



Céline Gauthier-Maxence

Liberté d'aller et venir en psychiatrie : la recherche complexe d'un équilibre avec la sécurité publique

GAUTHIER-MAXENCE, Céline. *Liberté d'aller et venir en psychiatrie [en ligne] : la recherche complexe d'un équilibre avec la sécurité publique*. Sous la direction de Guillaume ROUSSET. Thèse de doctorat : Droit mention droit et management des structures sanitaires et sociales. Lyon : Université Jean Moulin Lyon 3, 2025.

Disponible sur : <https://www.theses.fr/2025LYO30021>



Document diffusé sous le contrat *Creative Commons* « **Attribution – Pas d'utilisation commerciale - Pas de modification** »

Vous êtes libre de le reproduire, de le distribuer et de le communiquer au public à condition d'en mentionner le nom de l'auteur et de ne pas le modifier, le transformer, l'adapter ni l'utiliser à des fins commerciales.



N° d'ordre NNT : 2025LYO30021

THÈSE DE DOCTORAT DE L'UNIVERSITÉ JEAN MOULIN LYON 3

Membre de la ComUE Université de Lyon

École doctorale n° 492 - Droit

Discipline : **Droit**

Mention : **Droit et management des structures sanitaires et sociales**

Soutenue publiquement le 16 juin 2025, par

Céline GAUTHIER-MAXENCE

Liberté d'aller et venir en psychiatrie : la recherche complexe d'un équilibre avec la sécurité publique

Laboratoire de recherche :

CRDMS, Centre de recherche en droit et management des services de santé

Directeur de thèse : **M. Guillaume ROUSSET**

Devant le jury composé de :

M. Guillaume ROUSSET

Maître de conférences habilité à diriger des recherches,
université Jean Moulin Lyon 3. Directeur de thèse

Mme Marion GIRER

Professeure des universités,
université Jean Moulin Lyon 3. Présidente du jury

Mme Sophie THÉRON

Professeure des universités,
université Toulouse Capitole. Rapporteure

M. François VIALLA

Professeur des universités,
université de Montpellier. Rapporteur

M. Paul VERON

Maître de conférences,
Nantes université. Examineur

REMERCIEMENTS

En premier lieu, je tiens à exprimer ma profonde gratitude à Monsieur Guillaume Rousset, mon directeur de thèse, pour son suivi sans faille, ses précieux conseils et son soutien tout au long de ces années. Son implication m'a permis d'approfondir grandement ce qui fut mon sujet de prédilection depuis le début du Master.

J'adresse également toute ma reconnaissance aux Professeure Sophie Théron et Professeur François Vialla, pour avoir accepté d'être les rapporteurs de ma thèse. Je tiens aussi à exprimer ma sincère gratitude à la Professeure Marion Girer et à Monsieur Paul Véron, pour avoir respectivement accepté de présider et prendre part à mon jury de thèse lors de ma soutenance. Leurs travaux ont été pour moi une source d'inspiration majeure.

Je remercie également l'ensemble de l'équipe du CRDMS, de l'Ifross, et notamment Monsieur Jean-Baptiste Capgras et Monsieur Nicolas Guilhot pour leurs commentaires et conseils avisés pendant mes comités de suivi de thèse.

Je remercie l'ensemble des professionnels suivants, pour leur temps et leurs retours argumentés lors des entretiens réalisés dans le cadre de mon travail de recherche initial : le Procureur Jean-Olivier Viout, la Juge Justine Aubriot, Maître Gilles Devers, Maître Béatrice Abel, Maître Franck Heurtrey, Maître Jacques Vital-Durand, Dr Hervé Claudel, Dr Pierre Lamothe, Dr Jean Canterino, Madame Marie-France Callu, Madame Sophie Delanne, Monsieur Christian Vaysse, Madame Nurullah Sahin, Madame Violaine Faure, Madame Karine Guisard, Madame Karine Bérard, et tous ceux qui ont souhaité garder l'anonymat.

Je remercie également les nombreux patients qui ont bien voulu répondre à mes questions, mais dont je ne peux citer les noms.

Je remercie également les professeurs et chercheurs suivants, qui m'ont prodigué de précieux conseils et éléments de réflexion, et qui m'ont fait confiance au sein de l'Université Paris 2 Panthéon-Assas : Professeur Jérôme Huet, Professeur Jean-Sébastien Borghetti, Monsieur Éric Martin.

Je remercie aussi l'équipe Lexis Nexis et l'équipe de EU Law Live, pour leur confiance dans les différentes activités menées ensemble.

Je remercie le public et les commentateurs des conférences, colloques, ateliers et séminaires à Paris, Lyon, Avignon, Nice et Genève pour leur intérêt et leurs contributions enrichissantes, et particulièrement le Professeur Daniel Malicier, dont l'aide fut si précieuse, à de nombreuses reprises.

Je remercie mes collègues et amis de la Conférence du stage des avocats au Conseil d'État et à la Cour de cassation, particulièrement mes co-secrétaires de la Conférence 2024-2025, Pierre Heuzé, Augustin de Crécy, Émile Lansade, ainsi que le Président Thomas Lyon-Caen, sans oublier Jean-Baptiste Forest. Leurs avis et connaissances juridiques m'ont beaucoup aidé, ainsi que leurs encouragements et paroles si motivantes.

