

## **Plan du recueil des contributions**

**Mercredi 20/12/17**

**11h15-13h**

### **Atelier C - La place du juge, la place du soin, la place du recours**

**Fabien Juan, psychiatre, médecin-directeur de l'Institut MGEN de la Verrière – Institut Marcel Rivière, « Une loi insuffisamment protectrice des droits de la personne : Le directeur d'hôpital juge de la décision de restriction de liberté » / p.2**

**François-Joseph Warlet, magistrat honoraire, Belgique, « Les « ratés » de la loi belge relative à la protection de la personne des malades mentaux » / p.5**

**Pink Belette, « Pour un changement de paradigme sur les droits des personnes suivies en psychiatrie » / p.7**

**Paul Véron, juriste assistant du magistrat, TGI Lyon, « Le domaine incertain du contrôle du juge sur les décisions en psychiatrie » / p.11**

#### **Contribution sans intervention :**

**Fabrice Pleux, Capdroits L'ADAPT, « Tranquillité pour mes parents » / p.13**

## **Une loi insuffisamment protectrice des droits de la personne : Le directeur d'hôpital juge de la décision de restriction de liberté**

*Nom du ou des contributeurs :*

**Dr Fabien JUAN**

**Psychiatre – Médecin Directeur de l'Institut MGEN de la Verrière – Institut Marcel Rivière**

Avenue de Montfort

78320 Le Mesnil Saint de Denis

Tél : 0663844012 / 0139387800

Email : fjuan@mgen.fr

*Contexte de récupération de la situation :* expérience professionnelle en tant que psychiatre, Directeur d'un établissement ESPIC de santé mentale accueillant des patients en soins sans consentement.

*Résumé de la situation :*

Cette communication discutera, à travers l'expérience de six années d'application de décisions de soins sans consentement par un directeur d'hôpital psychiatrique, de l'impossibilité de respecter au mieux les droits du patient et de l'impact négatif de cette loi sur la relation soignant-soigné et sur la qualité des soins. Elle présentera ensuite le retour d'expérience du Québec, démocratie ayant fait le choix d'une intervention précoce du juge pour la prise de décision de restriction de liberté.

*Mots clés :* soins sans consentement, soins à la demande d'un tiers, soins en péril imminent, décision d'admission du directeur, droits des patients, restriction de liberté.

*Présentation de la situation :*

La loi française sur le contrôle des soins sans consentement de 2011 révisée en 2013 a permis de renforcer la judiciarisation en santé mentale des situations de décisions de restriction de liberté. Elle reste en retard par rapport à la plupart des démocraties en Europe et dans le reste du monde.

En limitant l'implication du juge des libertés à un contrôle de la procédure au 12<sup>ème</sup> jour, la loi est insuffisante pour le respect des droits de la personne, positionnant le directeur d'établissement en situation d'être juge et parti de la décision, elle ne permet pas de réaliser les soins dans les meilleures conditions.

Celui-ci ne peut que se questionner sur sa légitimité à prendre cette décision. Les difficultés constatées dans son application et la pratique avancée des autres pays démocratiques dans ce domaine, l'amènent à défendre une modernisation de la loi vers une décision judiciaire de mise en soins sans consentement au plus tôt de l'évaluation

initiale psychiatrique.

Chaque jour, en France, le directeur d'établissement de santé est en première ligne pour décider de l'admission de patients en soins sous contrainte. Cette décision est d'ordre administratif et non judiciaire. Le directeur va concentrer ses actions afin que la procédure soit respectée en contrôlant le nombre de certificats, la légitimité du rédacteur du certificat et du tiers, le respect de la temporalité, le respect de l'information du patient sur ses droits. Il est lié à la conclusion du certificat médical et ne peut que décider ou pourrait-on dire appliquer la décision d'admission dans son établissement. A la fin de la période d'observation de 72h, la situation est identique, il aura l'obligation de poursuivre l'hospitalisation au regard des conclusions des certificats. Et lorsqu'il n'y a pas de tiers et que sur le plan médical sera évalué un risque de péril imminent, il devra se substituer à ce tiers et être à la fois le demandeur, le décideur et l'exécuteur de la mesure d'hospitalisation.

