

Présentation et analyse critique du rapport d'Adeline Hazan,

Soins sans consentement et droits fondamentaux

Frank Drogoul, 10 août 2020

État des lieux.....	2
La destruction de l'accueil hospitalier	3
La destruction de la psychiatrie infanto-juvénile.....	3
Les nouvelles formations	4
L'EBM en psychiatrie.....	4
Prise en charge de la délinquance (en psychiatrie)	5
La banalité asilaire	6
Bilan des lois liberticides.....	6
La loi du 5 janvier 2011	6
Une critique : La psychiatrie peut (doit) se débarrasser des patients résistants	7
Conclusion et remerciement	8
67 Recommandations (reprises intégralement p157)	9
A contre-courant des réductions financières de ces vingt dernières années	9
Protections juridiques.....	9
Respect des patients et secret médical	9
Humanisation des lieux de soins et limitation des abus	10
Recommandations Institutionnelles	10
Les points reconnus comme symptômes de la psychiatrie actuelle.....	10
Formation et information	11
Méfiance vis-à-vis de l'hôpital	11
Acceptation de l'évolution ségrégationniste de la psychiatrie	11
Un espoir ? et surtout un remerciement à Adeline Hazan	11

Ce rapport sur les soins sans consentement et les droits fondamentaux des malades mentaux dresse un paysage psychiatrique peu reluisant en ce début de XXIème siècle. Les titres des cinq chapitres sont éloquentes :

Chapitre 1 L'évolution de la psychiatrie laisse persister la contrainte dans les soins

Section 1 La réalité du fonctionnement de la psychiatrie a trahi les ambitions humanistes de ceux qui ont promu les réformes du XXème siècle

Section 2 Le respect des droits de l'individu devient secondaire au maintien de l'équilibre social

Section 3 les demandes adressées à la psychiatrie, dont une partie traduit des préoccupations sécuritaires, se multiplient

Section 4 Les lois de 2011-2013 ont dans le même mouvement instauré un contrôle du juge et crée une nouvelle procédure restrictive de droits

Section 6 l'insuffisance d'élaboration collective a contribué à l'intériorisation de la contrainte par l'institution hospitalière

Chapitre 2 L'organisation des soins sans consentement n'offre pas une prise en charge adaptée à la diversité des situations

Chapitre 3 Les établissements imposent, en raison du mode d'admission, des contraintes que n'exigent ni la loi ni l'état du patient

Chapitre 4 Les patients, mal informés, peinent à exercer leurs droits

Chapitre 5 Les lois de 2011 et 2013 n'ont pas garanti le respect des droits qu'elles affirmaient

État des lieux

Adeline Hazan nous décrit très vite l'état de la régression des pratiques dont « *l'insuffisance d'élaboration collective a contribué à l'intériorisation de la contrainte par l'institution hospitalière* »¹. Nous regrettons qu'elle ne nous ait pas donné la comparaison entre l'augmentation de la contrainte depuis vingt ans et la fonte dramatique des effectifs soignants et la polyvalence des équipes de secteur.

Mais citons la pour commencer :

« Dans ce contexte, non seulement l'enfermement est devenu consubstantiel à la psychiatrie après des mouvements d'ouverture (Pussin, Pinel, la sectorisation, etc.), mais il s'accompagne de contraintes et d'autres restrictions dès que celle-ci cesse de s'interroger sur l'adéquation entre les objectifs du soin et les pratiques. L'enfermement justifie des comportements privatifs ne serait-ce que pour garantir son maintien : fenêtres bloquées même dans les chambres en rez-de-chaussée, port du pyjama, etc.

« Des pratiques observées au cours des visites du CGLPL, il ressort qu'une fois l'enfermement (mal) justifié, il valide l'imposition de restrictions à un patient privé de son libre arbitre, placé en position de dépendance et limité à ses troubles qui, prétendent ou réellement, appellent ces restrictions. L'harmonie du fonctionnement des unités nécessite ensuite que ces restrictions soient imposées à tous, comme par exemple la privation du téléphone personnel. Et si le patient tourne à l' impatient, se révolte contre ces privations, monte en « crise », son

¹ P 26, titre de la section 6 du premier chapitre

énervement peut être interprétée comme une agitation qui parfois connaît la réponse de l'isolement, de la sédation.