Je remercie également l'équipe de recherche SafePaw (PSE, CNRS) qui m'a si bien accueillie dernièrement, et tout particulièrement le Professeur Carine Milcent pour sa confiance et ses excellents conseils.

Je voudrais également remercier les personnes suivantes, collègues, amis, et plus encore, pour leur soutien, leur bienveillance, leur joie de vivre, leur présence : Nicolas Kwantes, Pierre Delamotte, Maxime Louis, Jean-François Figeac, Xavier Mas, Sabine Cornillat, Lucas Jeannot, Alban Guyomarch, Capucine Loison, Loïc Bréhin, Johanna Zeitoun, Samuel Vetier, Théophile Rospars, Claire Cambillau, Mary Nohra, Thomas Villain, Raphaëlle Thery, Rafael Cimatti, Benoît Ledvedec, Alexis Bouchalais, Dominique Boussat, Claude Huchede, Catherine Odendhal.

Une pensée particulière pour Sophie Glaize-Jouan, ma plus vieille amie et *partner in crime*, pour Clara Sablon du Corail, amie dévouée dans les meilleurs moments comme dans les pires.

Je remercie tout spécialement Benjamin Icard, ami très cher avant tout, mentor parfois, pour m'avoir guidée, aidée lorsque j'en avais besoin, mais surtout pour nos précieux échanges dans une complicité rare.

Enfin et surtout, je dédie cette thèse à mes parents, sans lesquels rien n'aurait été possible. Je n'oublie pas mon frère, éternel complice, mes grands-parents, qui m'ont tant transmis, et ma proche famille.

Quelques lignes ne suffisent pas à vous exprimer toute ma reconnaissance pour votre soutien de toujours...

SOMMAIRE

INTRODUCTION.....	11
PARTIE I. L'ATTEINTE GRADUELLE À LA LIBERTÉ D'ALLER ET VENIR EN PSYCHIATRIE : UN RISQUE INÉVITABLE.....	78
Titre 1. Une Atteinte inexistante ou partielle à la liberté d'aller et venir.....	81
Chapitre 1. Les soins libres, le principe du respect de la liberté d'aller et venir du patient	84
Chapitre 2. Les soins sans consentement en ambulatoire, une atteinte modérée à la liberté d'aller et venir du patient.....	101
Titre 2. Une atteinte majeure à la liberté d'aller et venir	151
Chapitre 1. L'hospitalisation sous contrainte : une tentative de préservation de la liberté d'aller et venir du patient.....	152
Chapitre 2. L'hospitalisation sous contrainte : une remise en cause sur le fondement de la liberté d'aller et venir	190
PARTIE II. L'ATTEINTE ULTIME À LA LIBERTÉ D'ALLER ET VENIR DU PATIENT EN PSYCHIATRIE : L'ISOLEMENT ET LA CONTENTION.....	216
Titre 1. Une remise en cause de pratiques liberticides anciennes.....	219
Chapitre 1. Isolement et contention : des origines gréco-romaines à l'usage actuel	220
Chapitre 2. Isolement et contention : des pratiques liberticides aux bénéfices incertains	237
Titre 2. Un contrôle de l'isolement et de la contention renouvelé par le pouvoir judiciaire.....	270
Chapitre 1. L'encadrement initial de l'isolement et de la contention : un régime juridique tardif et incomplet	272
Chapitre 2. L'encadrement récent de l'isolement et de la contention : un régime juridique nécessaire mais imparfait ?	296
PARTIE III. LE RESPECT DE LA LIBERTÉ D'ALLER ET VENIR DU PATIENT EN PSYCHIATRIE : UNE CONCILIATION COMPLEXE AVEC LA SÉCURITÉ PUBLIQUE	317
Titre 1. Une conciliation actuelle en faveur de la sécurité publique	319
Chapitre 1. Les choix du législateur suite à des faits divers marquants.....	321
Chapitre 2. Les failles du système français actuel.....	359
Titre 2. Une conciliation future en faveur d'un meilleur équilibre ?	436
Chapitre 1. Les modèles étrangers de santé mentale : des références convaincantes ?.....	439
Chapitre 2. Le renouveau du modèle psychiatrique français : vers une nouvelle forme de prise en charge ?	486
CONCLUSION.....	531

INDEX DES ABRÉVIATIONS

A

ADESM : Association des établissements participant au service public de santé mentale
ADRE : Admission à la demande du représentant de l'Etat
Ailsi : Alternative à l'incarcération par le logement et le suivi intensif
AJDA : Actualité juridique de droit administratif
AJ fam. : Actualité juridique famille
Al. : Alinéa
AN : Assemblée nationale
ANAES : Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé
ANDEM : Agence nationale pour le développement de l'évaluation médicale
APA : *American Psychiatric Association*
APSA : Association de psychotiques stabilisés autonomes
ARH : Agence régionale de l'hospitalisation
ARS : Agence régionale de santé
Art. : Article
ATIH : Agence technique de l'information sur l'hospitalisation

B

BO : Bulletin officiel

C

CA : Cour d'appel
CAA : Cour administrative d'appel
CADA : Commission d'accès aux documents administratifs
CASF : Code de l'action sociale et des familles
Cass. civ. : Cour de cassation, chambre civile
Cass. crim. : Cour de cassation, chambre criminelle
CASP : Comité d'action syndicale de la psychiatrie
CATTP : Centre d'activité thérapeutique à temps partiel
C. civ : Code civil
CCNE : Comité consultatif national d'éthique
CDU : Commission des usagers
CDSP : Commission départementale des soins psychiatriques
CE : Conseil d'Etat
CEDH : Cour européenne des droits de l'homme

