**CONTRIBUTION**

**dans le cadre du 1èr examen de la France**

**concernant son Rapport initial et ses réponses à la liste des questions (LOI)**

**au Comité des droits des personnes handicapées de l’ONU**

**25ème session du 16 août au 14 septembre 2021**

**Soumise par :**

**- Advocacy-France :**

L’association nationale Advocacy France, fondée en 1997, est une association d’usagers en santé mentale, médico-sociale et sociale, agrée par l’Etat français pour représenter les usagers du système de santé. Ses instances dirigeantes sont constituées en majorité des usagers ou ex-usagers des services de santé mentale et des services sociaux. Des membres de la famille, des proches, des professionnels et des bénévoles non-usagers en sont également membres en nombre minoritaire. Nos objectifs sont : de promouvoir et animer le concept et les pratiques « d’advocacy » en France en l’adaptant à la culture et à la situation française, créer des actions d'accès au recours permettant que les opinions des usagers soient prises en compte, leurs demandes justifiées entendues, l'accès à la responsabilité reconnu, la dignité et les droits des usagers en santé mentale respectés, ceci dans les champs médical, juridique et social.

Advocacy-France décline ce mouvement d'action des usagers à travers le territoire français grâce à son réseau de 10 Espaces Conviviaux Citoyens (« ECC ») agrées Groupes d’entraide mutuels (« GEM ») – avec 4 ECC dans la région de Normandie, 2 en région Paris/Ile-de France, 1 en Hauts-de-France (Nord), 2 en PACA (Sud), et 1 en région Bretagne), ainsi que par le biais de l’association Réseau Pair-Advocacy pour la formation.

Advocacy-France est membre depuis la première heure de Santé Mentale Europe – Mental Health Europe (plusieurs mandats d’administrateurs, ancienne présidence, membre élu du Comité d'accréditation et d'adhésion, membre du Task Force « Au-délà du paradigme biomédical ») et membre de l’ENUSP – le Réseau européen des (ex-)usagers et survivants de la psychiatrie (membre du Conseil d'administration et représentation par le biais de l'ENUSP auprès de EDF - Forum européen des personnes handicapées). Elle est également membre de l’Association des groupes d'intervention en défense des droits en santé mentale du Québec (AGGID-SMQ), et

MeTIS Europe – Fédération autour des établissements et services s’adressant aux jeunes en difficulté psychologique et/ou sociale.

**Advocacy-France, 5 place des Fêtes, 75019 Paris, France, Tél. admin : 33 6 70 33 55 81**

**E-mail : siege@advocacy.fr / Site Web : www.advocacy.fr**

**Introduction**

Nous avons l’honneur de soumettre au Comité des droits des personnes handicapées les informations suivantes dans le cadre de son premier examen de la France lors de sa Session du 16 août au 14 septembre 2021, notamment suite à la réponse de la France au Comité des droits à la Liste des questions.

Les réponses fournies par l’Etat à ces questions sont à notre avis « à côté », démontrant le manque de volonté de voir et prendre en compte la situation et les droits des personnes handicapées et de respecter ses engagements au titre de la Convention tel que préconisé par le Comité des droits en tant qu’organe conventionnel.

Nous sommes d’autant plus consternés que la France – « pays des droits de l’homme » - agit de cette manière sécuritaire et paternaliste dans son approche aux personnes handicapées. Nous espérons vivement que cet examen par le Comité des droits de la situation en France au regard de la CDPH pourra faire évoluer les mentalités, les pratiques et la législation de notre pays et que la France pourra mériter de nouveau cette réputation de champion des droits humains en respectant les dispositions de la Convention.

**Personnes contact :**

**- Advocacy-France :**

Stéphanie Wooley, Administrateure chargée des relations internationales (coordonnées personnelles : Tél. : 33 6 85 31 59 65 / s.wooley@wanadoo.fr)

Bernard Meile, Vice-Président (coordonnées personnelles : Tél. : 33 6 34 33 89 06 / gram.w@hotmail.fr

Fait à Paris, le 6 août 2021

**Articles 1 à 4 : Objet, définitions, principes généraux et obligations générales**

**- Transposition de la CDPH en droit français**

La France n’a pas transposé et donné plein effet à l’intégralité des dispositions de la CDPH dans sa législation nationale, ce qui empêche la réalisation des droits des personnes handicapées en application de la Convention et leur accès à la justice. Il faudrait pouvoir s’appuyer en justice sur les dispositions de la CDPH directement devant les tribunaux français.

**- Déclaration émise par la France lors de la ratification de la CDPH**

La déclaration émise par la France concernant le terme « consentement » à l’article 15 qu’elle interprète en application des instruments régionaux, telle la Convention du Conseil de l’Europe sur les droits de l’Homme et la biomédecine (Oviedo) ou de sa propre législation nationale constitue une discrimination et un obstacle majeur à la mise en œuvre de la Convention et l’accès aux droits des personnes en situation de handicap psychosocial. La situation est aggravée aujourd’hui par un retour à un Etat de fait qui par le passé a refusé d’assurer la garantie des droits.