« L'absence de perception des atteintes aux droits fondamentaux que constituent ces restrictions ou mauvais traitements les banalisent. Les personnels prétendent à la protection du patient, « c'est pour son bien », les soignants se soumettent à l'autorité médicale, les règles uniformes facilitent la gestion des unités. Pèse aussi sur la capacité de réflexion en termes de droits, la sanitariséation du regard infirmier (pour le tabac : limitation de la consommation ; pour la vie sexuelle : éviter les infections sexuellement transmissibles et les grossesses) qui n'est pas sans lien avec le changement de formation des infirmiers après l'abandon en 1992 de la formation spécifique d'infirmiers de secteur psychiatrique. »

La culture de l'enfermement et des restrictions dans le champ psychiatrique est intériorisée par tous : soignants, famille et proches, patient compliant. L'ensemble perpétue le refus de s'interroger sur les pratiques, la compatibilité de l'enfermement et des restrictions qui l'accompagnent avec le soin ». (P24)

La destruction de l'accueil hospitalier

En 2016, 80.000 patients ont été pris en charge sans leur consentement.

Les hospitalisations sans consentement du patient progressent pour atteindre aujourd'hui le quart des hospitalisations en psychiatrie, 40% dans certains établissements.

En effet la baisse des lits en vue d'accéder à une psychiatrie ambulatoire, s'est accompagnée par une augmentation des enfermements sans consentement. Pourquoi ? déjà pour des raisons économiques ; le nombre de lits psychiatriques est ainsi passé de 170.000 en 1970 à 50.000 en 1999 et n'a pas été compensé par l'ouverture de structures hospitalières, au contraire, car la baisse des psychiatres et infirmiers a bloqué le développement de l'extra-hospitalier malgré les fermetures de lits.

Cette évolution conduit à des hospitalisations croissantes dans les cliniques privées de la part des CMP, ces dernières (sauf sept sur toute la France) ne recevant pas les hospitalisations sous contrainte quand le service public hospitalier est devenu exsangue.

Parallèlement à cette diminution de l'offre de lits psychiatriques, une série de lois vient codifier plus spécifiquement l'internement psychiatrique au point que « *le respect des droits de l'individu devient secondaire au maintien de l'équilibre social* »²

La destruction de la psychiatrie infanto-juvénile

Quant au désastre de la psychiatrie infanto-juvénile, le rapport souligne qu'il est en contradiction totale avec la nécessité des diagnostics et prises en en charges thérapeutiques précoces.

« À quarante ans de distance de ces textes fondateurs, qui sont toujours en vigueur, tous les acteurs s'accordent aujourd'hui sur le constat d'une saturation extrême des structures ambulatoires pour enfants et adolescents. Les délais d'obtention d'un premier rendez-vous sont lointains, rendant illusoire un repérage précoce pourtant essentiel dans le domaine des troubles psychiques de l'enfant et de l'adolescent. En 2014, on comptait 2 257 lits privés et publics (1 635 en public) d'hospitalisation à temps complet en psychiatrie infanto-juvénile pour 44 076 patients pris en charge par les secteurs de psychiatrie infanto-juvénile.

² P 9, titre de la section 2 chapitre 1

C'est ainsi que les missions du CGLPL observent que dans de nombreux départements, faute d'offre d'hospitalisation à temps plein suffisante ou tout simplement existante en psychiatrie infanto-juvénile, des adolescents de plus de 16 ans mais aussi plus jeunes, parfois dès 12 ans, sont hospitalisés dans des unités pour adultes où leurs droits ne sont pas respectés, notamment le droit à une prise en charge adaptée et à des soins spécifiques, et le droit à la sécurité. »³

Les nouvelles formations

La critique des nouvelles formations des professionnels en qualité comme en quantité est sévère.