Cf. : Confer

CGLPL : Contrôleur général des lieux de privation de liberté

CH : Centre hospitalier

Chap. : Chapitre

Chron. : Chronique

CHRU : Centre hospitalier régional universitaire

CHS : Centre hospitalier spécialisé

CHU : Centre hospitalier universitaire

CIM : Classification internationale des maladies

CJCE : Cour de justice des communautés européennes

CJUE : Cour de justice de l'Union européenne

CME : Commission médicale d'établissement

CMP : Centre médico-psychologique

CMPR : Centre médico-psychologique régional

CNEH : Centre national de l'expertise hospitalière

CNIL : Commission nationale de l'informatique et des libertés

CNRS : Centre national de la recherche scientifique

CNRTL : Centre national de ressources textuelles et lexicales

Coll : Collection

Comm. : Commentaire

Cons. Const. : Conseil constitutionnel

Conv EDH : Convention européenne des droits de l'Homme

CPI : Cour pénale internationale

CPNLF : Congrès de psychiatrie et de neurologie de langue française

C. proc. pén. : Code de procédure pénale

CPT : Comité européen pour la prévention de la torture

CRCI : Commission régionale de conciliation et d'indemnisation des accidents médicaux

CRHT : *Crisis resolution and home treatment teams*

CRPA : Cercle de réflexion et de proposition d'actions sur la psychiatrie

CRUQPC : Commission des relations avec les usagers et de la qualité de la prise en charge

CPAM : Caisse primaire d'assurance maladie

CSM : Commission du suivi médical

CSP : Code de santé publique

CTOs : *Community treatment orders*

D

DDHC : Déclaration des droits de l'homme et du citoyen

DGCS : Direction générale de la cohésion sociale

DGOS : Direction générale de l'offre de soins

DGS : Direction générale de la santé

DH : Direction de l'hospitalisation

DHOS : Direction de l'hospitalisation et de l'organisation des soins (actuelle DGOS)
DIM : Département d'information médicale
Dir. : Direction
DRASS : Direction régionale des affaires sanitaires et sociales
DREES : Direction de la recherche, des études et de l'évaluation et des statistiques
DSJ : Direction des services judiciaires
DSM : Diagnostic and statistical manual of mental disorders
DT : Délégation territoriale
DUS : Département des urgences sanitaires
DUDH : Déclaration universelle des droits de l'homme

E

ELPP : Équipes de liaison psychiatrie précarité
EMPP : Équipes mobiles de psychiatrie précarité
EMU : Équipes mobiles d'urgence
ENM : École nationale de la magistrature
ENSP : École nationale de santé publique
EPSM : Établissement public de santé mentale
ESPIC : Établissement de santé privée d'intérêt collectif
ETP : Éducation thérapeutique

F

FAQ : Foire aux questions
FHF : Fédération hospitalière de France
FJH : Fiches de jurisprudence hospitalière
FNAPSY : Fédération nationale des associations d'usagers en psychiatrie

G

Gaz. Pal. : Gazette du Palais
GHT : Groupement hospitalier de territoire
GIA : Groupe information asile
GIP : Groupe d'information sur les prisons
GIS : Groupe information santé

H

HAD : Hospitalisation à domicile
HCR : *Historical clinical risk*

HCSP : Haut conseil de la santé publique
HDR : Habilité à diriger des recherches
HDT : Hospitalisation à la demande d'un tiers
HDTPI : Hospitalisation à la demande d'un tiers (péril imminent)
HHS : *Health and human services*
HSC : Hospitalisation sans consentement
HDO : Hospitalisation d'office
HPST : Hôpital Patient Santé Territoire

I

IAPT : *Improving access to psychological therapies*
Ibid : *Ibidem*, au même endroit / dans l'ouvrage précité
IDE : infirmier diplômé d'État
IGA : Inspection générale de l'administration
IGAS : Inspection générale des affaires sociales
IME : Institut médico-éducatif
INA : Institut national de l'audiovisuel
Infra : vois ci-dessous
INSEE : Institut national de la statistique et des études économiques
INSERM : Institut national de la santé et de la recherche médicale
IRDES : Institut de recherche et de documentation en économie de la santé Institut thérapeutique, éducatif et pédagogique

J

JAF : Juge aux affaires familiales
J-C. : Jésus Christ
JCP : Juris-classeur périodique
JCPA : Juris-classeur périodique de droit administratif
JCPC : Juris-classeur périodique de droit civil
JCPE : Juris-classeur périodique édition entreprise
JCPG : Juris-classeur périodique édition générale
JCPS : Juris-classeur périodique édition sociale
JO : Journal officiel
JOCE : Journal officiel des communautés européennes
JOUE : Journal officiel de l'Union européenne
Jurisp. : Jurisprudence

L

LEH : Les Études Hospitalières
Loi HPST : Loi hôpital, patients, santé et territoire

M

MAINH : Mission nationale d'appui à l'investissement hospitalier
MCI : Mise en chambre d'isolement
MCO : Médecine chirurgie obstétrique

N

N° : Numéro
NESARC : *National epidemiologic survey on alcohol and related conditions*
NIHR : *National institute for health and care research*