**- Définition et évaluation du handicap**

Le Comité est invité à se référer aux constats et remarques de notre soumission précédente expliquant la grande difficulté par rapport à une définition nationale s’inscrivant clairement dans un modèle et un diagnostic biomédical du handicap, basé sur des déficiences et des incapacités avec une approche de médicalisation des procédures à toutes les étapes de l’établissement des droits des personnes en situation de handicap en France sans prendre en compte, autre qu’en tant que simple contexte, l’interaction de la personne et son environnement dans la production de situations de handicap.[[1]](#footnote-1)

**- La Représentation des personnes en situation de handicap psychosocial**

Nous avons évoqué certains détails dans notre précédente contribution les problèmes de représentation et de consultation des personnes en situation de handicap psychosocial au niveau de l’élaboration et de la mise en œuvre de la politique en matière du handicap et de santé, et notamment la situation de cooptation, d’influence et de moyens financiers des grandes fédérations, associations et groupes de prestataires de services aux personnes handicapées et le manque de pris en compte des associations composées d’une majorité de personnes concernées elles-mêmes dans leur diversité.

Quant aux réponses de la France concernant la question 2 c) de la liste de points du Comité à propos de la participation par l’intermédiaire du Conseil national consultatif des personnes handicapées (CNCPH) et du Conseil français des personnes handicapées pour les questions européennes, on constate qu’au sein du CNCPH « la place faite aux personnes handicapées » censée être « majoritaire » selon la réponse de l’Etat ne l’est pas en réalité (cf. Rapport soumis au Comité par la FEDEEH). Le statut même (par rapport à ses relations avec le Comité des droits) et l’indépendance du CNCPH, créé par l’Etat par voie législative et dont les dirigeants sont désignés par l’Etat, ne sont pas clairs. Advocacy-France essaie malgré tout de s’impliquer néanmoins au sein de ce Conseil.

Quant au CFHE, le « conseil national des personnes handicapées » dont la moitié des huit membres fondateurs sont de très grands prestataires de services et qui siègent au Conseil d’administration d’office, la voix des associations authentiques de personnes handicapées est difficilement entendue. Advocacy-France s’implique néanmoins au sein de ce Conseil et tente de faire prendre en compte les préoccupations de nos membres malgré un manque de moyens (financement des déplacements, soutien administratif et technique) par rapport aux autres associations membres bien plus puissantes. Il est également à déplorer que le CFHE lui-même manque de moyens pour son action et ne bénéficie pas du soutien de l’Etat pourtant exigé par la Convention et les Observations générales du Comité.

En plus, la récente transformation en association 1901 du « Collectif Handicaps » début 2020 - anciennement le « Comité d’Entente (informel) des Associations Représentatives de Personnes Handicapées et de Parents d’Enfants Handicapés » composé d’encore d’avantage de prestataires de services et d’associations gestionnaires d’établissements et d’accueils (ou d’hébergements, dits à la charge de l’État, avec un nombre de plus en plus grand de personnes sans logement[[2]](#footnote-2)) - rend la représentation directe des personnes handicapées encore plus floue. Le CFHE en est devenu membre (mais le Collectif Handicaps n’est pas membre du CFHE), et a signé conjointement son rapport parallèle avec cette nouvelle entité. Cet empilement de la représentation, tout comme l’empilement des rapports, plans et politiques mène clairement à la dilution de la représentation et rend difficilement audible la voix des personnes handicapées elles-mêmes.

Advocacy-France est également membre adhérent de grandes fédérations et associations sociales et médico-sociales[[3]](#footnote-3) et ainsi cherche à établir le contact, et à faire que les personnes handicapées et personnes accueillies en hébergement dit « d’urgence » y contribuent à en écrire l’avenir et à les faire bien fonctionner. Mais l’évolution du pouvoir et de l’influence de ces organismes, souvent également sous l’influence des intérêts de l’Etat nous inquiète.  Ils parlent en effet au nom des personnes handicapées, à travers par exemple le Comité Interministériel du Handicap, et les autres instances ci-dessus mentionnées.

Les « moyens » nécessaires à la représentation (transport, accompagnateurs, repas…) sont clairement très inégaux, notamment pour la représentation dans les commissions des établissements médico-sociaux qui engendre des frais qui devraient être avancés par l’administration.

Ces intérêts de l’Etat s’expriment par exemple par le bras de fer du gouvernement qui a réduit le montant du financement par nuitée d’hébergement[[4]](#footnote-4).  De même, le parachutage de représentants d’office de l’Etat cherche à vassaliser encore plus ces fédérations, comme la désignation d’un nouveau responsable de la Commission Santé ou par un changement des statuts pour y ajouter un administrateur désigné par l’État(décision récente de l’Assemblée générale de la FAS), alors que les Conseils d’Administration des plus grosses associations de gestionnaires de services en faisant partie dépendent déjà totalement des décisions et du financement de l’État.

Il en est de même pour l’Union nationale des associations d’usagers agréées du système de santé (« UNAASS » ou « France assos santé ») créée y compris jusqu’au texte de ses Statuts par loi et décret de l’Etat. Alors que cette Union est dotée d’un budget très important (5 172 840 € en 2017, dernier chiffre à notre disposition), Advocacy-France qui en est le seul membre du « collège handicap » composé de personnes directement concernées, a la plus grande difficulté pour financer la cotisation annuelle applicable aux associations dotées d’un budget de 100 000 € qui est loin d’être notre cas. Les subventions d’Etat dédiées aux organisations de personnes handicapées sont affectées en priorité à « France Asso Santé », et aux « indemnités » non fiscalisées de ses administrateurs tous choisis par son « président », qui lui est nommé par le Ministre de la Santé dans une logique complètement féodale ne permettant pas la consultation et l’implication demandées grâce aux « stratégies d’amélioration » sans effet.

La situation devient encore plus tendue quand des associations de gestionnaires et de familles font la sourde oreille, ou prennent indirectement position, hostiles à l’obligation de demander l’avis du Juge judiciaire avant de prolonger une privation de liberté, hostiles à la décision du Conseil Constitutionnel du 4 Juin 2021 de veiller à un contrôle du juge des pratiques de contention et d’isolement déjà interdites en application de la CDPH.