Ainsi relève-t-on « Entre 1970 et 1990, le nombre de médecins psychiatres a été multiplié par dix, la plupart formés dans les hôpitaux psychiatriques participant au fonctionnement du secteur avec l'implication de professionnels très engagés. Le secteur a également été porteur de la formation des infirmiers, jusqu'à la suppression de leur corps en 1992. En 1982, la suppression de l'internat en psychiatrie créé en 1968 a abouti au retour de la formation des psychiatres dans les centres hospitaliers universitaires (CHU). Elle a le double effet de diminuer le nombre d'étudiants et d'ouvrir leur formation à d'autres écoles de pratiques, notamment la biomédecine puis les neurosciences avec un effacement relatif de la psychothérapie institutionnelle ou de la psychanalyse. Alors que le nombre de places offertes à l'internat est le plus important de toutes les spécialités (529 postes en 2019), cette offre de formation ne suffit pas pour fournir un nombre suffisant de praticiens de secteur, les psychiatres formés se détournant de la pratique hospitalière pour l'exercice libéral. Il en résulte un déficit crucial décrit ci-dessus (cf. chapitre 2, section 2, II, B) de praticiens dans les services d'hospitalisation publique qui perturbe dramatiquement la prise en charge. Les postes bien que financés restent malheureusement non pourvus en raison de cette démographie nationale non régulée.

« Quant aux CHU, certains conservent des chaires de psychiatrie adulte et de pédopsychiatrie alors même qu'ils ne gèrent parfois plus de services d'hospitalisation et encore moins de services agréés pour les personnes en soins sans consentement. Cette situation n'est pas sans répercussion sur la formation des internes aux spécificités des soins sans consentement et des restrictions de liberté qui en découlent.

(...)

« Par ailleurs, l'évolution générale de la psychiatrie avec le développement des neurosciences a conduit à une prééminence actuelle du modèle biomédical au détriment de la prise en compte des aspects psychologiques et sociaux du soin. La contestation cyclique de certaines théories ne doit pas conduire à l'abandon de leur enseignement au risque de faire perdre leur substrat conceptuel aux dispositifs qui en sont le fruit et dont la pertinence n'est, elle, pas remise en cause.

« Dans cette évolution de la formation des psychiatres, la recherche sur les pratiques (isolement, contention, prise en charge de manière générale, médicamenteuse comme organisationnelle) n'a pas été développée. »⁴

L'EBM en psychiatrie

L'auteure critique l'adaptation de l'Evidence Base Médecine (EBM) en psychiatrie qui a donné le DSM5 ou la CIM10 « qui sont de grands répertoires descriptifs de la symptomatologie des

³ P 53

⁴ P68-69

troubles mentaux définis comme a-théoriques mais empreints des normes sociales, familiales, politiques de leurs auteurs. Ces outils ont indéniablement un effet sur la prise en charge des comportements « déviants », résultant de leur lecture normative. L'individu devient alors simple objet dans une configuration sociale plus ou moins sécuritaire.

« Les traitements pharmacologiques, essentiellement symptomatiques – et d'une symptomatologie sociale –, les techniques de réhabilitation psychosociale lorsqu'elles sont normalisantes enferment les sujets dans les rails d'une société qui dénie les conséquences de sa violence sur les individus. ⁵»

Prise en charge de la délinquance (en psychiatrie⁶)

« Le traitement de la délinquance repose le plus souvent sur la répression et l'enfermement. »

Il est ainsi rappelé

- que les dernières lois à cet égard sont en priorité sécuritaires

« La prévalence de rapports proposés par des non-médecins, en l'occurrence par V. Lamanda, Premier président de la Cour de Cassation, par Milon, sénateur, coïncide avec le déploiement d'une logique sécuritaire. Le rapport Milon (2009) récuse les soins en milieu ouvert au profit de l'enfermement. La référence à l'actualité et à une actualité dramatique est explicite dans les rapports Fenech (2007) et Milon (2009, 2012), suggérant que le politique s'appuie sur cette actualité pour procéder à des modifications législatives, là où les conclusions des rapports, notamment réalisés par des médecins, lors des décennies précédentes, sont restées lettre morte »⁷

- que la prise en charge psychiatrique en prison n'est toujours pas à la hauteur des nécessités,
- que de nouveaux établissements, les USPI, retirent les patients de leur secteur faisant fi du travail relationnel à faire après les passages à l'acte hétéro ou auto-agressifs !

« Aujourd'hui treize USIP sont installées, essentiellement dans le Sud de la France. En dehors de tout cadre juridique spécifique, elles accueillent pour une durée de deux mois renouvelables des patients admis sans leur consentement, orientés sur des indications variables en fonction du projet de service.

Pour des motifs divers – comportement perturbateur auto ou hétéro agressif, refus de soin, indication de séances d'électroconvulsivothérapie (cf. chapitre 4, section 2, II) –, ces patients, en crise pour la plupart, se retrouvent exclus de leurs secteurs d'origine, dans des lieux parfois éloignés de leur domicile.