O

Obs. : Observation
OCDE : Organisation de coopération et de développement économique
OMS : Organisation mondiale de la santé
ONFRIH : Observatoire national sur la formation, la recherche et l'innovation sur le handicap
ONG : Organisation non gouvernementale
ONU : Organisation des nations unies
Op. cit. : Dans l'ouvrage cité plus haut
OPEPS : Office parlementaire d'évaluation des politiques de santé
Ord. : Ordonnance

P

p. : Page
Par ex. : Par exemple
PDS : programme de soins
Plén. : Plénière
P.O. : Placement d'office
pp. : Pages
PRS : Plan régional de santé
PU : Presse universitaire
PUF : Presse universitaire de France
Pub. : Publié
PV : Placement volontaire

Q

QHS : Quartier de haute sécurité

QPC : Question prioritaire de constitutionnalité

R

Rapp : Rapporteur

RFDA : Revue française de droit administratif

RD fam. : Revue droit de la famille

RDS : Revue droit et santé

RDSS : Revue de droit sanitaire et social

Rec. : Recueil

Rep. : Répertoire

Req. : Requête

RGPD : Règlement général sur la protection des données

RJPF : Revue juridique personnes et famille

RLDC : Revue Lamy droit civil

R. sc. crim. : Revue de sciences criminelles

RGDM : Revue générale de droit médical

Rimp : Recueil d'information médicalisé en psychiatrie rassemblement pour la république

RTD civ. : Revue trimestrielle de droit civil

RTSM : Réseau territorial de santé mentale

S

S. : Sirey

s. : Suivant

SAE : Statistique annuel d'établissement

SAMU : Service d'aide médicale urgente

SDDE : Soins à la demande du directeur d'établissement

SDF : Sans domicile fixe

SDT : Soins à la demande d'un tiers

SDTU : Soins à la demande d'un tiers d'urgence

SDRE : Soins à la demande du représentant de l'État

SHAM : Société hospitalière d'assurances mutuelles

Sén. : Sénat

SMPR : Service médico-psychologique régional

SPEP : Syndicat des psychiatres d'exercice public

SPDRE : Soins psychiatriques à la demande d'un représentant de l'État

SPDT/SPDTU : Soins psychiatriques à la demande d'un tiers

SPDTU : Soins psychiatriques à la demande d'un tiers d'urgence
SPH : Syndicat des psychiatres des hôpitaux
SPI : Soins psychiatriques en cas de péril imminent
SPL : Soins psychiatriques libres
SROS : Schéma régional de l'organisation des soins
SSR : Soins de suite et de réadaptation
STP : Service territorial de psychiatrie
Supra : Voir ci-dessus

T

TA : Tribunal administratif
TC : Tribunal des conflits
TCC : Thérapie cognitive et comportementale
TGI : Tribunal de grande instance
TI : Tribunal d'instance
TIPY : Tribunal pénal international pour la Yougoslavie
TJ : Tribunal judiciaire
TPIY : Tribunal pénal international pour l'ex-Yougoslavie
Trad. : Traduction

U

UAU : Unité d'accueil des urgences
UCSA : unités de consultations et de soins ambulatoires
UHSA : unité hospitalière spécialement aménagée
UHSI : unité hospitalière de soins infirmiers
UMD : unité pour malade difficile
UNAFAM : Union nationale des amis et familles de malades psychiques
UNESCO : *United Nations Educational, Scientific and Cultural Organization* ; en français, Organisation des Nations Unies pour l'Education, la Science et la Culture
UMD : Unité pour malades difficiles
URSS : Union des républiques socialistes soviétiques
USIP : Unité de soins intensifs psychiatriques
USP : Union syndicale de la psychiatrie

V

v. : Voir
Vol. : Volume
VRAG : *Violence risk appraisal guide*

INTRODUCTION

1. La liberté d’aller et venir est une des libertés fondamentales les plus essentielles et les plus anciennes reconnues en droit français et international. Affirmée par l’article 4 de la Déclaration des Droits de l’Homme et du Citoyen de 1789 et consolidée par le Conseil Constitutionnel dans sa décision du 12 juillet 1979¹, cette liberté a été réaffirmée à de nombreuses reprises dans la jurisprudence, notamment dans le cadre des restrictions liées aux mesures de sûreté, aux crises sanitaires ou encore aux hospitalisations psychiatriques sans consentement. Cette liberté, pourtant considérée comme acquise, fait régulièrement l’objet de restrictions et de débats, particulièrement en période de crise. Les restrictions de circulation lors de la pandémie de COVID-19 ont mis en lumière la question des limitations exceptionnelles de la liberté d’aller et venir au nom de l’intérêt général. De même, l’augmentation des mesures sécuritaires dans l’espace public, avec notamment la surveillance algorithmique et les dispositifs de contrôle des déplacements², pose la question d’un possible recul de cette liberté. Dans le champ de la psychiatrie, les débats récents autour de l’isolement et de la contention, renforcés par la loi du 21 janvier 2022³, interrogent sur l’équilibre entre le respect des droits fondamentaux des patients et les impératifs de protection. C’est dans ce contexte, marqué par un balancement permanent entre libertés individuelles et impératifs sécuritaires, que cette thèse s’attache à analyser un cas spécifique où la liberté d’aller et venir est particulièrement fragilisée : celui des patients en psychiatrie.