Il organisera son établissement afin que la procédure de soins sans consentement soit respectée jusqu'à la saisine du juge des libertés pour le contrôle au 12<sup>ème</sup> jour. Il cherchera à limiter le risque de levée par défaut de respect de la procédure afin de ne pas engager de risque juridique pour la structure.

L'ensemble du personnel administratif et surtout médico-soignant se centrera ainsi sur une procédure judiciaire au détriment des soins du patient jusqu'au contrôle.

La personne hospitalisée se retrouvera face à des médico-soignants qui lui expliqueront la nécessité de ses soins mais surtout l'évalueront à chaque certificat, lui parleront de procédure judiciaire, d'avocat, de droits, lui demanderont sa signature contre notification des décisions à plusieurs reprises. Il lui sera dit que dans son intérêt le juge des libertés contrôlera le bon respect de la procédure. Il percevra en réalité rapidement que ceux qui lui appliquent les restrictions de liberté et l'obligation de soins, sont ceux qui ont décidé de ces mesures.

A travers l'expérience de six années d'application de décisions de soins sans consentement, un directeur d'hôpital psychiatrique conclut à l'impossibilité de respecter au mieux les droits du patient et à l'impact négatif de cette loi sur la relation soignant-soigné et sur la qualité des soins. Une révision de la législation française s'appuyant sur le retour d'expérience du Québec, démocratie ayant fait le choix d'une intervention précoce du juge pour la prise de décision de restriction de liberté, est nécessaire afin d'évoluer vers une décision judiciaire des soins sans consentement en France.

*Questionnements et pistes d'analyse suscités par la situation :*

- Illégitimité du Directeur d'établissement dans le cadre d'une décision de restriction de liberté.
- Confusion des missions pour les professionnels du soin.
- Perte de qualité dans la relation de soins.

*Recommandations ou pistes de développement :*

Réviser la Loi du 27 septembre 2013 afin de se mettre en conformité avec l'obligation d'une décision judiciaire de restriction de liberté dans le cadre des soins sans consentement et non un contrôle.

*Principaux textes de droits mobilisés dans la situation ou qui pourraient l'être :*

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

## Les "ratés" de la loi belge relative à la protection de la personne des malades mentaux

*Nom du ou des contributeurs :*

**François-Joseph WARLET**, Belgique, magistrat honoraire, secrétaire Général AIRHM

*Contexte de récupération de la situation :*

Expérience professionnelle en tant que magistrat, en charge de décider des hospitalisations contraintes des personnes dont il peut être constaté qu'elles souffrent d'un trouble psychique mettant gravement en péril leur santé et leur sécurité, ou constituant une menace grave pour la vie ou l'intégrité d'autrui.

*Petit résumé de la situation :*

Par le biais d'un exemple particulier, et sous le bénéfice d'une expérience concrète de 26 ans d'application de la loi belge de 1990 relative à la protection des malades mentaux, notre communication a pour objet essentiel de mettre en exergue quelques-unes des difficultés d'application de cette loi, surtout dans l'hypothèse de l'urgence..

*Mots clés :* contrainte, urgence, consentement, liberté, péril, protection

*Présentation de la situation :*

A 66 ans (veuf?), il occupait et entretenait seul sa propre maison.

Selon l'expression populaire, "*Il ne demandait rien à personne*", juste de vivre en paix.

Mais ce jour-là, cette paix fut gravement mise en péril; en tout cas c'est ce qu'il ressentit et ce qu'il vécut.

Des ouvriers municipaux étaient occupés à démonter les dalles recouvrant "son" trottoir pour y effectuer des travaux !