L'absence de texte réglementaire explicite sur le fonctionnement et les indications de ces unités fermées, la nature et les modalités des soins qui peuvent y être dispensés, les chambres individuelles transformables en chambres d'isolement, ne favorise pas le respect des droits des patients. »⁸

⁵ P10

⁶ Rajouté par moi pour comprendre le texte qui sur ce sujet ne situe pas quelle délinquance

⁷ P57

⁸ P63

La banalité asilaire

Au chapitre 3 Adeline Hazan s'intéresse au fonctionnement institutionnel des services accueillant les placements sans consentement et des règles arbitraires imposées au nom de la sécurité.

« Rares sont les établissements dans lesquels le respect de la liberté d'aller et venir des patients détermine le mode d'organisation générale et le fonctionnement des unités. »⁹

La critique des dispositions de sécurité imposées aux patients, sous couvert de la responsabilité administrative ou médicale, est la bienvenue. Mais sera-t-elle suivie d'effet lorsque l'on voit l'évolution sociale ? car les services qui veulent s'ouvrir à une psychiatrie hospitalière désaliénante doivent se battre contre les pouvoirs de l'administration, sans cesse croissants.

Tout y passe : les horaires de lever et petit déjeuner arbitrairement tôt, les droits de fumer, les relations sexuelles, le secret médical inégalement observé¹⁰, le port obligatoire du pyjama arbitraire pour limiter les fugues, etc..

Bilan des lois liberticides

Les derniers articles législatifs qui posent la présomption de dangerosité comme motif possible de l'enfermement sont critiqués dans le changement de paradigme qu'ils entraînent.

« Il s'agit bien là d'une conception nouvelle du droit de la peine, qui supprime le lien objectif entre culpabilité et responsabilité, entre infraction et sanction, au profit de la notion de dangerosité. La loi permet ainsi de maintenir indéfiniment une personne enfermée au motif qu'elle présenterait une probabilité très élevée de récidive, associée à un trouble grave de la personnalité. Outre son caractère subjectif, le concept de dangerosité potentielle doit être considéré comme contraire aux principes fondamentaux du droit pénal français, en particulier ceux de l'égalité des délits et des peines et de proportionnalité de la réponse pénale. »¹¹

Est également regrettée la banalisation de la nouvelle modalité d'hospitalisation pour « péril imminent » (article L. 3212 II 2ème code de la santé publique) trop souvent utilisé pour des conflits conjugaux ou familiaux voire de voisinage, sans lien avec les maladies psychiatriques proprement dites. *« On constate qu'outre que les mesures en soins sans consentement sont initiées par les services d'urgence, elles sont de façon importante prises selon le mode du péril imminent alors qu'il s'agit d'une procédure d'exception. Ce mode d'admission est en augmentation importante puisque inexistant avant 2011, il a rapidement atteint la proportion de 21 % des mesures de soins sans consentement en 2015, augmentant encore à 24 % en 2018. »¹² !!*

Quant au dossier médical, l'ARS garde la trace des hospitalisations sous contrainte, avec toute la stigmatisation induite par la peur de la dangerosité de la maladie, ceci sans parler de sa scandaleuse fusion avec le fichier S des radicalisés.

La loi du 5 janvier 2011

« La loi du 4 mars 2002, dite loi Kouchner 1, érige le consentement aux soins en droit fondamental avec, comme conséquence, le droit d'être informé sur son état de santé. (...) » La

⁹ P85

¹⁰ P95

¹¹ P 13

¹² P34

seule exception reste les soins psychiatriques qui peuvent être imposés sans consentement. La loi de 2011 pose le principe du consentement aux soins des personnes atteintes de troubles mentaux, énonce l'exception des soins sans consentement et définit ses modalités d'application. »¹³

Cette loi ouvre ainsi les mesures de contrainte, non plus seulement pour l'hospitalisation, mais plus largement dans les soins psychiatriques où qu'ils soient. Sa banalisation actuelle ne doit pas faire croire aux jeunes qu'elle nous manquait il y a encore vingt ans.

