutions psychiatriques du pays...

Nous vous demandons d'envisager avec sérieux nos arguments ainsi que les documents que nous joignons et que nous vous remettons.

Veillez croire, mesdames, messieurs, en mes salutations attentives et dévouées.

#### **Pièces jointes :**

1. Ouvrage du député France insoumise François Ruffin : « Un député à l'hôpital psychiatrique », Fakir éditions, déc. 2017.
2. Analyse d'un avis de la Cour de cassation du 11 juillet 2016 sur la rétroactivité des décisions d'admission en soins psychiatriques sans consentement. 20 juillet 2016.
3. Texte déposé par le CRPA lors d'une audition par Mme Catalina Devandas-Aguilar, rapporteure spéciale des Nations-Unies sur les droits des personnes handicapées. 2 octobre 2017.
4. Extraits des observations préliminaires de Mme Catalina Devandas-Aguilar à l'issue de sa visite en France le 13 octobre 2017.
5. Observations du CGLPL sur la situation française en matière de privation de libertés, en direction des Nations-Unies, 14 décembre 2017.
6. Requête introductive d'instance, CRPA C/Agence régionale de santé d'Île-de-France. 2 janvier 2018.
7. Attestation psychiatrique de bonne santé mentale. 13 décembre 2017.
8. Wikipedia. Expérience de Rosenham (« qui est fou, qui ne l'est pas ? »). Document joint à titre humoristique.

# Psychiatrie : les décisions d'admission rétroactives ne sont plus admises

20 juil. 2016 Par [André Bitton](#)

- Mediapart.fr

Dans un important avis du 11 juillet 2016, la Cour de cassation dit que la loi du 5 juillet 2011 modifiée le 27 septembre 2013 n'autorise pas de donner un effet rétroactif à une décision administrative imposant des soins psychiatriques sans consentement, au-delà du temps strictement nécessaire à l'élaboration de l'acte.

Communiqué et note introductive [\[2\]](#)

Paris, le 20 juillet 2016.

Dans un important avis du 11 juillet 2016, la Cour de cassation, saisie le 31 mai 2016 par un juge des libertés et de la détention du tribunal de grande instance de Créteil, dit que la loi du 5 juillet 2011 modifiée le 27 septembre 2013 n'autorise pas de donner un effet rétroactif à une décision administrative imposant des soins psychiatriques sans consentement, au-delà du temps strictement nécessaire à l'élaboration de l'acte.

En l'espèce cet avis concerne expressément les arrêtés préfectoraux des mesures de soins sur décision du représentant de l'Etat (SDRE) qui ordonnent l'admission ou la réintégration des personnes en hospitalisation complète.

Néanmoins le rapport de Mme Stéphanie Gargoulaud, conseiller référendaire à la Cour de cassation, établi pour l'audience de la Cour le 11 juillet 2016, analyse l'incidence de cet avis en ce qui concerne les décisions prises par les directeurs d'établissements psychiatriques au titre des mesures de soins sur demande d'un tiers (SDT), ou en cas de péril imminent (SPI), (cf. pages 10 et 11 de ce rapport). Au terme de cette analyse elle conclut que dans la logique de l'arrêt du Conseil d'Etat n°352667 du 13 novembre 2013, le régime procédural des décisions prises par les directeurs d'établissement suit celui des décisions prises par l'administration préfectorale, en ce que ces décisions doivent être écrites et motivées.

Dès lors on peut en déduire que l'avis ici publicité de la Cour de cassation interdit les décisions d'admission ou de réintégration en soins psychiatriques sans consentement établies postérieurement à l'admission physique des personnes hospitalisées sous contrainte tant en ce qui concerne les mesures prises par les Préfets que pour celles prises par les directeurs d'établissements de santé.

La Cour de cassation valide en cela la jurisprudence de la Cour d'appel de Versailles (cf. notamment Cour d'appel de Versailles, 19 décembre 2014, R.G. n°14/08944), et invalide sur ce point la jurisprudence de la Cour d'appel de Paris qui tendait jusque-là à considérer que l'effet rétroactif donné à une décision d'admission ou de réintégration en soins psychiatriques sans consentement antérieure à la formalisation de la décision elle-même ne portait pas grief et n'entraînait pas nécessairement une mainlevée de la mesure de soins sous contrainte, accordée par le juge judiciaire contrôlant cette même mesure.

On observe enfin que la Cour de cassation reprend la notion de « temps strictement nécessaire pour la mise en œuvre des mesures » de contrainte telle qu'elle figure dans l'arrêt de principe du Conseil d'Etat n°75096, du 18 octobre 1989, publié au recueil Lebon, en matière de voie de fait concernant un placement involontaire en placement libre dans un établissement de l'assistance publique - hôpitaux de Paris. Il avait été établi par une jurisprudence du Conseil d'Etat n°155196, du 17 novembre 1997, publiée au recueil Lebon, que ce temps strictement nécessaire devait être inférieur à 24 heures. La Cour de cassation, dans son avis du 11 juillet 2016 ici analysé, va au-delà de cette interprétation en disant clairement que ce délai « ne saurait excéder quelques heures ».

Nous appelons les avocats commis d'office ou choisis pour les contrôles, devant les juges des libertés et de la détention, des mesures d'hospitalisations ou de soins psychiatriques sous contrainte, à s'emparer de cette jurisprudence de la Haute Cour, et à soulever systématiquement l'illégalité de l'effet rétroactif - sauf sur quelques heures - donné à une décision d'admission ou de réintégration en soins psychiatriques sous

contrainte, en tant qu'illégalité interne. Une telle illégalité porte nécessairement grief puisque si une décision ou un arrêté préfectoral sont établis postérieurement à l'admission physique de la personne concernée, cette personne a été nécessairement admise sans titre. Une admission en hospitalisation psychiatrique sous contrainte, sans titre légal, porte nécessairement grief, la mainlevée de la mesure doit s'en ensuivre.

CRPA - Cercle de Réflexion et de Proposition d'Actions sur la psychiatrie [\[1\]](#)

Association régie par la loi du 1<sup>er</sup> juillet 1901 | Ref. n° : W751208044

Président : André Bitton. 14, rue des Tapisseries, 75017, Paris | Site internet : <http://crpa.asso.fr>

Pour nous contacter : <https://psychiatrie.crpa.asso.fr/?page=contact>

---

[\[1\]](#) Le CRPA est partenaire de l'Ordre des avocats du Barreau de Versailles (Yvelines) sur la question de l'hospitalisation psychiatrique sous contrainte, et adhère au Réseau européen des usagers et survivants de la psychiatrie (ENUSP – REUSP).

[\[2\]](#) Le présent communiqué est publié sur le site internet du CRPA à l'adresse suivante : <http://psychiatrie.crpa.asso.fr/579>

## Prolonger

## Boîte Noire

URL source : <https://blogs.mediapart.fr/edition/contes-de-la-folie-ordinaire/article/200716/psychiatrie-les-decisions-dadmission-retroactives-ne-sont-plus-admises>

## **CRPA - Cercle de Réflexion et de Proposition d'Actions sur la psychiatrie <sup>1</sup>**

Association régie par la loi du 1<sup>er</sup> juillet 1901 | Ref. n° : W751208044

Président : André Bitton.

14, rue des Tapisseries, 75017, Paris | Tél. : 01 47 63 05 62

Mail : [crpa@crpa.asso.fr](mailto:crpa@crpa.asso.fr) | Site internet : <http://crpa.asso.fr>

---

André Bitton.

Paris, le 2 octobre 2017.

### **Audition du CRPA par Mme Catalina Devandas, Rapporteuse spéciale des Nations-Unies sur les droits des personnes handicapées. 4 octobre 2017.**

-----  
**Titre : Une alerte internationale doit être posée sur la France du fait des dérives de son système psychiatrique.**

#### **1. Présentation du CRPA.**

Le CRPA est une association militante majoritairement composée de personnes ayant connu l'internement psychiatrique, centrée sur la question des droits fondamentaux des personnes psychiatisées singulièrement quand il y a hospitalisation sous contrainte et contrainte aux soins.

Le CRPA est une scission fondée en décembre 2010 du Groupe information asiles (GIA), dont le rédacteur du présent texte a été militant actif entre 1990 et 2010 et président de cette association entre fin 2000 et fin 2010. Le GIA a systématisé à partir des années 1980 le contentieux de l'internement psychiatrique afin de développer une jurisprudence favorable aux personnes internées en milieu psychiatrique et de contraindre par le biais jurisprudentiel à une judiciarisation de l'internement psychiatrique.

Nous avons fondé le CRPA fin 2010, en même temps qu'était prise, en bonne partie sous notre impulsion, la décision historique du Conseil constitutionnel du 26 novembre 2010, sur une question prioritaire de constitutionnalité posée par Madame Danielle S. soutenue par le Groupe information asiles (GIA), intervenant volontaire dans cette procédure.

Le CRPA a obtenu une décision d'inconstitutionnalité de deux articles importants de la loi du 5 juillet 2011 relative aux soins psychiatriques sans consentement, par une décision du Conseil constitutionnel du 20 avril 2012 sur la base d'une question prioritaire de constitutionnalité posée par notre association.