Les personnes hébergées consultées sont presque seulement celles du CNLE (Conseil National des politiques de Lutte contre la pauvreté et l’Exclusion sociale), 8 « personnes accueillies » sélectionnées, avec 57 professionnels, des représentants de l’Etat ou des administrations, et des associations gestionnaires et issues des CRPA (Conseil Régional des Personnes Accueillies), donc des personnes « recrutées » par les salariés d’organisations sociales et médico-sociales gestionnaires, toutes de plus en plus contrôlées par l’Etat.[[5]](#footnote-5)

**- Formations :**

Nous ne constatons pas de réels efforts déployés par la « Conférence nationale du handicap » (CNH) ou d’autres pour mettre en place les moyens de formations fondées sur la CDPH ou impliquant les personnes handicapées elles-mêmes comme demandé par le Comité et nous recommandons que cette exigence soit appuyée de nouveau. L’accent mis par l’Etat dans sa réponse au Comité sur « la connaissance des déficiences et pathologies » pour les décideurs, fonctionnaires et professionnels travaillant avec des personnes handicapées démontre de nouveau son approche biomédicale du handicap.

**Article 5 : Égalité et non-discrimination (considérations relatives également à l’article 11 et 14)**

**-** **Le cas spécifique des personnes handicapées dans les établissements d’urgence**

Il est utile de parler de là où on est présent, et à même d’apprécier le nombre et les difficultés des personnes handicapées qu’une décision administrative, sans véritable recours, condamne à rester dans des hébergements d’urgence. Les rôles multiples de ceux-ci conduisent à placer ces personnes dans des situations les privant, ainsi sans recours, de libertés fondamentales.

Rappelons que ces établissements accueillent par exemple aussi beaucoup de gens condamnés pénalement, jusqu’à 5 ans, sans disposer du personnel spécialement formé, et que, en cas de difficulté entre ces pensionnaires particuliers et une personne handicapée, leur éloignement ni aucune mesure d’urgence ne peut être décidée, excepté par l’agent de probation toujours surchargé.

Généralement, l’expression et la participation des personnes hébergées handicapées ou pas n’y est pratiquement jamais mise à profit pour désamorcer les situations de violence. La personne la plus fragilisée est conduite en psychiatrie et en revient avec un programme lourd d’injections à effet retard, programme parfois adouci sous forme de comprimés pris à l’infirmerie.

Cette contrainte peut être vu comme un chantage à l’abri et la nourriture.

Concrètement, cela crée, localement, la marque profonde d’une multiplication du nombre de gens mis dans une situation d’infériorité de droits de façon renforcée et de plus en plus durable.

Nous constatons qu’en pratique, dans cette organisation de notre pays, une délégation du droit de justice aux institutions sociales et médico-sociales construisant collectivement, avec la psychiatrie, une prétendue prévention de la délinquance. Et, pendant ce temps-là, quand un hébergé meurt étranglé, on ne cherche guère à éviter la répétition de ce qui s’était passé. La justice semble alors enquêter surtout entre les parois du tiroir de la morgue.[[6]](#footnote-6)

Le vrai bras de fer entre les associations non complètement vassalisées et le gouvernement est de créer des hébergements sous le seul contrôle du Ministère de l’Intérieur pour les « sans papiers non-expulsables » catégorie n’existant que du fait du refus de respecter les engagements internationaux et du refus de règles que l’Etat cherche à faire oublier.[[7]](#footnote-7)

Ceci est la démonstration de comment les pouvoirs en place, chargés d’appliquer la CDPH en France, négligent de plus en plus le fait d’assurer la garantie des droits, et soutiennent les

associations et gestionnaires de services aux personnes handicapées, qui réclament une généralisation des soins sans consentement, et qui publient par exemple que : *« de fréquentes ruptures des relations entre la famille proche et la personne vivant avec des troubles psychiques, illustrée par la proportion considérable de personnes sans domicile fixe affectées de troubles psychiatriques : 40 à 50 % selon les sources »* [[8]](#footnote-8)ainsi que les préfets qui placent les délinquants repris de justice dans des foyers de personnes handicapées, ce qui n’est pas une garantie de la sécurité et d’exercice des droits des personnes en situation de handicap exigée par la CDPH. Les « Résidences accueil » mises en place notamment par l’association de familles UNAFAM peuvent mélanger ainsi un public de personnes handicapées et de délinquants.

Pourtant, l’hébergement dont on parle devrait être une vitrine de l’humanisation des hébergements d’urgence, du respect des droits humain et du plan de relance de la France.

**- Fichage discriminatoire**

Advocacy-France a déjà exposé sa préoccupation majeure concernant la protection des données personnelles des personnes en situation de handicap psychosocial placées en soins psychiatriques sans leur consentement depuis notamment le décret n° 2019-412 du 6 mai 2019 (fichier informatique « HOPSYWEB » qui prévoit le suivi départemental des personnes en soins psychiatriques sans consentement[[9]](#footnote-9)), autorisant la mise en relation entre ces données HOPSYWEB et le Fichier de traitement des signalements pour la prévention de la radicalisation à caractère terroriste (« FSPRT »).[[10]](#footnote-10)

Ce dispositif a été encore renforcé par l’article 7 de la récente loi du 30 juillet 2021 relative à la prévention d'actes de terrorisme et au renseignement[[11]](#footnote-11) au niveau des dispositions réglementaires relatives au croisement du fichier HOPSYWEB des personnes admises en hospitalisation psychiatrique sans consentement avec les fichiers sécuritaires et l’accès à ces données de santé.