2. « *La liberté consiste à pouvoir faire tout ce qui ne nuit pas à autrui : ainsi, l'exercice des droits naturels de chaque homme n'a de bornes que celles qui assurent aux autres membres de la société la jouissance de ces mêmes droits. Ces bornes ne peuvent être déterminées que par la loi.* »⁴ Depuis la décision du 16 juillet 1971 du Conseil Constitutionnel⁵, la Déclaration des Droits de l’Homme et du Citoyen a valeur constitutionnelle au même titre que la Constitution du 4 octobre 1958 ; ce principe de liberté a donc valeur constitutionnelle et doit être prioritairement respecté. Par extension, toutes les normes doivent respecter les droits et libertés de chaque individu de la société, quel que soit le domaine concerné et, de fait, en psychiatrie comme ailleurs.

¹ Conseil constitutionnel, décision du 12 juillet 1979, n°79-107 DC

² Rapport d’information n° 627 (2021-2022) de MM. Marc-Philippe DAUBRESSE, Arnaud de BELENET et Jérôme DURAIN, fait au nom de la commission des lois, déposé le 10 mai 2022, sur la reconnaissance biométrique dans l’espace public : 30 propositions pour écarter le risque d’une société de surveillance ; CNIL, rapport « Reconnaissance faciale pour un débat à la hauteur des enjeux », 15 novembre 2019.

³ Loi n° 2022-46 du 22 janvier 2022 renforçant les outils de gestion de la crise sanitaire et modifiant le code de la santé publique, JORF n°0019 du 23 janvier 2022 ; Cf Partie II, Titre 2, Chapitre 2 de la présente thèse

⁴ Article 4 de la Déclaration des Droits de l’Homme et du Citoyen (DDHC) de 1789

⁵ Décision n° 71-44 DC du 16 juillet 1971, <https://www.conseil-constitutionnel.fr/decision/1971/7144DC.htm>

La liberté d'aller et venir naît avant tout du concept de liberté, lui-même. Cependant, qu'est-ce que la liberté ? Le dictionnaire français⁶ la définit de différentes manières, dont certaines sont à retenir dans le cadre de l'analyse de notre sujet. C'est d'abord l'« *état de quelqu'un qui n'est pas soumis à un maître* », c'est-à-dire quelqu'un qui n'est pas soumis à une forme d'esclavage. Ce peut également être la « *possibilité d'agir selon ses propres choix, sans avoir à en référer à une autorité quelconque* », soit l'absence d'un supérieur, voire d'un gardien – dans le cadre d'un milieu carcéral par exemple - dont l'approbation serait nécessaire à toute action souhaitée par l'individu. Il s'agit aussi de l'« *état de quelqu'un qui n'est pas lié par un engagement d'ordre contractuel, conjugal ou sentimental* », comme un contrat de mariage, un contrat civil, etc. Cela représente également le « *temps libre, dont on peut disposer à son gré* », ou encore, désigne la « *situation psychologique de quelqu'un qui ne se sent pas contraint, gêné dans sa relation avec quelqu'un d'autre* ». Cette dernière définition est particulièrement intéressante du point de vue du malade mental. Pour ceux dont le trouble déforme leur perception des autres ou de leurs relations avec le monde extérieur, cette forme de liberté serait donc déjà inexistante.

Fondamentalement, La liberté d'aller et venir est une des expressions les plus manifestes de l'autonomie individuelle. Elle est consacrée en France par le Conseil Constitutionnel⁷ et par plusieurs textes internationaux, notamment l'article 2 du Protocole n°4 de la Convention européenne des droits de l'homme⁸ (Conv.EDH), qui interdit les restrictions arbitraires aux déplacements. Le Conseil d'État reconnaît également cette liberté comme un principe général du droit, applicable même en l'absence de texte explicite⁹. Cette liberté constitue une condition sine qua non de l'exercice des autres droits fondamentaux. Sans liberté d'aller et venir, assimilée également à la liberté de circulation, l'individu ne peut ni accéder à des soins de son choix, ni exercer pleinement sa citoyenneté. Elle est ainsi perçue comme un élément structurant des démocraties modernes, un fondement de l'État de droit qui ne peut être restreint que dans des conditions strictes et proportionnées¹⁰. En effet, il ne s'agit pas uniquement d'un droit de nature fonctionnelle ou utilitaire, mais d'un droit subjectif existentiel, au sens fort du terme. Comme l'écrit Paul Ricoeur, la liberté de mouvement s'inscrit dans l'éthique de la sollicitude, celle qui donne à l'individu la possibilité d'exister comme personne dans l'espace social¹¹. Ne pas pouvoir se mouvoir, c'est aussi ne pas pouvoir participer à la reconnaissance mutuelle qui fonde la citoyenneté démocratique. En ce sens, la liberté d'aller et venir ne se réduit pas à une circulation dans l'espace physique : elle est la condition d'un ancrage spatial, social et

⁶ Dictionnaire Larousse en ligne, consulté le 02/01/2022, <https://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/libert%C3%A9/46994>

⁷ Décision n°79-107 DC du 12 juillet 1979

⁸ Article 2 du protocole n° 4 du 16 septembre 1963 à la Convention de sauvegarde des droits de l'homme et des libertés fondamentales : « *Quiconque se trouve régulièrement sur le territoire d'un État a le droit d'y circuler librement et d'y choisir librement sa résidence.* »

⁹ CE, arrêt GISTI, 1978, publié dans les recueils du Conseil d'État

¹⁰ Parallèle avec CE, 19 mai 1933, Benjamin : principe de proportionnalité des atteintes portées par le pouvoir de police à la liberté de réunion.