Notre association a également obtenu un important arrêt du conseil d'État du 13 novembre 2013 annulant un article d'un des deux décrets d'application de la loi du 5 juillet 2011 concernant les pièces obligatoirement transférées par l'établissement psychiatrique au greffe du juge des libertés de la détention afin de contrôler obligatoirement des mesures de soins sur demande d'un tiers ou en cas de péril imminent. Cet arrêt a rendu obligatoire que les directeurs d'établissements

---

<sup>1</sup> Le CRPA est agréé pour représenter les usagers du système de santé en Île-de-France, par arrêté n°16-1096 de l'Agence régionale de santé d'Île-de-France du 6 septembre 2016. Le CRPA est également partenaire de l'Ordre des avocats du Barreau de Versailles (Yvelines) sur la question de l'hospitalisation psychiatrique sans consentement, et est adhérent au Réseau européen des usagers et survivants de la psychiatrie (ENUSP – REUSP).

prennent, s'agissant de ces de ces mesures de soins sans consentement, des décisions écrites et motivées, ce qui n'était pas le cas auparavant.

Notre association a également saisi le Conseil constitutionnel d'une question prioritaire de constitutionnalité sur le statut des unités pour malades difficiles. Ce statut a été considéré comme étant constitutionnel par une décision du Conseil constitutionnel du 14 février 2014, du fait de la réforme du 27 septembre 2013 abrogeant le régime dérogatoire des personnes internées en unités pour malades difficiles.

Cette décision constitutionnelle, ainsi que celle précédente du 20 avril 2012, nous ont néanmoins donné acte du fait que l'univers des unités pour malades difficiles est bel et bien un monde à part, ultra sécurisé, dans lequel la question des droits fondamentaux des personnes qui y sont tenues internées est une vraie question.

Notre association tient également un site Internet où nous nous efforçons de publier des jurisprudences en matière de contrôle judiciaire obligatoire des hospitalisations sans consentement en milieu psychiatrique (essentiellement des décisions de mainlevée de mesure de soins sous contrainte), ainsi que des analyses juridiques sur la question des droits fondamentaux des personnes tenues sous mesures de soins psychiatriques sans consentement. Cette base de données est reconnue, notamment par la haute autorité de santé (HAS), comme étant une base d'information de référence, cela quoique nous ayons ce travers – voire selon certains cette maladie - d'être des contestataires et de réclamer avec les moyens du bord une réforme du système psychiatrique français dans ce sens que ce système doit, selon nous, respecter des droits et libertés des personnes qui y sont prises en charge, singulièrement quand elles sont admises en hospitalisation psychiatrique sans consentement.

Dans un article publié dans un ouvrage collectif en 2014 sous le titre « Consentement et contrainte dans les soins en psychiatrie », p. 41 de cet ouvrage, le Dr Carol Jonas, psychiatre expert, pouvait dire du CRPA ce qui suit : «... on trouvera beaucoup sur un site dont la philosophie est antipsychiatrique, celui du CRPA (mais cela n'enlève rien à la valeur des décisions) et maintenant sur le site du ministère de la santé. ». C'est dire que nous serions résolument parfaits si nous n'étions pas contestataires...

## **2. Les raisons qui nous font demander qu'une alerte internationale soit posée sur la France du fait des dérives de son système psychiatrique.**

### **2.1. Rapports officiels.**

Les dernières statistiques disponibles en matière de mesures d'hospitalisations et de soins psychiatriques sans consentement font apparaître une augmentation inquiétante du nombre de personnes qui ont été admises en soins sans consentement en 2015 par rapport aux années antérieures. En 2015, d'après une enquête de l'IRDES (institut de recherche et documentation en économie de la santé)<sup>2</sup> 92 000 personnes ont été en mesures de soins sans consentement, dont 79 000 personnes l'ont été en hospitalisations sans consentement, 13 000 personnes étant en programmes de soins ambulatoires sans consentement depuis plus d'un an. Cela alors même qu'en 2012 il avait été établi par ce même institut de recherche que 77 000 personnes avaient été en mesures de soins sans consentement.

---

<sup>2</sup> Cf. Les soins sans consentement en psychiatrie : bilan après quatre années de mise en œuvre de la loi du 5 juillet 2011. Magali Coldefy, Sarah Fernandes, David Lapalus. Questions d'économie de la santé, n°222, février 2017.

Le député M. Denys Robillard s'est longuement interrogé sur cette augmentation de la file active des personnes en soins psychiatriques sans consentement dans un rapport publié le 15 février 2017 par la commission des affaires sociales de l'Assemblée nationale<sup>3</sup>. Ce rapport qui du reste reprend certaines de nos analyses et de nos préconisations, liste des recommandations de la mission parlementaire d'évaluation de la loi du 27 septembre 2013 qui a réformé partiellement la loi du 5 juillet 2011. Nous pensons que ces recommandations doivent être mises à effet. Parmi les pièces annexées au présent texte, vous trouverez les textes que notre association a déposés dans les mains du député M. Denys Robillard et de son collègue député M. Denis Jacquat qui était co-rapporteur de cette mission d'information.

Les derniers rapports du Contrôle général des lieux de privation de liberté sont concordants sur un ensemble de questions graves telles l'abus de l'utilisation de l'isolement et de la contention dans les murs des institutions psychiatriques, le défaut ou les carences graves dans l'information des personnes en soins psychiatriques sans consentement sur leurs droits et voies de recours, une infantilisation systématique, des carences graves dans la mise à effet des dispositions du contrôle judiciaire des mesures d'hospitalisation sans consentement instauré il y a seulement six ans (depuis le 1<sup>er</sup> août 2011), cela sur la base de décisions du Conseil constitutionnel saisi par des requérants au demeurant issus de nos rangs, qu'il s'agisse du Groupe information asiles ou plus tard du CRPA<sup>4</sup>.

Même constat de la part du député M. Denys Robillard.

## **2.2. Dysfonctionnements du contrôle judiciaire des hospitalisations psychiatriques sans consentement.**

Les dispositions législatives et normatives favorables aux personnes hospitalisées ou en soins psychiatriques sans leur consentement, et notamment le contrôle judiciaire de ces mesures, ne sont pas pleinement mis à effet à travers le territoire, et prêtent lieu à des défauts d'application graves, quand il ne s'agit pas d'obstructions pures et simples.

Certains établissements de la région parisienne ont boycotté les audiences de contrôle des juges des libertés et de la détention (JLD) plusieurs années durant, en refusant d'envoyer les patients hospitalisés sans leur consentement à ces audiences. Ainsi l'établissement public de santé mentale (EPSM) Ville Evrard, en Seine-Saint-Denis (93), ne s'est décidé à envoyer en comparution les personnes hospitalisées sans leur consentement dans ses murs, devant les juges des libertés et de la détention, que depuis un an et demi à deux ans, une salle d'audience spécifique ayant été ouverte au sein de cet établissement facilitant le transfert des patients en soins sans consentement à ces audiences.

Pendant plusieurs années les audiences des contrôle obligatoires des mesures d'hospitalisations sans consentement du ressort du tribunal de grande instance de Bobigny ont été un tête-à-tête entre le juge des libertés et de la détention et tel avocat commis d'office du barreau de Bobigny discutant de la mesure d'hospitalisation sans consentement sans la présence de l'intéressé, et

---

<sup>3</sup> Rapport d'information n°4486, déposé le 15 février 2017, en 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 personnes faisant l'objet de soins psychiatriques et aux modalités de leur prise en charge. MM. les députés Denys Robillard et Denis Jacquat.

<sup>4</sup> Cf. Contrôleur général des lieux de privation de liberté, 2016, Isolement et contention dans les établissements de santé mentale, notamment p. 62.

donc sans que celui-ci puisse faire valoir son point de vue, dans le cadre d'une audience uniquement sur pièces. On trouve mieux comme respect du droit à un procès équitable constituant en l'espèce une procédure d'habeas corpus.

On note des juridictions particulièrement répressives qui rejettent systématiquement les moyens de droit qui sont soulevés et qui valident systématiquement les certificats médicaux présents dans les dossiers.

On observe des établissements psychiatriques en très grand nombre dans lesquels les personnels n'expliquent pas aux patients tenus sous contrainte ce qu'il en est de l'audience de contrôle devant les JLD, ce qu'il en est de l'avocat qui leur sera commis d'office ou qu'ils peuvent choisir. Des établissements où l'on ne dit surtout pas aux patients sous contrainte que le contrôle judiciaire des hospitalisations sans consentement a été instauré en France suite à des décisions de censure prises par le Conseil constitutionnel, en faveur du droit des patients psychiatisés, ces audiences n'étant pas des audiences pénales mais bien des procédures civiles destinées au fond à éviter les internements abusifs et à statuer sur la légalité des mesures.

À défaut d'explications et d'informations dûment délivrées, de façon objective et loyale, sans ce paternalisme intrinsèquement lié à l'exercice coutumier de la psychiatrie, les patients qui sont envoyés aux audiences des juges des libertés et de la détention à travers le pays, peuvent penser légitimement qu'il s'agit d'audiences qui les incriminent, avec des juges accusatoires, des avocats qui leur seront commis dans le sens d'une innocence par rapport à une culpabilité. De façon très fréquente dans le pays le contrôle judiciaire obligatoire des hospitalisations psychiatriques sans consentement est transformé insidieusement en une procédure quasi pénale pour les patients, alors même que ce contrôle judiciaire a été instauré en faveur des droits fondamentaux des personnes psychiatisées sous contrainte.