Après les recours du Conseil national de l'Ordre des médecins et des syndicats de médecins et de psychiatres contre le décret et la levée du secret professionnel qu’il implique[[12]](#footnote-12), déjà violé par les échanges de courriels entre la police et les hôpitaux psychiatriques et constituant également une violation de l’article 23 de la CDPH, au tour de la Fédération française de la psychiatrie de contester ce fichage dans son pamphlet du 10 janvier 2021.[[13]](#footnote-13)

Cette assimilation des personnes en soins psychiatriques et des personnes terroristes n’est pas acceptable et ne peut que renforcer la stigmatisation contre des personnes en situation de handicap psychosocial.

Nous recommandons que le Comité demande à la France de mettre fin à cette dérive sécuritaire et de combattre la discrimination et d’investir plutôt pour changer la représentation de la société des personnes en situation de handicap, notamment en ce qui concerne le handicap psychosocial et le lien fait avec le terrorisme, sur la base des principes des droits humains.

Enfin, Advocacy-France est toujours aussi consternée par les pratiques discriminatoires et la violation de la vie privée des personnes en situation de handicap psychosocial ou de précarité vivant dans un logement social. L’intervention et le fichage pratiqués par les bailleurs sociaux à travers de multiples acteurs non médicaux intégrés dans un dispositif de repérage, notamment les directions des sociétés de logement et les gardiens d’immeubles est pourtant en violation de la loi L1110-4 du Code de la santé publique sur le secret médical.

Nous recommandons des modifications substantielles du droit français, ainsi que d’autres mesures nécessaires pour assurer l’égalité et la non-discrimination des personnes handicapées et remplir les obligations de la France en application de la CDPH.

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

Advocacy-France est toujours aussi consternée par le nombre de personnes privées de capacité juridique en raison d’un handicap et le peu d’alternatifs et de moyens « moins contraignants » possibles comme prévu par la loi. Les mesures prises récemment par la France pour permettre aux personnes « sous protection » d’exercer certains droits fondamentaux ne doivent pas occulter le fait que les systèmes de prise de décision substitutive sont largement répandus et les personnes en situation de handicap psychosocial sont privées de fait de leur capacité juridique lors de leur hospitalisation et/ou traitement sous contrainte autorisée par la loi car elles sont estimées incapables de donner leur consentement.

Différentes formes de systèmes de prise de décision substitutives existantes, tels la « Mesure d’accompagnement judiciaire - « MAJ »[[14]](#footnote-14) ou « l’habilitation familiale »[[15]](#footnote-15) sont mis en place sous l’autorité du juge, mais il n’y a pas de contrôle judiciaire ultérieur de ces mesures ce qui n’est pas acceptable.

Nous recommandons que la France mette véritablement en place les outils nécessaires aux régimes de prise de décisions assistée par le biais de la promotion et la reconnaissance des « personnes de confiance », des « conseillers et personnes de soutien » et de « Directives anticipées en psychiatrie », entre autres mesures de soutien qui doivent être rendus facilement accessibles pour les personnes en difficulté. Dans le passé, par exemple, les Caisses d’allocations familiales (CAF) mettaient à disposition dans les centres socio-culturels (et non pas les structures d’aide sociale ou médico-social) des conseillers économiques et sociaux avec une aide personnalisée proposée à la famille (aide pour la gestion du budget alimentaire et allocations sociales). Ce service, accessible de droit commun, était une approche en outre bien moins stigmatisante, dont nos membres en situation de handicap ont pu bénéficier.

Enfin, la reconnaissance sur le papier de « l’expertise d’usage » ne sera jamais véritablement reconnue tant que les problèmes de représentation et d’autonomie de personnes handicapées ne sont pas résolus.

Nous recommandons également que la France mette en place un système pour recueillir les statistiques et données au sujet des personnes placées sous ces régimes tel que demandé par le Comité et notamment par type de handicap.

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

Nous remercions le Comité des droits d’avoir pris en compte nos demandes en application de la CDPH exposées dans notre précédente écriture et d’avoir demandé à la France *« d’éliminer la privation de liberté pour cause de handicap psychosocial réel ou supposé ou de dangerosité supposée, notamment en abolissant la loi no 2013-869 du 27 septembre 2013, et de garantir que toutes les décisions relatives au traitement psychiatrique des personnes handicapées sont prises avec le consentement libre et éclairé de la personne concernée »*, y compris en ce qui concerne *« le traitement médical des personnes handicapées sans leur consentement dans les institutions et dans le cadre des programmes de traitement ambulatoire… (et) l’administration excessive ou forcée de médicaments, afin de prévenir le recours à de tels traitements et d’assurer une réadaptation fondée sur les droits humains »*, ainsi que d’avoir demandé à la France d’éliminer l’utilisation de la contention et les moyens de contention physiques, mécaniques et chimiques sur les personnes handicapées dans les services de santé, notamment dans les hôpitaux psychiatriques et les lieux de détention (cette dernière demande ayant été abordée dans le cadre de l’article 15).

Nous constatons de nouveau avec regret que la réponse de la France reste « à côté », comme en témoignent :

- La récente et deuxième décision de censure prise par le Conseil constitutionnel du 4 juin 2021 saisi de questions prioritaires de constitutionnalité par une association de défense des droits en psychiatrie (Cercle de Réflexion et de Proposition d'Actions sur la psychiatrie – CRPA) sur le contrôle nécessaire du juge des libertés et de la détention des mesures de contention et de l’isolement[[16]](#footnote-16). Cette décision doit entraîner une nouvelle réforme législative de l’isolement et de la contention des patients en psychiatrie mais uniquement en ce qui concerne un contrôle judiciaire systématique du maintien de telles mesures selon des modalités qui restent à déterminer et non pas l’élimination de ces pratiques telle que demandée par le Comité.