Quelques échanges de mots très vifs ! -Surtout beaucoup d'incompréhension de part et d'autre, puis... la police, le parquet, un médecin qui passait par là... décision: mise en observation d'urgence à l'hôpital psychiatrique.

Dix jours plus tard, visite du juge de paix<sup>1</sup> à l'hôpital et entretien avec l'*intéressé* assisté (seulement alors...) d'un avocat commis d'office et audition du psychiatre du service.

L'*intéressé*: ingénieur retraité, atteint, e.a. de "*phobie administrative*" (!), a décidé de vivre en totale autarcie; ainsi:

- renonçant définitivement à percevoir sa pension de retraite
- refusant de renouveler sa carte d'identité mais en confectionnant une à son goût,

---

1

Juge compétent en Belgique en matière de protection des adultes affectés d'une maladie mentale en vertu de la loi du 26 juin 1990.

- refusant les démarches imposées pour avoir accès à son compte en banque,

- ...

Et il a réponse à toutes les questions du type "*mais comment faites-vous sans argent?*"

Décision du juge.....

*Questionnements et pistes d'analyse suscités par la situation :*

- Quid du rôle ponctuellement juridictionnel du parquet ?
- Quid des voies de recours... illusoires dans les faits ? N'y a-t-il pas lieu de permettre à la personne un recours...également au bénéfice de l'urgence ? (rappelons qu'il est ingénieur)...
- Quid du rôle du Barreau ?

*Recommandations ou pistes de développement :*

Il y va de la loi belge comme de toutes dispositions légales restrictives de liberté: bien plus que pour d'autres, il convient qu'elle soit revisitée régulièrement à la lumière de l'application qui en a été faite.

*Principaux textes de droit mobilisés dans la situation ou qui pourraient l'être :*

- La loi belge du 26 juin 1990<sup>2</sup>. Cette loi a abrogé un régime antérieur datant de 1850, qui parlait de "*collocation*" voire de "*séquestration à domicile*" (sic !).
- ONU: Principes pour la protection des personnes atteintes de maladie mentale et pour l'amélioration des soins de santé mentale<sup>3</sup>. - Principe n° 9
- Convention des Nations Unies relative aux Droits des Personnes Handicapées<sup>4</sup>. - Art. 14, 2.

---

2

Moniteur Belge (≡ Journal Officiel) du 27/07/1990

3

Séance plénière du 17 décembre 1991

4

13 décembre 2006

## 52. Pour un changement de paradigme sur les droits des personnes suivies en psychiatrie

*Nom du ou des contributeurs : Pink Belette, France, Novembre 2017*

J'ai choisi un pseudonyme parce que je suis diagnostiquée schizophrène ET sous mesure de contrainte en soins ambulatoires (SDT) depuis 3 ans, ainsi que sous curatelle simple.

*Contexte de récupération de la situation :*

*Expérience personnelle en tant que personne suivie en psychiatrie depuis 10 ans et ayant lutté (en vain) pour un sevrage définitif des neuroleptiques. Je fais également partie du collectif informel «Prohibition absolue des hospitalisations et traitements forcés en psychiatrie».*

*Petit résumé de la situation :*

Depuis la « nuit sécuritaire », j'ai pu constater à quel point la psychiatrie en France était une zone de non-droit. Mes séjours à répétition et les abus que j'y ai subis n'ont fait qu'aggraver les traumatismes et stigmates qui m'y ont menée, en bout de course. J'ai cherché des voies de recours, j'ai cherché des thérapies alternatives, j'ai cherché à être comprise, j'ai cherché à arrêter des traitements qui ont, pour moi, toujours été une torture (et sur lesquels il n'y a aucune étude sur les effets à long-terme en France), tout cela en vain...

Je souhaite aborder ces violences et privations de droits fondamentaux avec une approche thématique qui permette d'engager une discussion plus radicale, qui aille au-delà du narratif de la « santé mentale » traditionnelle.