Avec la notion de *péril imminent* et d'injonction de soins en ambulatoire, un patient pourra passer des années en injonction de soin car le contre-pouvoir du juge des libertés qui garantira la liberté démocratique restera très marginal. En effet, comment les magistrats dont le nombre est en diminution constante et dont la formation psychiatrique est quasiment nulle peuvent-ils être la garantie démocratique devant les abus des pratiques psychiatriques ?

Au passage notons que nos nouveaux censeurs veulent imposer une vision de la psychiatrie comme une spécialité médicale comme les autres — qui s'intéresse aux neuro-sciences et tout ce que l'on veut sauf aider à vivre les schizophrènes ou autres balafrés de la vie durant des décennies —, s'accommode fort bien de cette exception. Dans quelle autre spécialité oblige-t-on les patients à se soigner ?

Une critique : La psychiatrie peut (doit) se débarrasser des patients résistants

Si Adeline Hazan note que la position de l'ONU de 2006 invite les États à ne plus priver de liberté les *handicapés psychosociaux* (nouvelle définition des malades mentaux), car ces derniers doivent devenir « *sujets de droit et non plus objets de soin* », elle n'interroge pas le glissement que ce statut inscrit. En effet, le rapport de l'ONU Santé mentale et droits de l'homme datant de 2017 énonce : « *Les personnes présentant un handicap psychosocial ne devraient pas être arbitrairement privées de leur liberté en raison de leur déficience, pas même au motif qu'elles pourraient constituer un danger pour elles-mêmes ou pour autrui. Les politiques de santé mentale devraient être fondées sur cette approche et l'intégrer. Elles devraient également constituer un rempart contre tout abaissement des normes.* »¹⁴

Ainsi, si de nouveaux droits sont octroyés à nos patients sur les circulaires de l'ONU, la folie devient une déficience et non pas une autre façon d'être au monde. Ce n'est pourtant pas du fait d'une déficience que la maltraitance inconsciente se met en place dans les espaces de soin au long court, mais plutôt du fait des mécanismes d'évitement devant l'angoisse des névrosés soignants que nous sommes face à cette différence radicale que présente la folie. Même de manière délirante ou inadaptée selon nos critères de *normosés poids moyen occidentaux*¹⁵, le fou pointe régulièrement les effets délétères de l'aliénation institutionnelle ou psychique des soignants qui le prennent en charge ; c'est ce qui nous est intolérable, au point de rendre indispensables les lieux de reprise institutionnelle et clinique pour que le malaise ou l'angoisse que le fou induit, ne soit pas transformés en défense devant l'altérité de l'autre. Ces derniers, au contraire, disparaissent.

Parler de déficience induit les soignants *non déficients* à savoir pour le fou, à ne pas lui accorder toute leur confiance, à se raconter qu'il faut le protéger contre lui-même quitte à le

¹³ P 130-131

¹⁴ P 20

¹⁵ Pierre Delion

priver de liberté. Le statut d'irresponsabilité pénale, aucunement interrogé, encourage cette position défensive des équipes et de la société.

C'est pourquoi, nous ne pouvons suivre cette auteure lorsqu'elle présente comme définitivement admis le glissement de la psychiatrie au médico-social, des patients psychiatriques *résistants aux prises en charges*. Au lieu d'interroger notre fonctionnement institutionnel sur lequel les patients les plus fragiles se heurtent, on est appelé à les considérer comme trop handicapés et à les envoyer dans des établissements médico-sociaux pour le meilleur ou pour le pire.

Adeline Hazan en fait même sa dix-huitième recommandation, sans différencier les petites structures de vie et les MAS, grandes concentrations néo-asilaires, regroupant, comme avant les années 50, les handicapés de toutes sorte, privés de liberté au quotidien et d'où l'on ne sort habituellement que les pieds devant.

« RECOMMANDATION 18 : Pour les patients souffrant de lourdes pathologies chroniques et nécessitant éventuellement des ré-hospitalisations, la filière psychiatrique doit repenser les prises en charge en mettant l'accent sur le développement d'une offre de lieux de vie et de soins médico-sociaux adaptés et dignes. »¹⁶

Si l'on suit à la lettre cette recommandation, cela signifie qu'un patient de 20 ans, atteint d'une *Schizophrénie Résistante* comme on dit aujourd'hui, peut être envoyé en Belgique pour le reste de sa vie sans que ce soit considéré comme une atteinte aux libertés. Les *« soins médico-sociaux adaptés et dignes. »* qui justifieraient la décision clinique ne trompent plus grand monde, sauf si l'on oublie que la psychiatrie est devenue une spécialité court séjour !