- Le refus de la France de comprendre que les mesures de privation de capacité juridique, de liberté, d’isolement et de contention sont fondées sur des pratiques discriminatoires basées sur la notion de déficiences réels ou perçus et la négation de la volonté et des préférences des personnes qu’on estime incapables de consentir ou prendre des décisions en raison de leur « état » jugé par les psychiatres (art. L.3211-2 du Code de la Santé Publique). Ceci constitue également un refus de reconnaitre le handicap au profit d’une approche biomédicale. En conséquence, le respect de la dignité de la personne, son information, la prise en compte de sa volonté et ses préférences et sa réinsertion sont quasi impossibles comme nous le constatons sur le terrain.[[17]](#footnote-17)

- Les recours et procédures de contestation ne sont pas à la hauteur du nécessaire. Les « Commissions départementales des soins psychiatriques » (CDSP) et le Contrôleur général des lieux de privation de liberté (CGLPL) cités par la France n’ont pas les moyens de leurs missions de contrôle et d’évaluation. Encore plus grave, depuis la loi 2019-222 (articles 102 et 109) de programmation 2018-2022 et de réforme pour la justice, Il en résulte que les magistrats siégeant dans les CDSP ne sont plus remplacés à l’issue de leur mandat. Pourtant, plusieurs associations

ont dénoncé le fait que la disparition des magistrats est en contradiction totale avec les orientations données à travers la « feuille de route de la psychiatrie » du 28 juin 2018 également promu. Il s’agit d’un recul grave de la protection de la liberté individuelle et des droits fondamentaux dans les établissements psychiatriques.[[18]](#footnote-18)

- La judiciarisation de l’hospitalisation et le traitement sous contrainte avec l’intervention d’un juge des libertés et de la détention pour contrôle dans les 12 jours seulement suivant sa détention et son traitement ne constitue pas un véritable recours. Avec l’effet de traitements puissants, les personnes ont le plus grand mal à se défendre, et les juges ne font que suivre l’avis du psychiatre ne prenant en compte que la régularité de la forme de la procédure. Par ailleurs, l’empilement de lois contradictoires laissent aux tribunaux des dilemmes sans solution comme évoqué plus loin (cas spécifique des personnes handicapées en hébergements d’urgence, page 12).

- L’hypocrisie attachée à la décision du Conseil Constitutionnel que les traitements forcés en ambulatoire (« programmes de soins ») ne peuvent faire l’objet d’une coercition - une mise en œuvre par la force – ce qui signifierait qu’ils seraient donc « librement consentis » par la personne. Cependant, en cas de refus de soins, la personne verra toute la procédure d’hospitalisation forcée à temps complet relancée contre elle. Idem pour les soins supposant le consentement des personnes détenues inscrits à l’article L.3214-3 du Code de santé publique[[19]](#footnote-19).

- Le fait que des personnes peuvent être jugées irresponsables pénalement[[20]](#footnote-20) si « la personne était atteinte, au moment des faits, d'un trouble psychique ou neuropsychique ayant aboli son discernement ou le contrôle de ses actes » et soumises à une obligation de soins en milieu fermé (« Unité pour malades difficiles ») pour une période indéfinie.

- Malgré les objectifs sur papier de réduction du recours aux pratiques de contention, d’isolement et de soins sans consentement de « la feuille de route pour la santé mentale et la psychiatrie » de juin 2018, du plan d’action de réduction des mesures d’isolement, de contention et de soins sans consentement (instruction de mars 2017), nous ne constatons pas d’amélioration de réduction de ces pratiques et notamment en ce qui concerne l’utilisation de la procédure d’urgence de « péril imminent » comme motif d’hospitalisation sous contrainte et l’utilisation de l’isolement et de la contention. La crise du Covid 19 n’a fait qu’empirer cette situation.

- Et enfin ou encore, la négation de la France de ces principes des droits humains clairement apparente dans son souhait de « disposer d’une meilleure connaissance du recours aux soins sans consentement et des pratiques d’isolement et de contention », l’accent mis sur des registres constatant ces violations des droits humains, contestés même par certains services des hôpitaux contre ces pratiques.

En conséquence, nous recommandons que le Comité demande à la France de mettre fin à ces pratiques discriminatoires en violation de nos droits.

**- Cas spécifique des personnes handicapées en hébergements d’urgence**

En cas de difficultés entre une personne handicapée et des personnes en probation résidant dans les hébergements d’urgence, la règle reste que toute décision concernant ces dernières n’est prise que par leur agent de probation souvent surchargé et non disponible. Dans ces cas, des décisions urgentes sont retardées et souvent remplacées par « l’éloignement » (ou mise à la rue) de la personne handicapée, sauf celle acceptant un traitement psychiatrique.

Ce même dilemme se pose aussi quand l’Etat utilise l’argument de la politique de la « réduction des risques » : ne pas les accroitre en sanctionnant l’atteinte liée à l’addiction de son auteur.

Par carences des règles, nous avons constaté que la police a même refusé d’intervenir dans au moins un cas de violences graves et répétées, criminelles, dans une résidence-accueil opposant une personne handicapée et un repris de justice dispensé de peine et placé en hébergement d’urgence car toute décision doit être prise par l’agent de probation et non pas l’établissement ou la police.