Je proposerai des perspectives, basées sur les bonnes pratiques glanées dans d'autres pays, pour un changement de paradigme et l'alignement du droit français sur la Convention des Droits des Personnes Handicapées de l'ONU.

*Mots clés :*

Convention ONU pour les Droits des Personnes Handicapées, hospitalisation sous contrainte (*maltraitance, violences psychologiques et spirituelles, atteintes à la dignité, liberté de pensée, mort sociale*), soin sans consentement (*psychotropes, camisole/ lobotomie/ viol chimique, torture*), psychiatrie (*stigmatisation, immunité des psychiatres, déontologie, modèle biomédical, rétablissement, résilience*), juge des libertés et de la détention (*justice obligatoire et déni de justice*), incapacitation (*infantilisation, liberté cognitive, protection des majeurs*), approche thérapeutique (*Open Dialogue, empowerment, horizontalité, justice restauratrice*)

*Présentation de la situation :*

Je suis une survivante d'abus graves qui m'ont conduite à la dépression et à un « épisode psychotique » en 2007. J'ai fait ma première tentative de suicide au bout de deux séjours en psychiatrie, qui m'ont laissée sans logement, sans le soutien de mes parents, m'ont fait perdre mon partenaire, mes amis et mes perspectives de travail.

Aujourd'hui, je suis seule, handicapée à 80% et il est trop tard pour moi maintenant pour devenir mère. J'ai également des troubles cognitifs et de la mémoire dûs aux psychotropes, et malgré mon parcours artistique, je me sens totalement incapable de créer.

Je vis dans la précarité à la charge de l'Etat.

J'ai été ré-hospitalisée en psychiatrie de nombreuses fois en 10 ans, ce qui constitue pour moi une véritable *mort sociale*.

J'y ai vécu *de nombreuses violences physiques et morales, dont la torture médicamenteuse*, des abus de faiblesse et maltraitances et atteintes à la dignité et à la liberté de pensée. J'ai été mise plusieurs fois en isolement avec violences de la part du personnel *ET* des employés de la sécurité, alors que je n'ai *JAMAIS* été agressive. J'ai été placée sous contention, injectée de force, déshabillée de force, déshydratée, nourrie de force, humiliée, bafouée, maltraitée...

*Le médecin et l'équipe refusaient de prendre en compte les effets secondaires : impatiences insupportables, tremblements, angoisses mortelles, dépression, troubles de l'élocution, dyskinésies faciales et tortures psychiques (« enfer » mental, anesthésie de la conscience...) qui disparaissaient à l'arrêt du traitement.*

*Le comble* : en hospitalisation, on m'a répété à outrance que, comme j'étais en soins sous contrainte, ils étaient « responsables de tout » et que, donc, je « perdais mes droits », que le médecin « faisait ce qu'il voulait » et que eux faisaient « ce que le médecin leur demandait »...

Je suis passée deux fois devant le *Juge des Libertés et de la détention*, mais celui-ci s'est ouvertement moqué de moi. Il était agressif, manipulateur et a fait preuve de l'hypocrisie la plus absolue quand je lui ai dit que j'étais victime d'abus et maltraitances. J'étais clairement l'accusée. Il m'a affirmé, après de multiples interruptions, qu'il me maintenait en soins sous contrainte parce que « le directeur de l'hôpital le lui avait demandé »...

D'autres patients étaient sortis en pleurant de l'audience.

Dans mon secteur, le JLD ne libère que 5% des personnes placées en soins sous contrainte, pratique s'étant par ailleurs systématisée (augmentation de 50% de soins sous contrainte depuis la loi Bachelot selon la HAS).

*Questionnements et pistes d'analyse suscités par la situation :*

- Pourquoi le JLD n'est pas une véritable voie de recours et pourquoi les personnes psychiatriquées ont peur de parler;
- La CDPH de l'ONU : pourquoi n'est-elle pas appliquée en France? (rapport Robiliard, silence/ tabou médiatique, exception française...)
- En quoi se substituer à la volonté du patient constitue une violence : impossibilité du (non-)consentement éclairé (impact des traitements forcés et « compliance », (non-)évaluation de la balance bénéfices- risques, immunité des psychiatres)...