C'est ainsi que l'été passé a pu être présenté valablement au festival de Cannes un film d'un cinéaste très connu, Raymond Depardon, intitulé « 12 jours ». Pour l'élaboration de ce film ce cinéaste, conseillé et assisté par un psychiatre du CHS le Vinatier, la Dr Natalie Giloux, a filmé quelques 71 audiences du juge des libertés de la détention de Lyon. Aucune de ces audiences ne se concluant par une mainlevée ; cela alors même que le pourcentage national de mainlevées de mesures d'hospitalisations psychiatriques sans consentement est de 8 % du total des mesures contrôlées, soit environ 6 400 mainlevées en 2016 ainsi qu'en 2015 sur 78 000 mesures contrôlées<sup>5</sup> ... Nombre des patients filmés pensaient être incriminés pénalement par le biais de ces audiences. Les avocats commis d'office lors de ces audiences ne soulevaient aucune nullité, alors même que le terrain du contentieux de l'hospitalisation sans consentement est un des terrains du droit en France qui fonctionne par les exceptions d'irrégularités. Ce film à grand spectacle délivre un message sur la « folie » et l'univers psychiatrique ainsi que sur le contrôle judiciaire des internements psychiatriques, nihiliste et dérisoire. D'après les comptes rendus publiés dans les médias à propos de ce film on sort après avoir vu ce film en se disant : « mais que vient faire le droit là-dedans ? Le monde judiciaire n'a pas sa place dans le monde de la folie... etc. ».

Nous en sommes en France à ce que des dispositions législatives et normatives favorables aux droits fondamentaux des personnes psychiatisées sous contrainte ont été adoptées et sont dans les textes, en très large partie sous le forceps de décisions successives du Conseil constitutionnel, alors même que les acteurs du terrain psychiatrique dans leur très large majorité

---

<sup>5</sup> Cf. Statistiques en matière de soins sous contrainte. Saisine du JLD de 2012 à 2016. Résultats 2013 – 2016. Ministère de la Justice, mai 2017.



n'en voulaient pas, les acteurs du terrain judiciaire non plus, mis à part le Syndicat de la magistrature et quelques avocats militants ou ayant eu à connaître de ce type de contentieux, le gouvernement n'en voulait pas, le parlement non plus, l'administration non plus. Mais les requérants, c'est-à-dire nous autres, nous en voulions. Nous voulions du droit dans l'internement psychiatrique. Nous sommes quelques-uns à avoir payé le prix, de nos personnes, pour qu'existe dans ce pays un droit pour les personnes internées en psychiatrie. Ainsi la personne qui rédige ces lignes a été pendant près de 17 ans devant les juridictions pour que le droit soit dit concernant sa propre psychiatisation entre 1986 et 1988.

Il y a en France actuellement un fossé entre l'état des textes et les pratiques, entre un droit positif qui se développe à vive allure, et des freins institutionnels conséquents à ce développement du droit.

Ce gap, cette fracture entre ce que disent les textes qui sont favorables aux personnes psychiatisées sous contrainte et l'état de fait, pose en soi problème et devrait prêter lieu à une alerte internationale, de sorte que la France respecte ses propres textes, et fasse passer dans la pratique les dispositions adoptées ces dernières années par le Parlement, ainsi d'ailleurs que par la HAS (voir à ce sujet la recommandation récente de la HAS sur l'isolement et la contention en psychiatrie générale, cette recommandation étant restrictive).

La simple lecture des témoignages que nous mettons à disposition, mais aussi des bilans et des rapports de visite opérés par le Contrôle général des lieux de privation de liberté dans des établissements psychiatriques depuis 2008, et plus systématiquement depuis trois ans, amène à penser qu'il y a en France une situation où dans la plupart des établissements psychiatriques, et dans un grand nombre de services psychiatriques, des violations habituelles et plus ou moins graves des droits fondamentaux des personnes psychiatisées ont lieu.

En France à l'heure actuelle nous en sommes à ce que doit être envisagée la mise en œuvre d'une politique effective de réduction des hospitalisations psychiatriques sous contrainte, mais aussi une politique de réduction des soins psychiatriques ambulatoires sans consentement, ceux-ci étant en cours de forte montée en charge comme le démontre la dernière étude précitée publiée par l'IRDES en février 2017.

### **2.3. Du rôle de l'UNAFAM et des tenants de la psychiatrie biologique dans la légalisation des soins ambulatoires sans consentement.**

On notera à ce sujet que les programmes de soins ambulatoires sans consentement ont été légalisés sur la demande et sur la pression continue de l'UNAFAM (union nationale des familles et amis de personnes malades et/ou handicapées psychiques) dont cela a été un cheval de bataille depuis sa fondation en 1963.

La légalisation de ces mêmes programmes de soins ambulatoires sans consentement a été vivement réclamée par des générations de psychiatres du courant de la psychiatrie biologique : celles et ceux qui sont tenants de cette école selon laquelle les maladies mentales sont de substrat organique et qu'il y a lieu de privilégier de manière centrale les médicaments et non tout autre approche qui soit de type psychosocial et relationnel. Ce courant de pensée qui déresponsabilise aussi totalement que possible les familles et la société en ce qu'elles peuvent avoir de dysfonctionnel pour nombre d'entre nous. La France connaît une exclusion et un chômage de masse qui touche plus de 15 % de la population totale du pays. Ce courant de

pensée est actuellement prévalent dans la psychiatrie française contemporaine. Or cette école est aussi à notre sens une école du refus d'une prise en charge efficace, humaine et authentique des patients. Elle met fondamentalement en péril les droits fondamentaux et les libertés des personnes prises en charge dans un pareil système. En effet les patients sous cet angle sont immédiatement déshumanisés et placés à vie sous médicaments psychiatriques.

#### **2.4. Désinstitutionnalisation et inflation des files actives en psychiatrie.**

La politique de désinstitutionnalisation menée ces dernières décennies a eu également un effet pervers redoutable : une démultiplication de la file active des personnes psychiatriquées tantôt dans les murs, tantôt en ambulatoire, mais aussi chronicisées, souvent de façon induite. À l'heure actuelle plus de 2 millions de personnes sont en suivi par les dispositifs de la psychiatrie publique. Cela sans compter les personnes en suivi en psychiatrie privée.

Les données prospectives en matière de santé mentale<sup>6</sup>, donnent des projections de l'ordre de 20 à 25 % de la population générale pouvant relever d'une prise en charge psychiatrique. Quand on sait que pour nombre de familles, d'équipes de soins, de donneurs d'ordres en la matière, ainsi que pour « l'opinion publique » (c'est-à-dire pour les détenteurs des lignes éditoriales des media de masse), en matière psychiatrique les traitements règnent, lesquels sont à prendre à vie, pathologies dites incurables ou seulement stabilisables (risques de troubles à l'ordre social aidant). On ne peut que se dire que la France est un pays paradisiaque pour les profits des firmes pharmaceutiques fabriquant et commercialisant les traitements psychotropes, ainsi que pour leurs actionnaires.

#### **2.5. Une inflation de lits sécuritaires.**

Il faut noter qu'en France il y a eu une explosion depuis le tournant sécuritaire de 2002 de lits psychiatriques d'enfermements purs et simples ouverts ou spécialisés dans le cadre d'une optique purement et simplement répressive. Nous sommes passés de quatre unités pour malades difficiles à dix actuellement avec une hausse de la capacité hôtelière de ces unités d'environ 50 %. Dans la plupart des établissements psychiatriques ont été développées des USIP (unités de soins intensifs psychiatriques), des UMAP (unités pour malades agités et perturbateurs), des USI (unités de soins intensifs). Cela sans compter l'ouverture par tranches successives des UHSA (unités hospitalières spécialement aménagées), qui relèvent de l'administration pénitentiaire et qui sont des hôpitaux psychiatriques carcéraux.

#### **2.6. Le défaut très français de représentation effective des patients et ex-patients psychiatriqués dans les instances de de santé publique.**

Un dernier point pose un grave problème en France qui est le défaut de ce que l'on appelle « la démocratie sanitaire », à savoir l'organisation et la représentation des personnes psychiatriquées elles-mêmes.

La représentation des usagers en psychiatrie en France est écrasée par l'UNAFAM qui la tient sous sa tutelle. La représentation institutionnelle des patients est donc ainsi sous la tutelle des

---

<sup>6</sup> Selon nous ce qu'on appelle la « santé mentale » est le nom d'un certain impérialisme psychiatrique.

familles de malades. L'UNAFAM tient de fait sous sa dépendance la principale fédération d'associations de patients psychiatriques en France qui est la FNAPSY (ni présente ni représentée dans la présente audition). Nos associations ont le plus grand mal à exister dans un paysage pareil.

Je précise à cet endroit que les postulations que le CRPA a produites depuis que nous avons obtenu un agrément pour la représentation des patients dans le système de santé en septembre 2016, ont toutes été rejetées au motif que là où nous avons postulé l'UNAFAM siège. Les décideurs considérant en l'espèce que l'UNAFAM, qui représente les familles de patients psychiatisés, représente à elle seule valablement les patients du territoire concerné. Nous avons d'ailleurs engagé trois instances distinctes en juridiction administrative contre cet état de fait.

Nous trouvons au surplus pour le moins curieux que l'UNAFAM, depuis 2016, à travers le drame du Centre psychothérapique de l'Ain et ses épouvantables pratiques systématiques d'isolement - contention des patients admis dans cet établissement<sup>7</sup>, puisse se prévaloir de défendre les droits fondamentaux des personnes psychiatisées, alors même que cette centrale nous a combatus, tant à l'époque de la pleine activité juridique du Groupe information asiles (GIA) - nous luttions contre l'internement abusif, l'UNAFAM ripostait qu'on était en risque d'externement abusif - qu'à celle actuelle du CRPA.