Nous recommandons que des mesures soient prises pour assurer la garantie du droit à la sécurité des personnes handicapées, et notamment celles les plus démunies et hébergées d’urgence à égalité avec les autres, et sans qu’elles soient privées de liberté.

**- Projet de protocole additionnel à la Convention Oviedo en matière de placement involontaire et du traitement involontaire**

Concernant le projet actuel de protocole additionnel à la Convention Oviedo en matière de placement involontaire et du traitement involontaire en cours depuis 2004 – d’une époque bien avant la CDPH de l’ONU – le refus de la France de reconnaître son incompatibilité flagrante avec la CDPH de l’ONU et de faire évoluer sa propre législation en conformité avec la Convention démontrent de nouveau un manque de volonté de reconnaître les normes internationales les plus élevées en matière des droits humains. C’est extrêmement décevant de la part d’un pays connu par le passé pour son attachement aux droits humains mis depuis trop longtemps de côté par une approche sécuritaire et orientée contrôle social. Nous ne sommes pas dupes par rapport à la « place » accordées aux mesures encore appelées « alternatives » ou les « cas exceptionnels » comme témoignent les chiffres de l’hospitalisation sous contrainte en psychiatrie et notamment sous motif de péril imminent.

Nous recommandons au Comité de sensibiliser et informer d’avantage notre pays à cet égard.[[21]](#footnote-21)

Nous recommandons aussi que le Comité demande à la France de mettre en place un large éventail de services qui répondent aux demandes des personnes en situation de handicap psychosocial, qui respectent leur autonomie, leurs choix et leur dignité, y compris le soutien des pairs et d’autres alternatives au modèle biomédical de la santé mentale extrêmement répandu en France.

Ces services doivent être dotés de moyens pérennes pour une existence durable et généralisés à travers le pays, et non pas sous la forme de projet ponctuel. Ils doivent être librement consentis et conçus, dirigés et évalués avec l’étroite collaboration et l’implication de toutes les associations représentatives des personnes en situation de handicap psychosocial, et notamment :

- des espaces d’accueil en urgence,

- des Maison de Répit (non limités aux personnes sans domicile fixe), type Soteria,

- des formations basées sur le rétablissement et les droits humains à l’instar des récents Lignes Directrices de l’OMS pour des services de santé mentale centrés sur les personnes et les droits humains,

- la véritable mise en œuvre du programme Quality Rights de l’OMS à peine connu dans notre pays et peu financé,

- Les « recovery colleges » de type « COFOR » (Centre de Formation au Rétablissement),

- Des directives anticipées en psychiatrie,

- L’accès à un psychologue de son choix et aux « thérapies de la parole » remboursés par le système de santé public sans devoir avoir recours comme actuellement pressenti à son médecin généraliste ou à un psychiatre pour un nombre limité de séances.

**Articles 15, 16, 17 : Droit de ne pas être soumis à la torture ni à des peines ou traitements cruels, inhumains ou dégradants, l’exploitation, à la violence et à la maltraitance et protection de l’intégrité de la personne**

Nous avons déjà partagé des informations et nos préoccupations avec le Comité concernant ces articles – les pratiques violentes et discriminatoires, l’hospitalisation sous contrainte en psychiatrie comportant une « obligation de soins » souvent administrés de force, les pratiques d’isolement et de contention mécanique et chimique, les traitements forcés en ambulatoire – et la souffrance et angoisse intenses, nuisant à l’intégrité physique et mentale des personnes en situation de handicap psychosocial et entrainant un traumatisme profond parmi les personnes qui en sont victimes et qui sont de plus en plus nombreux.[[22]](#footnote-22) Nous constatons que les atteintes à la dignité qui continue (mis en pyjama, en chambre d’isolement, thérapie/activité à l’hôpital psychiatrique publique quasi inexistante au profit d’un traitement chimique, toute contestation vue comme un symptôme d’une maladie…). Cela ressemble à une prise en charge assimilable à une punition plutôt que des soins.

Notre association reste également préoccupée par les pratiques de contention qui existent en dehors des services psychiatriques (services d’urgences, structures médicosociales, EPHAD pour personnes âgées dépendantes[[23]](#footnote-23)) qui ne font toujours pas l’objet d’aucun recueil ou encadrement législatif, ni de visites de contrôle du CGLPL.

**Article 22 - Respect de la vie privée**

Outre nos préoccupations exposées au titre de l’article 5 ci-dessus sur le « fichage » ou « casier psychiatrique », notre association reste toujours préoccupée par les pratiques discriminatoires de CapEmploi (« organisme de placement spécialisé exerçant une mission de service public de préparation, de l’accompagnement, du suivi durable et du maintien dans l’emploi des personnes handicapées »), l’imposition d’une « prestation de diagnostic approfondi » par des associations intermédiaires autorisées dans ce cadre (« pps ») à recueillir des informations médicales confidentielles auprès des médecins et à prendre contact avec les anciens employeurs de la personne handicapée demandeuse d’emploi avant d’appuyer tout projet professionnel. Ceci afin d’émettre des préconisations d’aptitude à travailler en milieu ordinaire ou à être orienté vers le milieu protégé ou pas apte à travailler du tout. En cas de refus de la divulgation de ces informations personnelles, les services de CapEmploi pour l’insertion professionnelle des personnes handicapées ne sont plus disponibles pour la personne. Nous voyons dans ces évolutions et constats sur le terrain un détournement de la protection législative des données personnelles et du travail de la Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés (CNIL).