- Impact des privations de liberté et des violences (physiques, morales...) : en quoi aggravent-elles l'état du patient (re-traumatisation, stigmatisation, abus de pouvoir, déni de crédibilité ; la souffrance de ne pas être compris.e/ entendu.e, absurdité et aggravation des engrenages sociaux de personnes déjà vulnérables) ;
- En quoi ces violences sont-elles systémiques (le psychologique est politique, l'accès au corps des personnes aussi ; système absurde dans lequel on blâme et stigmatise les victimes, tandis que les psychopathes et pervers sont peu inquiétés) ;
- En quoi le modèle bio-médical est-il questionnable et quel est son impact sur la vie des personnes (image véhiculée dans les médias, infantilisation des personnes psychiatriquées et déresponsabilisation, escalade de la violence) ;
- En quoi la médication forcée constitue une torture et une incapacitation *des personnes psychiatriquées (la dimension physique, la dimension psychologique, morale et spirituelle)* ;
- En quoi la psychiatrie est-elle un système sous influence ? (monopole et impunité des médecins psychiatres, influence des lobbies pharmaceutiques, dépendance des intérêts financiers des hôpitaux, intérêts politico-économiques...).

*Recommandations ou pistes de développement (d'action) :*

- Nécessité de l'abolition des soins forcés : en quoi consisterait un changement de paradigme (définition).
- En quoi une meilleure compréhension de l'origine traumatique des troubles des personnes psychiatriquées, et donc une approche psycho-thérapeutique serait-elle une prémisses essentielles pour un changement de paradigme (95% des personnes psychiatriquées ont été victimes d'abus graves dans l'enfance ; prévalence des abus sexuels dans l'enfance pour au moins un patient sur deux, dont 3 fois plus de femmes que d'hommes)...
- Mieux partager et exploiter les initiatives citoyennes et alternatives thérapeutiques en France et dans le monde ;
- Le modèle bio-médical à l'épreuve de la science: nécessité de remettre en question les « mythes » de la psychiatrie (« maladie chronique d'origine génétique », « déséquilibre chimique dans le cerveau »...);
- Nécessité déontologique de revoir l'usage des psychotropes (polypharmacie, surdosage, psychose d'hypersensibilité, privation de liberté cognitive...) et de pouvoir proposer un accompagnement au sevrage médicamenteux (formation des psychiatres) ;
- Comment améliorer la relation de soin : nécessité de redéfinir le rôle des médecins et soignants dans la relation au patient ; approche qualitative, empowerment et bons principes, justice restauratrice, rétablissement, réhabilitation ;
- La CDPH et la nécessité de son implémentation en France (inconstitutionnalité de lois dites « scélérates » ; prévalence du droit international sur le droit local ; nécessité d'abolir les soins forcés ; autres pistes juridiques) ;

- Plaidoyer : Autres pistes d'actions pour sortir de la nuit sécuritaire, médico-judiciaire et financière (débat).

*Principaux textes de droits mobilisés dans la situation ou qui pourraient l'être :*

Article 55 de la Constitution, charte du droit des patients, abolition de la loi Bachelot 2011, modification de la loi du 27 septembre 2013 relative à l'obligation de comparaître devant un juge des Libertés et de la détention, mise en vigueur des articles 12, 14, 15 du CRPD de l'ONU, la Charte des Nations Unies contre la Torture, des textes de loi allemand

## Le domaine incertain du contrôle du juge sur les décisions en psychiatrie

*Nom du ou des contributeurs :* **Paul Véron**

*Contexte de récupération de la situation :*

La situation ici analysée est tirée d'une affaire arrivée devant les tribunaux administratifs puis judiciaires. C'est donc dans le cadre d'une activité de recherche qu'elle a été rencontrée.