Je signale à ce sujet, qu'en tant que président du CRPA, j'ai eu la surprise en décembre 2012 de recevoir une lettre recommandée avec avis de réception me mettant en demeure de cesser mes activités militantes parce que celles-ci gênaient nombre de familles adhérentes à l'UNAFAM, qui en avaient saisi la direction nationale de l'UNAFAM, laquelle avait sollicité son avocat afin de m'intimer de stopper mon militantisme.

Cette avocate de l'UNAFAM déposait finalement plainte contre moi début 2013 du fait que j'avais osé téléphoniquement m'insurger de cette mise en demeure, du chef d'insultes et d'appels téléphoniques malveillants. Il se trouve que cette plainte de l'avocate de l'UNAFAM ainsi que sa constitution de partie civile ont été rejetées et déclarées irrecevables par un jugement définitif du tribunal de police de Paris du 14 octobre 2013<sup>8</sup>.

J'avais osé en qualité de président du CRPA mettre sur pied un plan de bataille pour qu'une de nos adhérentes réchappe d'une demande de mise sous curatelle renforcée, mais aussi d'une demande de mise sous traitements psychiatriques sous contrainte formulée par son père, adhérent à l'UNAFAM, auprès du Procureur de la république de Paris d'une part, et d'autre part auprès du centre médico psychologique du secteur d'habitation de sa fille. La personne dont il s'agissait n'avait objectivement besoin ni d'une mesure de curatelle renforcée, ni d'être placée ad vitam sous médicaments psychiatriques. Cette personne avait foncièrement besoin de devenir enfin une adulte, alors qu'elle devenait quadragénaire, et de mener une vie d'adulte digne de ce nom.

Il n'est pas anodin d'observer que dans cette affaire, cette personne qui avait été longuement patiente libre sur un secteur de psychiatrie parisienne, souffrait et se plaignait des séquelles de viols qu'elle avait subis enfant au sein de sa famille.

---

<sup>7</sup> Recommandation 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), journal officiel du 16 mars 2016.

<sup>8</sup> Jugement n°13/A70063, tribunal de police de Paris, 14 octobre 2013.

La psychiatrie française ainsi que ces décideurs, les agences régionales de santé, le ministère de la santé (qui d'ailleurs est de bonne volonté), les décideurs municipaux, les directeurs d'établissements doivent se décider à admettre des représentants de patients provenant de nos différentes associations qui puissent siéger dans les instances des établissements psychiatriques, ainsi que dans les instances territoriales en santé mentale, et non désigner quelques potiches aux ordres plus ou moins psychiatriquées leur servant de police auxiliaire pour asservir la population psychiatriquée.

Ces mêmes décideurs doivent se résoudre à cesser de ne désigner comme représentants des usagers dans les instances sanitaires et sociales couvrant le champ psychiatrique, que des représentants de l'UNAFAM, lesquels sont clairement des représentants de familles ayant aussi souvent que possible intérêt aux mesures de soins psychiatriques sans consentement. Les familles sont en France les principales demandeuses de mesures de soins psychiatriques sans consentement.

Dans nombre d'établissements psychiatriques sont désignés par les Préfectures en qualité de représentants des patients psychiatriques des représentants des UDAF (unions départementales des associations familiales) à qui est déférée par les juges des tutelles, la gestion des mesures de tutelle et de curatelle déclarées vacantes au niveau familial et confiées à l'État... Et autres cas de figure qui permettent d'évacuer totalement dans la plupart des instances sanitaires et sociales du pays, une représentation des personnes psychiatriquées par des personnes ayant elles-mêmes connu la psychiatrie en qualité de patients.

### **3. Conclusion.**

Un constat s'impose : en France le seul fait lui-même que les personnes psychiatriquées aient des droits a été et reste conflictuel.

La psychiatrie publique stricto sensu est de plus en plus spécialisée sur la contrainte, les soins libres étant rejetés vers l'extrahospitalier, alors même que depuis la légalisation des soins ambulatoires sans consentement le spectre d'une mise sous soins sous contrainte plane sur toute personne en soins libres à l'heure actuelle en France.

La situation en France est potentiellement d'autant plus grave que la France est depuis un peu moins de deux ans sous état d'urgence, et que des dispositions législatives sont prises graduellement ces dernières années pour faire rentrer les normes de l'état d'urgence dans le droit commun. Depuis cet été, par le biais du Ministre de l'Intérieur pris en relai par le Président de la République, il est question que le système psychiatrique tant public que privé soit mis à contribution dans le dépistage de profils djihadistes. Pour nous qui avons connu la période où M. Nicolas Sarkozy fut ministre de l'Intérieur puis Président de la République, entre 2002 et 2012, nous avons en mémoire les amalgames systématiques pratiqués par les médias et nombre de politiques sur la thématique du « schizophrène dangereux ». Nous ne pouvons qu'être en alerte.

Point positif néanmoins, nous observons qu'en France, en large partie du fait de nos actions procédurales, mais aussi du fait de l'instauration à dater de 2008 du Contrôle général des lieux de privation de liberté, ainsi que du travail parlementaire mené de 2013 à 2017 par le député M. Denys Robiliard (PS), des dispositions textuelles ont été prises qui ont force de loi, et qui sont en faveur des droits des personnes psychiatriquées dans ce pays.

Incontestablement les législations du 5 juillet 2011 et du 27 septembre 2013 ont permis que des juristes à travers le pays s'intéressent à ces questions, s'en saisissent et que soit développée une jurisprudence actuellement en cours d'expansion qui est favorable aux personnes psychiatisées. Mais nous sommes contraints d'observer que cela s'est fait sous le forceps de décisions successives du conseil constitutionnel, et non par des concertations qui auraient dû se mettre en place à l'instar de ce qui s'est fait dans les pays d'Europe du Nord, au Royaume-Uni, en Italie, de façon plus lointaine également au Québec.

Nous en appelons à ce qu'il soit mis fin à ce retard français sur la question du respect des droits fondamentaux des personnes psychiatisées.

Pour l'ensemble de ces motifs nous demandons qu'une alerte internationale soit posée sur la France en ce qui concerne les droits fondamentaux des personnes psychiatisées.

---

## **Bordereau de communication de documents.**

1. Audition du CRPA le 4 janvier 2017, par la commission des affaires sociales, Assemblée nationale. Texte déposé n°1.
  2. Idem. Texte déposé n°2.
  3. Idem. Texte déposé n°3.
  4. Hospimedia, 15 février 2017, à propos du rapport de la mission d'évaluation de la loi du 27 septembre 2013 sur les soins psychiatriques sans consentement.
  5. Statistiques du ministère de la Justice sur les contrôles judiciaires des mesures de soins psychiatriques sans consentement, 2013 à 2016.
  6. Observations du CRPA sur le projet de recommandation de la HAS sur l'isolement et la contention en psychiatrie générale. 10 janvier 2017.
  7. Témoignage de Mme Laurence Renaud, membre du Bureau du CRPA, sur le SHU, CH Sainte-Anne à Paris. 30 septembre 2017.
  8. Témoignage du père d'une personne hospitalisée d'office ayant subi 60 jours de suite d'isolement - contention. 16 février 2016.
  9. La contention en psychiatrie : il faut désormais respecter la loi. Me Gilles Devers, pour le compte de la FNAPSY. Juin 2016.
  10. Médiapart. Interview de Me François Sureau (avocat) à propos du rôle de garant des libertés individuelles du Conseil constitutionnel. 16 septembre 2016.
  11. Communiqué de presse du Conseil constitutionnel à propos de la décision du Haut conseil censurant le dispositif français de l'hospitalisation à la demande d'un tiers. 26 novembre 2010.
  12. Observations du Groupe information asiles (GIA) en intervention volontaire dans le cadre de la question prioritaire de constitutionnalité statuée le 26 novembre 2010.
  13. La loi du 5 juillet 2011 : tournant sécuritaire et « putsch » judiciaire, André Bitton, L'Information psychiatrique, janvier 2013.
  14. Le Conseil constitutionnel impose de meilleures garanties pour les malades jugés dangereux. Le Monde, 21 avril 2012.
  15. Communiqué de presse du Conseil constitutionnel résumant la décision de censure prise le 20 avril 2012 par le Haut conseil, à propos de deux articles de la loi du 5 juillet 2011 relative aux soins psychiatriques sans consentement.
  16. Contrôle judiciaire des hospitalisations psychiatriques sans consentement. Éléments pour un comparatif, 2005 - 2015. André Bitton. L'Information psychiatrique, juillet 2015.
  17. La représentation des usagers en psychiatrie : une représentation sans contenu. André Bitton. Les cahiers de santé publique et de protection sociale. Fondation Gabriel Péri. Août 2015.
-

# **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**

Paris le 13 octobre 2017

**Mesdames et Messieurs,  
Membres de la presse,**

En ma qualité de Rapporteur Spécial des Nations Unies pour les droits des personnes handicapées, je conclus aujourd'hui ma première visite officielle en France, laquelle a eu lieu du 3 au 13 octobre 2017. Je suis experte indépendante mandatée par le Conseil des droits de l'homme et l'Assemblée Générale des Nations Unies pour formuler des avis sur les avancées, opportunités et défis rencontrés dans la mise en œuvre des droits des personnes handicapées dans le monde entier.