¹¹ P. RICOEUR, *Soi-même comme un autre*, ed Seuil, 1990.

identitaire. Cette idée est reprise par Mireille Delmas-Marty, qui rappelle que la privation de liberté ne se limite pas à une contrainte physique car elle atteint la personne dans son intégrité symbolique¹². C'est pourquoi cette liberté ne peut être restreinte qu'avec une vigilance extrême, car elle est à la fois un droit fondamental et un fondement du droit. A ce titre, le Conseil d'État a établi que, conformément à la Déclaration des droits de l'homme et du citoyen ainsi qu'à l'article 2-3 du quatrième protocole additionnel à la Convention européenne des droits de l'homme, la liberté de circulation ne peut être restreinte que dans les cas prévus par la loi¹³. Ces restrictions doivent constituer des mesures nécessaires, au sein d'une société démocratique, pour garantir la sécurité nationale, l'ordre public, la sûreté publique, la prévention des infractions pénales, ainsi que la protection de la santé, de la morale et des droits et libertés d'autrui¹⁴. Par ailleurs, dans un avis du 12 novembre 1991, le Conseil d'État a rappelé que cette liberté de circulation ne se limite pas au territoire national, mais inclut également le droit de quitter le pays. Dès lors, l'administration ne peut refuser la délivrance d'un passeport que si les déplacements à l'étranger du demandeur sont susceptibles de porter atteinte à la sûreté publique ou à la sécurité nationale¹⁵. Il convient de souligner que la liberté d'aller et venir occupe une place centrale dans la hiérarchie des normes, en tant que liberté à la fois constitutionnelle, conventionnelle et interprétée de manière extensive par la jurisprudence administrative. Cette triple reconnaissance lui confère un caractère transversal rare, qui transcende les branches du droit. Ainsi, Didier Truchet rappelle que cette liberté est l'une de celles qui irriguent silencieusement tout le droit public français, tant elle est considérée comme allant de soi¹⁶. Cette banalisation apparente est en réalité un piège juridique : à force d'être implicite, cette liberté peut être affaiblie sans que ses atteintes soient perçues comme telles. D'où la nécessité de la réaffirmer, surtout lorsqu'elle s'exerce dans des contextes de vulnérabilité, comme en psychiatrie.

3. Pourtant, la liberté d'aller et venir est particulièrement vulnérable face aux impératifs collectifs. Elle peut être restreinte pour des motifs variés : raisons sanitaires (confinement durant la pandémie de COVID-19)¹⁷, impératifs judiciaires (assignations à résidence, peines de prison), mesures de sûreté (expulsions du territoire, rétention administrative) et, bien sûr, prises en charge médicales en psychiatrie. Dans ce dernier cas, les restrictions de liberté sont d'autant plus sensibles qu'elles touchent des personnes particulièrement vulnérables. L'hospitalisation sans consentement, les mesures d'isolement et de contention sont autant d'atteintes graves à ce droit fondamental. Ces pratiques, bien que justifiées par des motifs médicaux et de sécurité,

¹² M. DELMAS-MARTY, *Libertés et sûreté dans un monde dangereux*, ed Seuil, 2010

¹³ CE, 4 mai 1988, Jacques Plante

¹⁴ *Ibid.* à corriger à chaque fois

¹⁵ CE, Rapport public pour 1991, Études et documents n° 43, p. 379-380

¹⁶ D. TRUCHET, *Droit administratif*, Presses Universitaires de France, 2023

¹⁷ B. LASSERRE, « Le Conseil d'État face à la crise sanitaire du Covid-19 », 17 septembre 2020, site du Conseil d'Etat ; Loi n° 2020-290 du 23 mars 2020 d'urgence pour faire face à l'épidémie de covid-19

doivent être strictement encadrées pour éviter tout abus. La jurisprudence récente illustre bien cette nécessité : en 2020, la Cour européenne des droits de l'homme¹⁸ a rappelé que tout enfermement psychiatrique prolongé sans perspectives de soins appropriés constituait une violation de l'article 5 de la CEDH relatif à la liberté individuelle. En France, la législation a évolué en ce sens : la loi du 5 juillet 2011¹⁹ a renforcé les garanties procédurales pour les patients hospitalisés sans consentement, et la loi du 21 janvier 2022 a instauré un contrôle judiciaire des mesures d'isolement et de contention. Ces réformes témoignent d'une prise de conscience croissante du caractère exceptionnel et attentatoire de ces mesures.

4. L'un des paradoxes du droit des patients en psychiatrie réside dans la tension entre le statut de malade et celui de sujet à risque. Alors que tout individu bénéficie en principe d'une pleine liberté de circulation, le patient psychiatrique peut voir cette liberté réduite sans qu'aucune infraction ne soit commise. Cette situation interroge la nature même de la privation de liberté dans le cadre médical. En droit pénal, la détention ne peut être prononcée qu'après la commission d'un acte illicite, tandis qu'en psychiatrie, la mesure de contrainte repose sur une évaluation subjective de la dangerosité. Cette judiciarisation croissante de l'enfermement psychiatrique est source de débats : certains y voient une nécessaire protection des patients et de la société, d'autres une banalisation préoccupante des restrictions de liberté. La restriction de la liberté d'aller et venir en psychiatrie constitue une épreuve non seulement pour le droit, mais pour l'éthique de la relation humaine elle-même. C'est justement lorsque l'autre est perçu comme « altéré » ou « dangereux » que l'éthique doit faire preuve d'un surcroît de rigueur²⁰. Restreindre cette liberté chez ceux qui n'ont commis aucun acte répréhensible mais sont simplement jugés « à risque » revient à déplacer le seuil de tolérance de la démocratie. C'est d'ailleurs l'ensemble du tissu démocratique qui est en jeu dans le sort que le droit réserve à cette liberté, précisément là où elle est la plus vulnérable.