**Article 25 – Santé**

Nous avons déjà soulevé en 2019 les graves difficultés du système de santé français, et la révolte de son personnel (grande manifestations, Gilets Jaunes, occupations, grèves de la faim), qui n’ont été qu’exacerbées par la crise de la Covid 19 et qui n’ont pas été réglées par le « Ségur de la santé »[[24]](#footnote-24).

Aujourd’hui l’Etat prévoit « les Assises de la santé mentale et la psychiatrie » les 27 et 28 septembre prochain sans même avoir contacté les différentes associations de terrain. De même, un « Sommet international des ministres de la santé mentale mobilisés en faveur de la santé mentale » début octobre sans nous impliquer. Ces « grandes messes » en France ne règlent jamais les problèmes et ne sont qu’une façade.

Le Comité aura à sa disposition des informations sur la dégradation des conditions d’accès à la santé à égalité avec les autres en raison de la pandémie de Covid 19 en France. Nous souhaitons néanmoins pointer l’affaire de l’hôpital psychiatrique de Moisselles (banlieue de Paris) en cours en tant qu’exemple. Suite à une inspection du CGLPL donnant lieu à une recommandation en urgence[[25]](#footnote-25) de sa part le 19 juin 2020, la direction générale de cet établissement a choisi de sanctionner les soignants qui avaient mis en cause les manquements éthiques constatés. Deux Sénatrices ont interpellé le Ministre de la Santé par un courrier en date du 20 juillet 2021[[26]](#footnote-26) estimant les sanctions disciplinaires inacceptables et profondément choquantes car les alertes ont été données dans l’intérêt des patients en psychiatrie dont les droits étaient manifestement bafoués. D’autres cas semblables en Normandie et ailleurs nous ont été rapportés liés à la non-dénonciation des faits de violation des droits depuis cette crise sanitaire, avec le manque de personnel depuis de nombreuses années et l’utilisation accrue des chambres d’isolement notamment le week-end.

Les usagers n’ont pas de réelle représentation au sein des « Commissions des usagers » (CDU) des établissements et aucun réel pouvoir contre ces pratiques de représailles contre le personnel et contre les patients.

Le malaise continu du système de santé français démontre l’incapacité continue des autorités à négocier et prendre en compte le personnel des hôpitaux psychiatriques et encore moins les personnes qui y sont enfermées.

**Art. 28 - Niveau de vie adéquat et protection sociale**

Les réponses données par la France aux questions du Comité à ce sujet nous paraissent encore et toujours « à côté ».

Depuis longtemps, les personnes en situation de handicap psychosocial demandent la même aide à la personne qu’accordée aux personnes en situation de handicap physique (aide-ménagère, soutien à la prise de décision, à la gestion des comptes et situation administrative, accompagnateur pour le transport local, régional et à long distance).

Les personnes en situation de handicap psychosocial sont contraintes à attendre une aide (« APA ») pour les personnes âgées uniquement possible à partir de 60 ans et qui ne prend pas en compte le handicap dans le cadre de l’aide apportée à la personne. Il n’est pas normal qu’une personne en situation de handicap attende cet âge pour accéder à ces services.

Nous constatons parmi nos adhérents que les préstations de compensation sont de moins en moins sûrs et de plus en plus en diminution en raison des relations entre les Conseils généraux et l’Etat (CNSA). Il y a un reste à charge des personnes aujourd’hui de plus en plus importante pour l’équipement du domicile, et l’aménagement raisonnable.

Enfin, et comme le Comité doit le savoir, le récent rejet du 17 juin dernier par l'Assemblée nationale de la proposition de loi sur la « déconjugalisation » de l'Allocation aux adultes handicapés (AAH) qui devait porter « diverses mesures de justice sociale » est inacceptable. Les personnes handicapées allocataires en couple avec une personne qui travaille verront leur allocation diminuer, et si les revenus de leur partenaire dépassent 2270€ par mois, l’AAH est supprimée. Dans ce cas, l’allocataire se retrouve dans une situation de dépendance économique totale vis-à-vis de son ou sa partenaire. Cette mesure va à l’encontre d’un niveau de vie personnelle adéquate et autonome et empêche le plein accès à la citoyenneté.[[27]](#footnote-27)

En conclusion, la France n’est pas le « pays des droits de l’homme » tel qu’on l’imagine. Elle n’a plus de leçons à donner avec le manque de respect de nos droits fondamentaux.

Nous espérons vivement que cet examen par le Comité des droits de la situation en France au regard de la CDPH pourra faire évoluer les mentalités, les pratiques et la législation de notre pays et que la France pourra mériter de nouveau cette réputation de champion des droits humains en respectant les dispositions de la Convention.

Nous profitons de cette occasion pour remercier d’avance les membres du Comité des droits de prendre en compte notre soumission, et de nouveau, restons à son entière disposition pour toute information complémentaire ou question.