*Petit résumé de la situation :* la situation proposée concerne la contestation en justice, par une patiente schizophrène prise en charge en psychiatrie sans consentement, de la décision du psychiatre d'augmenter les doses de son traitement. Le juge refuse pourtant de contrôler la légalité de cette décision.

*Mots clés :* psychiatrie ; hospitalisation sans consentement ; augmentation des doses d'un traitement ; accès au juge ; refus de contrôle

*Présentation de la situation :*

L'affaire jugée par le Conseil d'Etat (plus haute juridiction administrative) concerne une patiente (Anne) prise en charge sous un programme de soins sans consentement, en hospitalisation complète en raison d'importants troubles mentaux entraînant des risques d'automutilation.

Anne reçoit une injection de Risperdal de 37,5 milligrammes tous les 15 jours. Le médecin responsable de sa prise en charge décide d'accroître le dosage du médicament et le faire passer à 50 milligrammes à compter du 15 juin 2012. La patiente s'y oppose et saisit, le 14 juin 2012, le juge des référés (juge de l'urgence) du tribunal administratif de Rennes.

Anne invoque que cette mesure porte une atteinte grave et manifestement illégale au droit pour tout patient majeur de donner, lorsqu'il se trouve en état de l'exprimer, son consentement à un traitement médical. Par ordonnance du 18 juin 2012, le juge des référés enjoint au centre hospitalier spécialisé Guillaume Régnier de ne pas procéder à l'augmentation de dosage envisagée. L'établissement fait appel de cette ordonnance devant le Conseil d'Etat. Par une décision du 16 juillet 2012, ce dernier se déclare toutefois incompétent pour apprécier le bien-fondé de la décision, prise par le médecin psychiatre, d'augmenter les doses du traitement administré à cette dernière. Il juge que *« le législateur a entendu donner compétence à l'autorité judiciaire pour apprécier le bien-fondé de toutes les mesures de soins psychiatriques sans consentement, qu'elles portent atteinte à la liberté individuelle ou non ; que l'appréciation de la nécessité des décisions prises par les médecins qui participent à la prise en charge de personnes qui font l'objet de tels soins, pour autant qu'elle relève du contrôle du juge, de même que, le cas échéant, celle de la capacité de ces personnes à y consentir, sont étroitement liées à*

*celle du bien-fondé des mesures elles-mêmes ».*

*Questionnements et pistes d'analyse suscités par la situation :*

Cette situation pose la question de l'accès au juge par les personnes prises en charge sans consentement en psychiatrie. En effet, dans la même affaire, le juge judiciaire s'est lui-même déclaré incompétent pour contrôler la légalité de l'augmentation des doses du traitement administré à la patiente. Cette situation de « conflit négatif de compétence » interroge sur le champ des décisions, actes, mesures, qui peuvent faire l'objet d'un contrôle dans le secteur de la psychiatrie, et donc sur l'étendue de l'office du juge. Il serait en effet préoccupant que des décisions médicales impactant une ou plusieurs libertés fondamentales des patients psychiatriques soient soustraites à tout contrôle du juge.

On peut s'interroger à la fois :

- sur la portée du refus de contrôle opposé par les juges : s'agit-il simplement d'un refus de contrôler *a priori* la décision médicale, dans le cadre d'une procédure d'urgence qui pourrait conduire à faire obstacle à l'exécution de cette décision (ici l'augmentation des doses du traitement) ? S'agit-il plus généralement d'un refus de tout contrôle sur les décisions médicales en psychiatrie, ce qui serait plus difficilement concevable.
- sur les explications possibles de ce refus : l'intervention obligatoire du juge des libertés et de la détention (JLD) dans les 12 jours de l'admission en hospitalisation sans consentement constituerait-il un blanc-seing sans possibilité pour le patient de contester les mesures (de soins ou autres) intervenant dans la prise en charge ?
- plus largement, sur les dispositifs d'accès au juge pour les patients psychiatriques ? (différents juges susceptibles d'intervenir et répartition des contentieux, représentation en justice par une association, etc)