5. En somme, la liberté d'aller et venir est un aspect bien spécifique de la liberté de chacun. Elle désigne le droit de chaque individu de se déplacer librement, de se mouvoir à sa guise, et de s'établir où – et quand – il le souhaite. D'ailleurs, « *la constitution garantit pareillement, comme droits naturels et civils : la liberté à tout homme d'aller, de rester, de partir, sans pouvoir être arrêté, ni détenu, que selon les formes déterminées par la constitution (...)* »²¹. Rappelons que « *l'exercice des droits naturels de chaque homme n'a de bornes que celles qui assurent aux autres membres de la société la jouissance de ces mêmes droits* ». L'article 4 de la DDHC dispose clairement que les libertés individuelles de chacun peuvent prendre fin là où celles du plus grand nombre sont mises en péril.

¹⁸ CEDH, Affaire Rومان c. Belgique, arrêt du 19 juin 2020, req n°18052/11

¹⁹ Cf. également Partie II, Titre 2, Chapitre 1 de la présente thèse

²⁰ J-L. DHERSE, H. MINGUET, *L'Éthique ou le chaos ?*, Presses de la Renaissance, 1998

²¹ Constitution de 1791, Titre Premier - Dispositions fondamentales garanties par la Constitution, 3°

6. En effet, la liberté d'aller et venir repose sur une tension fondamentale entre le droit naturel et l'organisation sociale. John Locke, dans son *Deuxième traité du gouvernement civil*²², considère la liberté individuelle comme un droit inaliénable, inscrit dans l'état de nature. Il considère que l'homme étant né libre, il ne renonce à sa liberté que par un consentement volontaire et pour sa propre sécurité. Cette vision contractualiste fonde le principe selon lequel toute restriction de liberté doit être strictement justifiée et limitée. Mais cette approche entre en tension avec celle de Thomas Hobbes, qui, dans *Le Léviathan*²³, insiste sur la nécessité d'un pouvoir fort pour garantir l'ordre et la sécurité collective. Pour Hobbes, la liberté d'aller et venir ne peut être absolue, car l'homme en état de nature tend à mettre en péril la paix sociale. Il explique ainsi que la liberté de chacun est limitée par la nécessité de préserver l'ordre public. Ce débat entre liberté et contrainte a nourri les réflexions modernes sur l'organisation de la psychiatrie. L'enfermement des malades mentaux repose sur une vision hobbesienne, où l'État intervient pour protéger à la fois le patient et la société. Cependant, cette logique se heurte au principe fondamental énoncé par Jean-Jacques Rousseau dans *Du contrat social*²⁴ selon lequel renoncer à sa liberté, c'est renoncer à sa qualité d'homme. Si la psychiatrie a longtemps été marquée par des pratiques privatives de liberté (asile, enfermement systématique), les réformes récentes tentent de réconcilier cette contrainte avec une approche plus respectueuse des droits individuels. Cette tension entre liberté et enfermement a été analysée de manière critique par Michel Foucault, notamment dans *Histoire de la folie à l'âge classique*²⁵. Foucault démontre comment la psychiatrie a été historiquement utilisée comme un outil de normalisation sociale, visant à exclure les individus jugés dangereux ou déviants²⁶. Il souligne que la folie n'a pas d'existence en soi, elle est une construction sociale qui varie selon les époques et les normes. Cette approche amène à s'interroger sur les critères de privation de liberté en psychiatrie : sont-ils fondés sur une nécessité médicale objective, ou reflètent-ils une forme de contrôle social déguisé ? Cette critique rejoint celle du philosophe Giorgio Agamben, qui, dans *Homo Sacer*²⁷, analyse la manière dont certains individus peuvent être placés en « état d'exception », c'est-à-dire exclus des protections habituelles du droit. Le patient psychiatrique sous contrainte incarne, selon cette lecture, un individu dont la liberté peut être suspendue sans procès, au nom d'un impératif de sûreté.

7. C'est dans ce contexte qu'entre en jeu le principe de sécurité publique. Il peut, en effet, être un motif de restriction des libertés individuelles pour le bien de la société (du plus grand nombre). L'actualité récente ne cesse de mettre en lumière les tensions qui entourent la liberté

²² J. LOCKE, *Two Treatises of Government*, 1690, édition en français : *Traité du gouvernement civil*, Vrin, 1997.

²³ T. HOBBS, *Le Léviathan*, 1651, traduction de F. Tricaud, Sirey, 1971.

²⁴ J.-J. ROUSSEAU, *Du Contrat Social*, 1762, Gallimard, édition de 1999.

²⁵ M. FOUCAULT, *Histoire de la folie à l'âge classique*, Gallimard, 1972.