Conclusion et remerciement

Au total, l'augmentation des soins sans consentement augmente d'année en année

« Parmi les 92 000 personnes prises en charge sans leur consentement en 2015, 80 000 ont été au moins une fois hospitalisées à temps plein dans l'année, soit une augmentation de 13 % par rapport à 2012. Dans le même temps, la file active hospitalisée à temps plein en psychiatrie (librement ou sans consentement) est restée stable (342 500 adultes hospitalisés en 2015) et la file active hospitalisée exclusivement librement a diminué de 4 % sur la période. En 2015, la file active hospitalisée sans consentement représente 24 % de la file active hospitalisée à temps plein (et 25 % des journées) dans les établissements de santé autorisés en psychiatrie, contre 21 % en 2012. »¹⁷

Ce rapport, extrêmement critique, risque d'être bien peu suivi par nos gouvernants, à commencer par Bercy.

Il prend néanmoins acte de certaines dérives depuis vingt ans, et essaye de leur imposer un cadre juridique pour respecter au mieux le droit des patients. Ceci est particulièrement clair dans la recommandation 22 sur les USIP dont la contrôleuse des libertés doute que ce soit la bonne réponse institutionnelle.

Et sa dernière recommandation, pourrait nous faire rêver.

Recommandation 67

« Les difficultés d'application des lois n° 2011-803 du 5 juillet 2011 et n° 2013-869 du 27 septembre 2013 ainsi que leur dévoiement, qui montrent leur inadaptation à la situation réelle

¹⁶ P56

¹⁷ P140

de la psychiatrie et au respect des droits des patients, appellent à une refonte de ce dispositif législatif. » (p 150 et dernier paragraphe)

67 Recommandations (reprises intégralement p157)

Nous avons réuni les 67 recommandations de ce rapport par thèmes, chacune résumée en une ligne, pour rendre la lecture plus facile pour qui veut se référer aux recommandations textuelles. Ce classement est totalement subjectif mais me semble rendre la lecture des recommandations moins fastidieuse.

A contre-courant des réductions financières de ces vingt dernières années

- 1 Chaque territoire doit définir un schéma des urgences psychiatriques garantissant un accès aux soins digne et respectueux des droits du patient (p 30)
- 2-3 accueil décent pour les patients psychiatriques dans les services d'urgence (p 31)
- 6 dotation annuelle pour la psychiatrie dans le budget des hôpitaux (p 38)
- 7 il faut redonner la priorité aux embauches de l'extra-hospitalier (p 40)
- 9 limiter les intérim des médecins (p 43)
- 10 éviter les médecins étrangers parlant mal le français (p 43)
- 11 l'accès aux soins doit être garanti (p 46)
- 12 possibilité d'avoir recours à l'addictologie indispensable si hospitalisation sans consentement (p 46)
- 13 l'effectif soignant doit permettre un soin de qualité y compris avec des activités thérapeutiques occupationnelles (p 48)
- 14 supervision d'équipe (p 49)
- 26 améliorer les conditions d'hébergement dignes et des moyens pour les soignants (p 67)

Protections juridiques

- 4 traçage des mesures d'isolement et de contention (p 33)
- 39 demande de « *réévaluation* » du nouveau pouvoir des préfets à la place des commissions départementales (p 98)
- 47-55 sur l'encadrement des mises à l'isolement ou contention (p 112-123)
- 63 présence d'un magistrat dans la composition des commissions départementales psychiatriques doit être rétablie (p 138)
- 64 le péril imminent permettant une hospitalisation sans consentement sans passer par un médecin extérieur à l'établissement doit être révisé (p 142)
- 65 un juge doit pouvoir contester les décisions de limitation des libertés par le préfet (p 148)
- 66 « *La compétence du juge des libertés et de la détention doit être étendue aux mesures de programme de soins ; ces mesures doivent lui être systématiquement soumises à une fréquence suffisante et au moins annuelle.* » (p 149)

Respect des patients et secret médical

- 15 le patient en chambre d'isolement doit garder sa chambre antérieure (p 50)
- 16 pas d'isolement pour les enfants (p 54)