J'aimerais, pour commencer, remercier chaleureusement le Gouvernement français de son invitation à visiter son pays afin d'évaluer, dans un esprit de dialogue et de coopération, le degré de réalisation des droits des personnes handicapées, ainsi que les opportunités et difficultés existantes. Je le remercie également pour la **transparence, l'ouverture et l'excellente coopération** dont j'ai bénéficié en amont et au cours de mon séjour. Je tiens, en particulier, à exprimer ma reconnaissance à la Secrétaire d'Etat auprès du Premier Ministre chargée des personnes handicapées, ainsi qu'au Secrétaire Général du Comité Interministériel du Handicap (CIH), chargé de coordonner ma visite.

Je remercie particulièrement toutes les personnes handicapées, et les organisations qui les représentent, d'avoir bien voulu me rencontrer. Merci notamment aux personnes autistes et aux personnes avec handicaps psychosociaux qui m'ont transmis leurs difficultés, préoccupations et désirs de changement.

Au cours de ma visite, je me suis entretenue avec de nombreux hauts fonctionnaires du Gouvernement et représentants d'administrations diverses : départements et collectivités territoriales, Maisons Départementales des Personnes Handicapées (MDPH), la Commission Nationale Consultative des Droits de l'Homme (CNCDH), le Défenseur des Droits (DDD), certaines institutions administratives indépendantes (CGLPL, CSA), diverses organisations de personnes handicapées ou œuvrant en faveur de celles-ci, ainsi que des prestataires de services. J'ai visité, à Lyon et Avignon, deux centres hospitaliers équipés de services psychiatriques et autres pour personnes handicapées, l'infirmerie psychiatrique de la Préfecture de Police de Paris, un institut médico-éducatif à Lyon, un collège avec des pratiques inclusives à Paris et un projet de logement inclusif à Marseille.

Je vais maintenant vous présenter quelques observations et recommandations préliminaires fondées sur les informations officielles portées à mon attention. Ces conclusions seront développées plus en détail dans un rapport que je présenterai à Genève lors de la 40ème session du Conseil des droits de l'homme des Nations Unies en mars 2019. **Ces observations préliminaires ne constituent pas une liste exhaustive des problématiques portées à mon attention ou des mesures prises par l'Etat français dans le domaine du handicap.**

### *Cadre juridique et d'orientation*

A l'échelon international, la France a ratifié la Convention relative aux droits des personnes handicapées (CDPH) et son Protocole facultatif en 2010, ainsi que tous les autres traités internationaux relatifs aux droits de l'homme, à l'exception de la Convention internationale sur la protection des droits de tous les travailleurs migrants et de leurs familles. J'engage la France à ratifier cette Convention, ainsi que le " Traité de Marrakech visant à faciliter l'accès des aveugles, des déficients visuels et des personnes ayant d'autres difficultés de lecture des textes imprimés aux œuvres publiées ". J'invite également l'Etat français à envisager le retrait de sa déclaration interprétative s'agissant des articles 15 et 29 de la CDPH.

En mars 2016, la France a soumis son premier rapport d'Etat au Comité des droits des personnes handicapées, qui l'examinera prochainement. La France a fait l'objet d'examens récents auprès du Comité des droits de l'homme (2015) et du Comité des droits de l'enfant (2016), qui ont formulé des recommandations spécifiques concernant les droits des personnes handicapées. En 2013, le pays a été évalué au titre de l'examen périodique universel, notamment en matière de handicap, et sera soumis à une nouvelle évaluation en janvier 2018. La France a adressé aux procédures spéciales du Conseil des droits de l'homme une invitation permanente à se rendre sur son territoire et accueille régulièrement la visite d'experts indépendants.

A l'échelon régional, la France a ratifié la Convention européenne des droits de l'homme ainsi que d'autres traités relatifs aux droits de l'homme adoptés par le Conseil de l'Europe. La France est liée par la Stratégie du Conseil de l'Europe sur le Handicap 2017-2023 et par la Stratégie 2010-2020 de l'Union Européenne en faveur des personnes handicapées. L'article 55 de la Constitution française consacre la primauté sur le droit national des conventions internationales, notamment la CDPH, qui sont directement mobilisables devant les tribunaux.

Le cadre législatif et normatif français en matière de handicap repose sur la " Loi du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées ". La France a accompagné l'adoption de cette loi, antérieure à la CDPH, de mesures visant à favoriser l'accès des personnes handicapées à l'information et à la communication, à la protection sociale, la santé, l'emploi et l'éducation. Cependant, cette législation n'est pas pleinement conforme à la CDPH. A titre d'exemple, la définition du handicap au titre de la Loi de 2005 ne correspond pas à la Convention et



nécessiterait d'être révisée. De plus, cette loi ne reconnaît pas le droit à des aménagements raisonnables.

Malgré ce cadre, comme je l'expliquerai tout à l'heure, je constate avec préoccupation que certaines dispositions ne sont pas conformes à l'article 12 de la CDPH, qui reconnaît la pleine capacité juridique des personnes handicapées. C'est le cas, notamment, du Code Electoral, du Code Civil et de la loi sur la santé mentale. Je souhaite encourager les autorités législatives compétentes à entreprendre un examen global de leur cadre normatif afin de finaliser le processus d'harmonisation juridique, conformément à l'article 4 de la CDPH.

---

### *Privation de liberté et traitement sans consentement*

Le droit français permet l'hospitalisation et le traitement sans consentement des personnes avec handicap psychosocial. Le Code de Santé Publique, modifié par la Loi No 2011-803 du 5 juillet 2011, régit les conditions et procédures relatives aux soins psychiatriques sans consentement, que ce soit en ambulatoire ou sous forme d'hospitalisation complète ou partielle, à la demande d'un tiers ou d'un représentant de l'Etat. Le juge des libertés et de la détention doit statuer sur la nécessité de maintenir toute mesure d'hospitalisation complète avant l'expiration d'un délai de douze jours après admission.

Au cours de ma visite, il m'a été rapporté que de nombreuses personnes autistes ou des personnes avec handicap psychosocial font l'objet de soins psychiatriques sans consentement. Il semble également que les occasions de s'opposer à leur hospitalisation soient limitées. En effet, les juges se fient principalement à l'avis des médecins et les personnes handicapées redoutent de rencontrer le juge, n'étant pas suffisamment informées du but de l'entrevue. De ce fait, de nombreuses personnes handicapées demeurent en hôpital psychiatrique pendant de longues périodes. L'absence d'accompagnement de proximité fait que certaines d'entre elles sont, par la suite, placées en établissements de long séjour, où elles finiront leurs vies.

De surcroît, j'ai reçu de graves allégations d'abus et de traitements dégradants à l'encontre de personnes handicapées faisant l'objet de soins psychiatriques sans consentement. On m'a, notamment, signalé des cas d'abus sexuels et psychologiques, le recours à l'isolement et à la contention, la pratique du "packing" pour les personnes autistes et des menaces d'hospitalisation sans consentement émanant du personnel soignant. A titre d'exemple, des personnes recevant un traitement psychiatrique en ambulatoire rapportent l'imposition de couvre-feux et la restriction de leur mobilité sous peine d'hospitalisation forcée. Pourtant, les traitements sans consentement en ambulatoire ne font pas l'objet d'un contrôle judiciaire.

Dans ce contexte, je salue les initiatives portées à ma connaissance notamment le programme " Un chez-soi d'abord ", qui fournit des solutions de logement et d'accompagnement individualisées aux personnes avec handicap psychosocial, ainsi qu'une maison de répit accueillant le même public à Marseille. J'engage le Gouvernement à renforcer son soutien et permettre la montée en puissance de ces initiatives, ainsi que d'autres solutions alternatives de proximité, qui respectent les droits et la dignité des personnes handicapées conformément à la CDPH. De plus, j'exhorte la France à revoir son cadre juridique relatif aux soins psychiatriques sans consentement de façon que toute intervention thérapeutique soit fondée sur un consentement libre et éclairé.

---

**Mesdames et Messieurs,  
Membres de la presse,**

La France est un pays de traditions fortes et de valeurs démocratiques et républicaines. L'idéal du modèle républicain français " Liberté, Egalité, Fraternité " doit présider à l'inclusion pleine et entière des personnes handicapées dans tous les domaines de la vie. La politique du handicap en France doit faire sien cet idéal, et fournir à toutes les personnes handicapées davantage de possibilités pour vivre comme elles l'entendent.

J'aimerais conclure en exprimant de nouveau toute ma reconnaissance à l'Etat français pour son invitation. Ma visite m'a permis de mieux comprendre la situation des personnes handicapées en France. Cette invitation officielle, et les informations glanées au cours de mon séjour, indiquent un fort engagement et une volonté politique au plus haut niveau pour assurer la protection et l'effectivité des droits des personnes handicapées en France. Je suis convaincue que le nouveau Gouvernement œuvre dans le bon sens, mais une transformation plus profonde est nécessaire afin d'assurer l'exhaustivité et la pérennité des solutions apportées. J'espère que ma visite et mon rapport seront utiles à la France dans son cheminement futur, et l'aideront à prendre le virage nécessaire pour créer une société véritablement inclusive.

---



## **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.

**TRIBUNAL ADMINISTRATIF DE PARIS**

**REQUETE INTRODUCTIVE D'INSTANCE**

POUR :

**L'Association Cercle de Réflexion et de Proposition d'Action sur la psychiatrie(CRPA),**

Association régie par la loi de 1<sup>er</sup> juillet 1901, dont le siège social est 14 rue des Tapisseries - 75017 PARIS, prise en la personne de son Président, Monsieur André BITTON, domicilié en cette qualité audit siège.