*Principaux textes de droits mobilisés dans la situation ou qui pourraient l'être :*

Convention européenne des droits de l'homme, art. 6 (accès au juge), art. 8 (droit à la vie privée)

Déclaration des droits de l'homme et du citoyen, art. 8 (interdiction des détentions arbitraires)

Code de la santé publique, L. 1111-4 (droit de consentir à un traitement), L. 3211-1 et suivants (règles applicables aux soins psychiatriques).

## Tranquillité pour mes parents

*Nom du ou des contributeurs :* **Fabrice Pleux, Capdroits L'ADAPT**

*Contexte de récupération de la situation :* issue d'expérience personnelle

*Mots clefs :* curatelle (simple et renforcée), protection, accompagnement, autonomie, accès à l'emploi, accès aux loisirs

*Présentation de la situation :*

Cette situation est arrivée il y a pas mal d'années. M. Simon Larue est tombé dans le coma, suite à un accident de la route, de moto. La première chose qui a été faite a été la mise sous sauvegarde de justice. Puis il a eu une curatelle renforcée. Simon ne sait pas à l'initiative de qui elle a été mise en place. Il pense que ce sont ses parents qui ont demandé cela avec les différents assistants sociaux qui ont connu Simon à cette époque-là. Après quelques années Simon est allé habiter chez ses parents pendant 6 mois. Puis il est retourné à Lyon pour tester son autonomie et préparer une formation professionnelle. Il était toujours sous curatelle renforcée. Ensuite il a repris le travail, il a fait à nouveau ses preuves en tant que salarié, il a eu son appartement. Il a alors fait une demande de curatelle simple qu'il a obtenue. Pour cela, il a fallu qu'il retrouve l'utilisation de sa main droite pour payer les chèques, etc. Après une année ou deux, il a demandé à passer en curatelle renforcée, suite à la demande de ses parents. Ses parents percevaient la curatelle renforcée comme un accompagnement pour qu'il puisse évoluer dans la vie, pour l'aider dans ses activités de loisirs, etc. Simon avait en effet été victime d'un retrait frauduleux avec sa carte bancaire à cette époque. Il était d'accord avec ses parents et c'est pour cela qu'il a fait cette demande. Il espérait notamment que cela faciliterait son accès aux activités de loisirs. Or, il s'est avéré que cette curatelle renforcée, au lieu de le soutenir vers plus d'autonomie a limité sa liberté d'action et entravé son autonomisation. La curatelle simple lui permettait de travailler la mémoire, l'utilisation de la partie droite du corps, sous curatelle renforcée, il a fait de moins en moins de choses

*Questionnements et pistes d'analyse :*

Quand on est seul, célibataire et que les parents sont loin, il est utile d'avoir une curatelle renforcée. Quand on a un bon contact avec sa curatrice, ça permet de ne pas avoir de problèmes financiers, ce qui est important. Cela protège des choses qu'on pourrait faire avec inconscience.

Mais cette protection est aussi une limitation et elle n'est malheureusement pas une aide à l'autonomie.

Comment trouver un bon équilibre entre protection et aide à l'autonomie ?

*Recommandations ou pistes de développement :*

Retrouver un travail peut aider les personnes à prendre des décisions importantes car

cela peut redonner du sens et cela donne plus d'aplomb. Avoir des activités de loisir c'est important aussi, car cela permet de connaître du monde, de dialoguer, d'avoir des propositions de sorties. Cela permet de s'ouvrir et d'avoir plus d'éléments pour choisir. C'est important d'avoir plusieurs avis différents pour faire le meilleur choix.

*Droits en cause* : article 415 du Code civil, article 428 du Code civil, article 12 de la Convention, article 27 de la Convention, article 30 de la Convention de l'ONU