- 17 pas d'hospitalisation d'enfants chez les adultes (p 54)
- 25 sur l'accueil des prisonniers ayant besoin de soins psychiatriques (p 66)
- 36 le droit de fumer quand le patient le désire (p 92)
- 38 confidentialité sur les traitement et tout dossier soignant (p 96)
- 40 suppression de la fusion des dossiers psychiatriques dans le fichier S (p 98)
- 41 demande du respect du secret médical en prison (p 99)
- 43 interdiction des fouilles de chambre ou des vêtements (p 104)
- 44 prohibition des services de sécurité auprès des patients (p 104)
- 56-57 les décisions de soins sans consentement doivent respecter le protocole de signalement et être reprise chaque entretien !(p 129-132)
- 58-59 le consentement pour les traitements de crise et l'EEG doit être systématiquement recherché (p 133-135)

Humanisation des lieux de soins et limitation des abus

- 20-21 améliorer et généraliser les USPI (unités de prises en charge en prison) (p 60)
- 29 réunions soignants-soignés (p 71)
- 30 intégrer les organisations de patients, de droits de défense des usagers, dans les organismes hospitaliers comme la CDU. (p 73)
- 31 l'expérience des proches doit être reconnue et partagée (p 77)
- 37 suppression des régies et accession à ses biens de valeur (p95)
- 42 serrures personnelles pour les chambres et placards (p 102)
- 45 respect de l'intimité des visites (p 106)
- 46 droit au téléphone personnel sauf si prescription médicale justifiée (p 108)
- 62 les livrets d'accueil doivent avoir les coordonnées des autorités chargées de contrôler le respect des droits des patients (p 137)

Recommandations Institutionnelles

- 8 élaboration collective du projet d'établissement
- 33 monter un comité d'éthique dans tout établissement recevant les hospitalisations sans consentement. (p 82)
- 34 conseil aux ARS (p 82)
- 35 conseil aux administrations hospitalières « *une flexibilité doit être de mise dans l'organisation quotidienne des hospitalisation* » (p 90) Autant demander du lait à un bouc !
- 60 programmes d'éducation thérapeutique aux patients nécessitant un traitement au long cours (p 136)
- 61 respect des directives anticipées du patient sur les modalités de sa prise en charge lors des crises doit être généralisé (p 137)

Les points reconnus comme symptômes de la psychiatrie actuelle

- 22 « *Une analyse de la pertinence des unités de soins intensifs en psychiatrie (USIP) doit être conduite. Si ce dispositif devait être maintenu, un cadre réglementaire devrait préciser les indications médicales et définir de manière limitative les privations de liberté possibles dans ces unités.* » (p 64)

- 23 « la loi permettant la suspension de peine pour raisons psychiatriques doit être appliquée ou révisée si elle s'avère inapplicable. » est pointée ici la loi du 4 mars 2002 qui permet de faire sortir de prison des personnes malades, mais sans aborder le statut d'irresponsabilité pénale du fou. (p 64)

Formation et information

- 19 une formation juridique aux psychiatres pour qu'ils aient moins peur des décisions « – au demeurant exceptionnelles – dans lesquelles leur responsabilité pour faute peut être engagée en cas de dommage causé par un de leurs patients. » (p 58)
- 24 des soignants qui vont accueillir des personnes en incarcération (p65)
- 27 psychiatres (p 69)
- 28 infirmiers travaillant en psychiatrie (p 69)
- 32 formation des soignants sur les pairs aidants et familles (p 81)

Méfiance vis-à-vis de l'hôpital

- 5 éviter les hospitalisations (p37)

Acceptation de l'évolution ségrégationniste de la psychiatrie

- 18 « Pour les patients souffrant de lourdes pathologies chroniques et nécessitant éventuellement des ré-hospitalisations, la filière psychiatrique doit repenser les prises en charge en mettant l'accent sur le développement d'une offre de lieux de vie et de soins médico-sociaux adaptés et dignes. » (p 56)

Un espoir ? et surtout un remerciement à Adeline Hazan

- 67 « Les difficultés d'application des lois n° 2011-803 du 5 juillet 2011 et n° 2013-869 du 27 septembre 2013 ainsi que leur dévoiement, qui montrent leur inadaptation à la situation réelle de la psychiatrie et au respect des droits des patients, appellent à une refonte de ce dispositif législatif. »