Ayant pour Avocat :

**Maître Raphaël MAYET**

SELARL MAYET ET PERRAULT

Avocat à la Cour - C 393

16 rue André Chénier - 78000 VERSAILLES

Tél. : 01.39.20.36.90. - Fax : 01.39.20.36.89.

CONTRE :

Une décision du Délégué Départemental des Hauts de Seine de l'Agence Régionale de Santé d'Ile de France en date du 1<sup>er</sup> août 2017 par laquelle l'Agence Régionale de Santé a refusé l'intégration de l'association CRPA au sein du Conseil de Surveillance et de la Commission des Usagers de l'EPS ROGER PREVOT situé à MOISSELLES (Val d'Oise), et ensemble la décision de rejet de recours hiérarchique adressé le 26 septembre 2017 au Directeur de l'Agence Régionale de Santé d'Ile de France - 35 rue de la Gare - 75019 PARIS.

**I RAPPEL DES FAITS ET DE LA PROCEDURE :**

L'Association Cercle de Réflexion et de Proposition d'Action sur la psychiatrie, ci-après dénommée CRPA, a pour objet à titre principal (pièce 2) « *D'informer sur l'abus et l'arbitraire en psychiatrie, de promouvoir l'effectivité des Droits de l'Homme et des droits de la défense dans l'exercice de la psychiatrie, en particulier dès lors qu'il s'agit de mesures de contrainte, selon l'article 5 paragraphe 1-E de la Convention Européenne de Sauvegarde des Droits de l'Homme et des Libertés Fondamentales, ainsi que selon l'article L 3211-1 du Code de la Santé Publique.*

*Le CRPA milite contre l'internement psychiatrique arbitraire, contre toute extension de la contrainte au soin psychiatrique, contre le détournement du soin psychiatrique à des fins répressives, contre les traitements inhumains et dégradants et contre les atteintes à l'intégrité physique des personnes dans le cadre des prises en charge psychiatriques.*

*Les actions d'information et de mobilisation de l'association peuvent revêtir la forme de publications, notamment sur internet, de colloques, d'interventions et d'actions judiciaires tant dans des dossiers personnels en intervention volontaire, que contre des acteurs réglementaires ou législatifs notamment par le biais de Questions Prioritaires de Constitutionnalité.*

*Le CRPA participe au combat contre la discrimination à l'égard des malades mentaux et milite contre tout usage discriminatoire de la psychiatrie.*

*Le CRPA, dans la mesure où il y est convié, représente dans diverses instances la voix des personnes psychiatisées dans le sens d'une réforme du système de prise en charge psychiatrique afin que celui-ci soit respectueux des droits et libertés des personnes prises en charge dans ce système ».*

A cet égard, l'association a obtenu le 6 septembre 2016 de l'Agence Régionale de Santé d'Ile de France l'agrément pour représenter les usagers dans les instances hospitalières et de santé publique de la Région Ile de France, conformément à l'article L 1114-1 du Code de la Santé Publique (pièce 1).

A ce titre l'association a donc qualité pour représenter les usagers dans toutes les instances de représentations de ceux-ci tel que prévu par le Code de la Santé Publique.

A la suite de l'obtention de cet agrément au niveau régional l'association requérante s'est rapprochée de l'Agence Régionale de Santé d'Ile de France afin d'intégrer les organismes de représentation des usagers, et plus particulièrement au sein de l'établissement public de santé mentale Roger Prévot situé 52 rue de Paris à 95570 MOISSELLES.

A ce titre, le 1<sup>er</sup> juin 2017 le Président de l'association CRPA écrivait à la Déléguée Départementale de l'Agence Régionale de Santé des Hauts de Seine (qui sectorise l'établissement public de santé mentale Roger Prévot de MOISSELLES) afin d'intégrer d'une part le Conseil de Surveillance et d'autre par la Commission des Usagers, en désignant pour chacun de ces organismes un adhérent en tant que titulaire et un adhérent en tant que suppléant.

Il était précisé dans cette demande (pièce 3) que les adhérents de l'association étaient soit des patients psychiques en cours de traitement, soit d'anciens patients psychiques.

Par message électronique en date du 1<sup>er</sup> août 2017, le Délégué Départemental de l'Agence Régionale de Santé pour le département des Hauts de Seine rejetait cette demande au motif que :

*« Par arrêté en date du 2 février 2016 la Déléguée Départementale de l'ARS 92 a désigné 2 représentants des usagers pour siéger au Conseil de Surveillance de l'EPS ROGER PREVOT pour une durée de 5 ans conformément à l'article R 6143-12 du Code de la Santé Publique.*

*Par décision en date du 28 novembre 2016, la Déléguée Départementale de l'ARS 95 a désigné 2 représentants des usagers pour siéger à la Commission des Usagers de l'EPS ROGER PREVOT pour une durée de 3 ans conformément à l'article R 1112-83 du Code de la Santé Publique ».*

Il était précisé que la désignation par l'ARS de nouveaux représentants au sein de ces instances ne pourrait se faire qu'à l'issue de la mandature des représentants actuels.

Par lettre du 26 septembre 2017, reçue le 3 octobre suivant, un recours hiérarchique était exercé au nom de l'association CRPA au motif notamment que seuls des représentants de l'UNAFAM (union nationale des familles et amis de personnes malades et/ou handicapés psychiques) étaient désignés pour représenter les usagers au sein de ces instances (pièce 5).

Aucune réponse n'était apportée à ce recours hiérarchique, et c'est dans ces conditions que l'association requérante saisit le Tribunal Administratif de céans afin d'annuler les décisions de refus d'intégration et de rejet de recours hiérarchique subséquent.

## **II DISCUSSION :**

Il est établi que tant la Commission des Usagers (pièce 6) que le Conseil de Surveillance (pièce 8) de l'établissement public de santé Roger Prévot de MOISSELLES ne comportent en qualité de représentants des usagers que des représentants de l'Union Nationale des Familles et Amis et Personnes Malades et/ou Handicapées Psychiques (UNAFAM).

Il résulte des statuts de cette association (pièce 6) que ne peuvent adhérer à celle-ci que les familles et les amis des personnes qui font ou ont fait l'objet de soins en matière psychiatrique et non les patients eux-mêmes.

Or, tant le Conseil de Surveillance de l'établissement tel que régi par les dispositions des articles L 6143-1 du Code de la Santé Publique et



suivants que la Commission des Usagers doit comporter des représentants des personnes malades.

A ce titre, la notion de représentation des usagers doit être interprétée au regard des dispositions de l'article L 3223-2 du Code de la Santé Publique qui précise cette notion en ce qui concerne les commissions départementales des soins psychiatriques.

Ce texte distingue très clairement la représentation d'associations agréées de personnes malades et la représentation, par le biais d'associations agréées, de familles de personnes malades.

La loi distingue donc 2 catégories d'usagers : les usagers patients et les usagers proches du patient.

Si la représentation de ces derniers, par le biais de l'UNAFAM en l'espèce, est légitime au sein des organismes tel que le Conseil de Surveillance ou la Commission des Usagers, il n'est au contraire pas légitime d'en exclure les représentants des usagers que l'association CRPA a vocation à représenter aux termes de l'agrément qu'elle a obtenu de l'Agence Régionale de Santé le 6 septembre 2016.

Dans ces conditions, la décision de refus d'intégration de la Commission des Usagers et du Conseil de Surveillance de l'EPS ROGER PREVOT à MOISSELLES en date du 1<sup>er</sup> août 2017 et ensemble la décision de rejet de recours hiérarchique présentée le 26 septembre 2017 seront annulées.

Il sera fait injonction à l'Agence Régionale de Santé d'intégrer dans la Commission des Usagers et le Conseil de Surveillance de l'EPS ROGER PREVOT de MOISSELLES les membres que l'association CRPA a proposé le 1<sup>er</sup> juin 2017.

L'Agence Régionale de Santé sera condamnée à payer à l'association CRPA la somme de 1.000 Euros en application de l'article L 761-1 du Code de Justice Administrative.

### **PAR CES MOTIFS**

Et tous autres à déduire, suppléer au besoin même d'office, la requérante sollicite qu'il plaise au Tribunal Administratif de céans de :

- Annuler la décision du Délégué Départemental de l'Agence Régionale de Santé d'Ile de France en date du 1<sup>er</sup> août 2017 rejetant la demande de l'association CRPA tendant à l'intégration du Conseil de Surveillance et de la Commission des Usagers de l'Etablissement Public de Santé ROGER PREVOT à MOISSELLES, et ensemble la décision de rejet de recours présenté le 26 septembre 2017,

- Faire injonction à l'Agence Régionale de Santé d'intégrer au Conseil de Surveillance de l'Etablissement Public de Santé ROGER PREVOT à MOISSELLES Monsieur André BITTON en qualité de titulaire et Madame Yaël FRYDMAN en qualité de suppléante, sous astreinte de 100 Euros par jour de retard à l'issue du délai d'un mois suivant la notification du jugement à intervenir,
- Faire injonction à l'Agence Régionale de Santé d'intégrer Monsieur Patrice HEBERT en qualité de membre titulaire de la Commission des Usagers de l'Etablissement Public de Santé ROGER PREVOT à MOISSELLES et Madame Laurence RENAUD en qualité de membre suppléante de cette même commission sous astreinte de 100 Euros par jour de retard passé le délai d'un mois suivant la notification du jugement à intervenir,
- Condamner l'Agence Régionale de Santé d'Ile de France à payer à l'association CRPA la somme de 1.000 Euros au titre des dispositions de l'article L 761-1 du Code de Justice Administrative.