1. La définition du handicap et ses modalités d’évaluation telles que prévues par la loi française n° 2005-102 du 11 février 2005, sont contraires à la définition et à l’esprit de la Convention. Voir rapport et recommandations du Conseiller honoraire à la Cour de Cassation (M. Blatman) au Défenseur des Droits en 2016 qui souligne cet écart de la définition française à celle de la Convention et l’attentisme de l’Etat français ; voir aussi le Rapport de la Rapporteuse spéciale sur les droits des personnes handicapées de sa visite en France, 8 janvier 2019, p. 6. [↑](#footnote-ref-1)
2. Voir : <https://www.lemonde.fr/societe/article/2020/11/15/la-fondation-abbe-pierre-estime-que-la-france-compte-pres-de-300-000-sdf_6059802_3224.html>, <https://www.liberation.fr/societe/logement/occupation-de-sans-abri-place-des-vosges-des-hebergements-mais-pas-pour-tous-20210730_GGTHGP2X3BF55JMZEXKHLPCESM/> [↑](#footnote-ref-2)
3. Advocacy-France est membre de l’UNIOPSS - Union nationale interfédérale des œuvres et organismes privés non lucratifs sanitaires et sociaux et Groupe Santé Mentale, l’URIOPSS de Normandie (Union Régionale Interfédérale des œuvres et des organismes privés sanitaires et sociaux) et sa Commission régionale handicap, la FAS - Fédération des acteurs de la solidarité au niveau national et en Normandie, et le CAU - Collectif des Associations Unies pour le logement. [↑](#footnote-ref-3)
4. Voir : <http://www.senat.fr/rap/r20-632/r20-632_mono.html> [↑](#footnote-ref-4)
5. Voir : <https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000033309650> [↑](#footnote-ref-5)
6. Jugement prononcé le 12 mai 2021 plus de 3 ans après : Greffe de la Cour d’Assise, Palais de justice de Paris [↑](#footnote-ref-6)
7. Voir : <http://www.senat.fr/rap/r18-614/r18-614_mono.html#toc37>, <https://www.liberation.fr/france/2019/09/09/hebergement-d-urgence-le-pilotage-du-gouvernement-est-assez-brutal_1750206/> [↑](#footnote-ref-7)
8. Voir : Habiliter des comités d’éthique pour décider d’administrer des soins psychiatriques sans consentement,

Michel Doucin, in Droit, Santé et Société 2018/3-4 (N° 3-4), <https://www.cairn.info/revue-droit-sante-et-societe-2018-3-page-48.htm> [↑](#footnote-ref-8)
9. Décret No. 2018-383 du 23 mai 2018 [↑](#footnote-ref-9)
10. 23/08/17 - 17h03 - HOSPIMEDIA, Les psychiatres hospitaliers redoutent le retour d'amalgames entre maladie mentale et dangerosité, <https://www.hospimedia.fr/actualite/articles/20170823-societe-les-psychiatres-hospitaliers-redoutent-le-retour-d> [↑](#footnote-ref-10)
11. Voir : <https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000043876100/> [↑](#footnote-ref-11)
12. Voir : <https://sphweb.fr/blog/2019/05/20/decret-jo-7-ami-2019-fichages-hopsyweb-et-fsrpt-non-au-fichage-des-personnes-en-soins-sans-consentement/> [↑](#footnote-ref-12)
13. Voir : <https://fedepsychiatrie.fr/wp-content/uploads/2021/01/Pamphlet-Fedepsychiatrie-Fichage.pdf> [↑](#footnote-ref-13)
14. Loi du 5 mars 2007 [↑](#footnote-ref-14)
15. Ordonnance n° 2015-1288 du 15 octobre 2015 [↑](#footnote-ref-15)
16. Voir : <https://www.conseil-constitutionnel.fr/actualites/communique/decision-n-2021-912913914-qpc-du-4-juin-2021-communique-de-presse>, <https://www.liberation.fr/societe/sante/en-psychiatrie-on-attache-et-on-isole-faute-de-personnel-20210302_R53JLGWY6ZA5JNFBT3ITID4RKA/> [↑](#footnote-ref-16)
17. Voir article suite recherche menée en France dans le cadre du Rapport du Rapporteur spécial des droits des personnes handicapées pour son rapport 2019 sur la privation de liberté des personnes handicapées : <https://www.irdes.fr/recherche/2021/qes-254-les-privations-de-liberte-en-raison-d-un-handicap.html> [↑](#footnote-ref-17)
18. Voir : <https://www.santementale.fr/2019/09/supression-du-magistrat-au-sein-des-cdsp/> [↑](#footnote-ref-18)
19. Voir aussi articles 45 à 56 de la loi pénitentiaire du 24 novembre 2009. [↑](#footnote-ref-19)
20. Article 122-1 du Code pénal. [↑](#footnote-ref-20)
21. Voir : <https://www.edf-feph.org/join-the-withdrawoviedo-campaign-to-end-coercion-in-psychiatry/> [↑](#footnote-ref-21)
22. Voir témoignages récents : <https://www.zinzinzine.net/tag/temoignages/> [↑](#footnote-ref-22)
23. Rapport d'information au Sénat n° 341 (2017-2018), ”Ehpad : quels remèdes ?” de M. Bernard Bonné au nom de la commission des affaires sociales du 7 mars 2018, voir : <https://www.senat.fr/rap/r17-341/r17-341.html> [↑](#footnote-ref-23)
24. Voir : <https://www.francebleu.fr/infos/economie-social/hopital-public-des-soignants-en-greve-illimitee-pour-denoncer-l-inegalite-du-segur-de-la-sante-1610373105>, <https://www.lemonde.fr/societe/article/2021/06/15/malgre-le-segur-les-soignants-dans-la-rue-pour-defendre-l-hopital-public_6084154_3224.html> [↑](#footnote-ref-24)
25. Voir : <https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000042015570> [↑](#footnote-ref-25)
26. Voir la lettre des Sénatrices au milieu de la page : <https://printempsdelapsychiatrie.org/> [↑](#footnote-ref-26)
27. Voir : <https://petitions.assemblee-nationale.fr/initiatives/i-358>, <https://www.ladapt.net/actualite-ladapt-soutient-la-deconjugalisation-de-laah> [↑](#footnote-ref-27)