SOUS TOUTES RESERVES

## **PIECES JOINTES A LA REQUETE**

1. Agrément de l'association CRPA du 6 septembre 2016
2. Statuts de l'association CRPA
3. Demande d'intégration du 1<sup>er</sup> juin 2017
4. Décision de rejet du 1<sup>er</sup> août 2017
5. Recours hiérarchique du 26 septembre 2017
6. Statuts de l'UNAFAM
7. Composition de la Commission des Usagers de l'EPS ROGER PREVOT de MOISSELLES
8. Procès-verbal de réunion du Conseil de Surveillance du 18 octobre 2016
9. Décision d'ester en justice

# Expérience de Rosenhan

---

En psychologie, l'**expérience de Rosenhan**, menée par le psychologue David Rosenhan en 1973, porte sur la validité du diagnostic psychiatrique<sup>1</sup>. Son étude a été publiée dans la revue *Science* sous le titre « *On Being Sane in Insane Places* » (« Être sain dans des lieux qui ne le sont pas »)<sup>2</sup>. Elle est considérée comme une critique importante et influente des diagnostics psychiatriques, d'où sa renommée.

L'étude de Rosenhan est composée de deux parties. La première implique la participation d'associés en bonne santé mentale, les « pseudo-patients », qui simulent des hallucinations auditives brèves dans le but d'être admis dans douze hôpitaux psychiatriques des États-Unis, répartis dans cinq États différents du pays. Ils ont tous été admis et reconnus souffrants de désordres psychiatriques. Après leur admission, ils agissent normalement et déclarent au personnel soignant qu'ils se sentent bien, et n'ont plus d'hallucination du tout. Le personnel de l'hôpital échoue dans chaque cas à détecter la supercherie, et reste au contraire persuadé que tous les pseudo-patients montrent les symptômes d'une maladie mentale.

La seconde partie consiste à demander au personnel d'un hôpital psychiatrique d'identifier de faux patients dans un groupe qui n'en comporte pas. Le personnel soignant détecte faussement comme imposteurs un grand nombre de vrais malades.

La conclusion de l'étude est que les humains ne peuvent pas distinguer les personnes saines des personnes atteintes d'aliénation mentale dans les hôpitaux psychiatriques. Elle illustre également les dangers de la dépersonnalisation et de l'étiquetage dans les établissements psychiatriques. L'étude suggère de remettre en cause la nature du diagnostic porté par les personnels de santé dans les hôpitaux psychiatriques, en prenant en compte les effets induits de l'institution sur les sujets concernés.

## Sommaire

---

**Les pseudo-patients**

**Les imposteurs inexistants**

**Expériences similaires**

**Impact et controverse**

**Notes et références**

Sources

**Articles connexes**

## Les pseudo-patients

---

Rosenhan et sept associés en bonne santé mentale, appelés les « pseudo-patients », ont tenté de se faire admettre dans un hôpital psychiatrique en appelant pour prendre un rendez-vous, et en feignant des hallucinations auditives. Le personnel de l'hôpital n'était pas au courant de l'expérience. Les pseudo-patients étaient un étudiant en psychologie d'une vingtaine d'années, trois psychologues, un pédiatre, un psychiatre, un peintre et une femme au foyer. Aucun n'avait eu de maladie mentale par le passé. Ils utilisaient des pseudonymes, et ceux ayant un métier en rapport avec la santé mentale ont menti sur leur profession, pour ne pas induire de traitement spécial ou de soupçon de la part du personnel soignant. Tous les autres aspects de leur biographie ont été rapportés correctement.

Durant leur évaluation psychiatrique initiale, ils ont déclaré entendre des voix du même sexe qu'eux, souvent indistinctes, semblant parfois prononcer les mots « *empty* » (« vide »), « *hollow* » (« vain » ou « creux »), « *thud* » (mot signifiant « bruit sourd ») et c'est tout. Ces mots avaient été choisis pour leur connotation, qui pouvait vaguement suggérer une crise existentielle, ainsi que pour l'absence de littérature publiée référençant ces mots comme des symptômes psychotiques. Ils n'ont déclaré aucun autre symptôme que ces hallucinations auditives. En cas d'admission, les instructions étaient d'« agir normalement », de rapporter qu'ils se sentaient bien et n'entendaient plus de voix. Les dossiers médicaux, obtenus après l'expérience, ont indiqué que tous les pseudo-patients étaient amicaux et coopératifs avec le personnel.

Ils ont tous été admis, dans douze hôpitaux psychiatriques à travers les États-Unis, dans des hôpitaux ruraux sous-financés ou délabrés, des hôpitaux urbains ou des CHU avec d'excellentes réputations, et même une clinique privée coûteuse. Bien que présentant des symptômes identiques, 11 furent diagnostiqués schizophrènes dans les hôpitaux publics, alors que le patient admis en clinique privée était déclaré atteint de psychose maniaco-dépressive (ce dernier diagnostic est plus optimiste, ayant l'un des meilleurs pronostics cliniques). La durée de leur internement a été de 7 à 52 jours, avec une moyenne de 19 jours. Ils ont tous été libérés avec un diagnostic de schizophrénie « en rémission », ce que Rosenhan interprète comme le signe qu'une maladie mentale est perçue comme irréversible et créant une stigmatisation à vie, plutôt que comme une maladie guérissable.

Chaque pseudo-patient prenait ouvertement de nombreuses notes sur le comportement du personnel et sur les autres patients. Malgré cela, aucun membre du personnel n'a soupçonné l'imposture, contrairement aux autres patients qui ont identifié les imposteurs. Dans les trois premières hospitalisations, 35 des 118 patients ont exprimé leurs doutes sur la bonne santé des sujets, et certains ont suggéré qu'ils pouvaient être des chercheurs ou des journalistes enquêtant sur l'hôpital.

Les dossiers des hôpitaux ont indiqué que le personnel interprétait chaque comportement d'un pseudo-patient comme une manifestation de la maladie mentale. Par exemple, une infirmière a indiqué dans ses rapports que cette prise de note consistait en un « travail d'écriture » et qu'elle la considérait comme pathologique. La biographie normale des patients a été réécrite, interprétée dans les dossiers des hôpitaux suivant les lignes attendues, c'est-à-dire suivant les théories dominantes de l'époque sur l'étiologie de la schizophrénie.

Il était prévu que les pseudo-patients sortent de l'hôpital par leurs propres moyens, mais quand il fut devenu clair que les délais de libération ne seraient pas courts, un avocat a été appelé en urgence. Une fois admis et diagnostiqués, les pseudo-patients n'ont pas pu obtenir leur libération à moins d'accepter le verdict du psychiatre, de reconnaître être mentalement malade, et de commencer à prendre des antipsychotiques. Ils jetaient leurs médicaments dans les toilettes à l'insu du personnel. Personne n'a noté qu'ils ne prenaient pas leurs médicaments, mais certains membres du personnel ont noté que les patients le faisaient.

Rosenhan et les autres pseudo-patients ont rapporté une importante dépersonnalisation, une invasion dans leur vie privée, et beaucoup d'ennui durant leur hospitalisation. Les biens personnels étaient fouillés régulièrement, et ils ont parfois été observés durant l'usage des toilettes. Ils ont rapporté que le personnel, bien intentionné globalement, objectivait et déshumanisait les patients, discutant longuement entre eux à leur sujet, en leur présence mais comme s'ils n'étaient pas là, évitant les interactions directes avec les patients sauf le strict nécessaire à l'exercice de leur charge. Des membres du personnel étaient enclins à la violence verbale, voire physique envers les patients lorsque les autres membres du personnel n'étaient pas là. Un groupe de patients discutait devant la cantine pour passer le temps en attendant son ouverture. Un docteur, devant ses étudiants, a affirmé qu'ils présentaient le symptôme psychiatrique d'« acquisition orale ». La moyenne des contacts avec les docteurs était de 6,8 minutes par jour.

*« I told friends, I told my family, 'I can get out when I can get out. That's all. I'll be there for a couple of days and I'll get out.' Nobody knew I'd be there for two months... The only way out was to point out that they're [the psychiatrists] correct. They had said I was insane, 'I am insane; but I am getting better.' That was an affirmation of their view of me. »*

« J'ai dit à mes amis, j'ai dit à ma famille, « Je peux sortir quand je peux sortir, c'est tout. Je serai là pour quelques jours et je sortirai. » Personne ne savait que je resterais deux mois... La seule façon de sortir a été de confirmer qu'ils [les psychiatres] avaient raison. Ils ont dit que j'étais malade, « Je suis malade mais je vais mieux ». C'était l'affirmation de leur point de vue sur moi<sup>3</sup>. »

# Les imposteurs inexistants

---

Ayant entendu parler des résultats de l'expérience initiale, les membres d'un CHU reconnu ont affirmé que de telles erreurs n'auraient pas pu se produire dans leur établissement. Rosenhan a alors pris contact avec eux et leur a proposé d'identifier le ou les pseudo-patients qui allaient tenter de se faire admettre au cours des trois mois suivants. Le personnel médical devait pour chaque admis déterminer s'il était imposteur ou s'il était vraiment malade. Sur les 193 patients, 41 personnes ont été considérées comme des imposteurs et 42 suspects.

Le problème est que le Dr. Rosenhan n'a envoyé aucun pseudo-patient. Les personnes que le CHU a qualifiées d'imposteurs étaient innocentes et probablement d'authentiques patients. Cela a conduit à la conclusion que « tout procédé de diagnostic qui se prête trop facilement à des erreurs massives de ce genre ne peut pas être fiable ». Des études menées par d'autres sur la problématique des diagnostics ont eu des résultats similaires<sup>[réf. souhaitée]</sup>.

## Expériences similaires

---

Le comédien romain Plaute a écrit une pièce en 200 av. J.-C. intitulée *Menaechmi*, dans lequel un personnage feint des symptômes de maladie mentale. Il trompe avec succès un médecin, qui interprète toutes ses réactions comme symptomatiques d'une maladie mentale<sup>4</sup>.

Maurice K. Temerlin a réparti 25 psychiatres en deux groupes et leur a fait écouter un enregistrement de la voix d'un acteur jouant une personne normale. Il a dit à un groupe que l'acteur était « très intéressant, car il avait un aspect névrotique, mais presque psychotique » et n'a rien dit à l'autre groupe. 60 % du premier groupe a diagnostiqué une psychose, majoritairement la schizophrénie, et aucun de l'autre groupe<sup>5</sup>.

En 1988, Loring and Powell ont donné à 290 psychiatres une transcription d'une interview d'un patient. Ils ont dit à la moitié d'entre eux que le patient était noir et à l'autre moitié que le patient était blanc. Ils ont abouti aux conclusions suivantes : « Les cliniciens semblent attribuer la violence, la suspicion et la dangerosité aux clients noirs, quand bien même l'étude de cas est la même que pour les clients blancs<sup>6</sup>. »

En 2008, au cours de l'émission scientifique *Horizon*, diffusée par la BBC, l'expérience nommée *How Mad Are You? (Jusqu'à quel point êtes-vous fou ?)* a été réalisée. Il s'agissait de présenter dix personnes à trois experts en santé mentale, et de leur demander d'identifier les cinq d'entre eux ayant été préalablement diagnostiqués malades mentaux<sup>[réf. souhaitée]</sup><sup>7</sup>.

## Impact et controverse

---

Rosenhan publie ses conclusions dans la revue Science, critiquant la fiabilité du diagnostic psychiatrique et la dépersonnalisation et la nature dégradante des soins aux patients rencontrés par ses associés au cours de l'étude. L'article suscite la controverse.

L'une des critiques est que le diagnostic psychiatrique dépend en grande partie des symptômes visibles, et qu'il n'est pas évident de distinguer une simulation d'une véritable manifestation de ceux-ci, tout comme certains symptômes médicaux ne sont pas évidents à déceler. Le psychiatre Robert Spitzer publie par exemple en 1975 dans une critique de l'étude de Rosenhan<sup>8</sup> : « Si je devais boire une pinte de sang, puis taisant cela, me précipiter aux urgences de n'importe quel hôpital en vomissant du sang, le diagnostic du personnel serait parfaitement prévisible. S'ils me diagnostiquaient et me traitaient pour un ulcère gastro-duodéal, je doute que je pourrais soutenir de façon convaincante que la science médicale ne sait pas comment diagnostiquer mes symptômes. »

C'est la tendance à s'accrocher à un diagnostic, puis interpréter toutes les données suivantes pour les faire coller avec ce diagnostic qui est au cœur de la critique du diagnostic psychiatrique de Rosenhan. Il n'émet aucune critique quant au fait que les simulateurs aient été admis, mais Rosenhan affirme que si une hypothèse de schizophrénie peut être maintenue malgré une observation prolongée de la santé mentale apparente du patient, alors le diagnostic lui-même est essentiellement dénué de sens.

## Notes et références

---

- **(en)** Cet article est partiellement ou en totalité issu de l’article de Wikipédia en anglais intitulé « Rosenhan experiment » (voir la liste des auteurs).
1. Mark Moran, « Writer Ignites Firestorm With Misdiagnosis Claims », *Psychiatric News*, American Psychiatric Association, vol. 41, n<sup>o</sup> no. 7, 7 avril 2006, p. 10-12 (ISSN 1559-1255 (<http://worldcat.org/issn/1559-1255&lang=fr>)&et0033-2704 (<http://worldcat.org/issn/0033-2704&lang=fr>)),
  2. **(en)** D. L. Rosenhan, « On Being Sane in Insane Places », *Science (New York, N. Y.)*, vol. 179, n<sup>o</sup> 70, janvier 1973, p. 250–8 (PMID 4683124 (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/4683124>), DOI 10.1126/science.179.4070.250(<http://dx.doi.org/10.1126%2Fscience.179.4070.250>)lire en ligne ([https://web.archive.org/web/20041117175255/http://web.cocc.edu/lminorevans/on\\_being\\_sane\\_in\\_insane\\_places.htm](https://web.archive.org/web/20041117175255/http://web.cocc.edu/lminorevans/on_being_sane_in_insane_places.htm)))
  3. Cette affirmation de David Rosenhan peut être regardée dans cet **(en)** extrait (<http://www.yoism.org/?q=node/234#laing>) d'un programme de la BBC.
  4. **[PDF]** **(en)** Michael Fontaine, « On Being Sane in an Insane Place — The Rosenhan Experiment in the Laboratory of Plautus’ Epidamnus » ([https://www.academia.edu/1860451/On\\_Being\\_Sane\\_in\\_an\\_Insane\\_Place--the\\_Laboratory\\_of\\_Plautus\\_Epidamnus\\_preprint\\_revised\\_](https://www.academia.edu/1860451/On_Being_Sane_in_an_Insane_Place--the_Laboratory_of_Plautus_Epidamnus_preprint_revised_)) Cornell University, 2013.
  5. **(en)** Ruscio J., « Diagnoses and the Behaviors They Denote: A Critical Evaluation of the Labeling Theory of Mental Illness », *The Scientific Review of Mental Health Practice* vol. 3, n<sup>o</sup> 1, spring-summer 2004(lire en ligne (<http://www.srmhp.org/0301/labels.html>)).
  6. **(en)** Loring M, Powell B, « Gender, race, and DSM-III: a study of the objectivity of psychiatric diagnostic behavior », *Journal of health and social behavior* vol. 29, n<sup>o</sup> 1, mars 1988, p. 1–22 (PMID 3367027 (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/3367027>)).
  7. « **BBC Headroom Horizon: How Mad Are You?** » ([http://www.bbc.co.uk/headroom/newsandevents/programmes/horizon\\_hmay.shtml](http://www.bbc.co.uk/headroom/newsandevents/programmes/horizon_hmay.shtml)) (Archive ([http://web.archive.org/web/\\*http://www.bbc.co.uk/headroom/newsandevents/programmes/horizon\\_hmay.shtml](http://web.archive.org/web/*http://www.bbc.co.uk/headroom/newsandevents/programmes/horizon_hmay.shtml)) • Wikiwix ([http://archive.wikiwix.com/cache?url=http://www.bbc.co.uk/headroom/newsandevents/programmes/horizon\\_hmay.shtml](http://archive.wikiwix.com/cache?url=http://www.bbc.co.uk/headroom/newsandevents/programmes/horizon_hmay.shtml)) • Archive.is ([http://archive.is/http://www.bbc.co.uk/headroom/newsandevents/programmes/horizon\\_hmay.shtml](http://archive.is/http://www.bbc.co.uk/headroom/newsandevents/programmes/horizon_hmay.shtml)) • Google ([https://www.google.fr/search?q=cache:http://www.bbc.co.uk/headroom/newsandevents/programmes/horizon\\_hmay.shtml](https://www.google.fr/search?q=cache:http://www.bbc.co.uk/headroom/newsandevents/programmes/horizon_hmay.shtml)) • Que faire ?)
  8. **(en)** Spitzer RL, « On pseudoscience in science, logic in remission, and psychiatric diagnosis: a critique of Rosenhan’s “On being sane in insane places” », *Journal of abnormal psychology* vol. 84, n<sup>o</sup> 5, octobre 1975, p. 442–52 (PMID 1194504 (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/1194504>))

## Sources

- **(en)** Lauren Slater, *Opening Skinner’s Box: Great Psychological Experiments of the Twentieth Century*, New York, W. W. Norton, 2004, 1<sup>re</sup> éd. (ISBN 978-0-393-05095-0, LCCN 2003018199), p. 64–94

## Articles connexes

- Expérience de Milgram
- Expérience de Stanford
- La Troisième Vague
- Antipsychiatrie
- Biais de confirmation d'hypothèse
- Nellie Bly, auteur de *Ten Days in a Mad-House*(1887)

Ce document provient de «[https://fr.wikipedia.org/w/index.php?title=Exp%C3%A9rience\\_de\\_Rosenhan&oldid=142036687](https://fr.wikipedia.org/w/index.php?title=Exp%C3%A9rience_de_Rosenhan&oldid=142036687)».

La dernière modification de cette page a été faite le 29 octobre 2017 à 01:11.

Droit d’auteur : les textes sont disponibles sous licence Creative Commons attribution, partage dans les mêmes conditions ; d’autres conditions peuvent s’appliquer.Voyez les conditions d’utilisation pour plus de détails, ainsi que les crédits graphiques. En cas de réutilisation des textes de cette page, voyez comment citer les auteurs et mentionner la licence.

Wikipedia® est une marque déposée de la Wikimedia Foundation, Inc, organisation de bienfaisance régie par le paragraphe 501(c)(3) du code fiscal des États-Unis.