²⁶ M. FOUCAULT, *Surveiller et punir*, Gallimard, 1975

²⁷ G. AGAMBEN, *Homo Sacer*, Seuil, 1997

d'aller et venir. Les débats sur la loi du 21 janvier 2022, qui a introduit un contrôle juridictionnel sur l'isolement et la contention en psychiatrie, témoignent de l'attention croissante portée à ces restrictions. Des institutions comme le Conseil d'État et le Comité européen pour la prévention de la torture (CPT) ont pointé la nécessité d'un encadrement plus strict des pratiques privatives de liberté en psychiatrie. Par ailleurs, d'autres décisions judiciaires récentes confirment l'importance de cette question. Dans un arrêt du 19 juin 2020, la Cour européenne des droits de l'homme²⁸ a rappelé que toute restriction de la liberté d'aller et venir d'un patient psychiatrique devait être strictement justifiée et proportionnée. En France, le Conseil Constitutionnel²⁹ a également insisté sur la nécessité de concilier les impératifs de sûreté et le respect des droits fondamentaux. L'évolution législative et jurisprudentielle montre donc que la privation de liberté en psychiatrie est un enjeu crucial et actuel. Si les mesures de contrainte sont parfois nécessaires pour protéger les patients eux-mêmes ou la société, elles doivent être encadrées par des règles strictes pour éviter des atteintes disproportionnées aux droits des individus.

8. Cependant, si la sécurité des personnes est exigée dans différentes branches du droit (comme en droit pénal, en droit civil, en droit administratif), cette sécurité n'est pas réellement formulée comme représentant un droit fondamental. L'article L111-1 du Code de la sécurité intérieure est celui qui caractérise le plus la sécurité comme un droit d'une telle importance : *« La sécurité est un droit fondamental et l'une des conditions de l'exercice des libertés individuelles et collectives. »*

*L'État a le devoir d'assurer la sécurité en veillant, sur l'ensemble du territoire de la République, à la défense des institutions et des intérêts nationaux, au respect des lois, au maintien de la paix et de l'ordre publics, à la protection des personnes et des biens. (...) »*³⁰

Cependant, les diverses autres lois (lois du 21 Janvier 1995³¹, du 15 Novembre 2001³², du 18 Mars 2003³³, du 25 mai 2021³⁴, etc.) qui disposent du principe de sécurité des personnes, et plus spécifiquement de sécurité publique, ternissent quelque peu cette affirmation d'un droit fondamental³⁵. La question qui sera débattue plus en détail dans la suite de cette introduction concerne le degré d'importance de ce droit à la sécurité et, par extension, du droit à la sécurité publique.

9. Ces deux thématiques, liberté d'aller et venir et sécurité publique, se confrontent particulièrement dans le cadre des soins psychiatriques. A ce titre, la question de la privation

²⁸ Op. cit. CEDH, Affaire Rooman c. Belgique

²⁹ Décision n°2021-898 QPC du 4 juin 2021

³⁰ <https://www.legifrance.gouv.fr/codes/id/LEGISCTA000025508545/>

³¹ Loi n° 95-73 du 21 janvier 1995 d'orientation et de programmation relative à la sécurité

³² Loi n° 2001-1062 du 15 novembre 2001 relative à la sécurité quotidienne

³³ Loi n° 2003-239 du 18 mars 2003 pour la sécurité intérieure

³⁴ Loi n° 2021-646 du 25 mai 2021 pour une sécurité globale préservant les libertés

³⁵ Cf Partie 3, Chapitre 1 de la présente thèse

de liberté en psychiatrie ne peut être pleinement comprise sans analyser la manière dont la société perçoit et traite les patients psychiatriques. Erving Goffman, dans *Asiles : études sur la condition sociale des malades mentaux*³⁶, décrit les hôpitaux psychiatriques comme des institutions totalitaires, où les individus sont soumis à des règles strictes qui limitent leur autonomie et modifient leur identité. Il met en évidence le processus de « mortification du moi », par lequel l'individu interné voit son identité dissoute au profit d'un statut de patient dépendant de l'institution. Ce phénomène est renforcé par un processus de stigmatisation analysé par Goffman dans *Stigmate : les usages sociaux des handicaps* (1963). Le patient psychiatrique est souvent perçu à travers le prisme du danger et de l'anormalité, ce qui justifie implicitement sa mise à l'écart. Cette construction sociale contribue à l'acceptation des restrictions de liberté en psychiatrie, en renforçant l'idée que ces patients représentent un risque pour l'ordre social. D'autres sociologues, comme Robert Castel, dans *L'Ordre psychiatrique*³⁷, analysent la psychiatrie comme un instrument de normalisation des comportements. Il montre comment les pratiques psychiatriques sont influencées par des préoccupations sociales et politiques, bien au-delà des seules nécessités médicales. Selon lui, les dispositifs de soins sous contrainte ne visent pas seulement à protéger le patient, mais aussi à maintenir l'ordre public. Ce constat rejoint les critiques formulées par Foucault sur la fonction disciplinaire de la psychiatrie. Plus récemment, Nicolas Henckes³⁸ met en lumière la manière dont les politiques publiques psychiatriques évoluent sous l'influence des débats sociétaux et des faits divers médiatisés. Il analyse notamment l'impact des affaires criminelles impliquant des patients psychiatriques sur les réformes législatives, soulignant un glissement vers une approche sécuritaire qui renforce la surveillance et la contrainte, au détriment des droits des patients. Toutefois, certains chercheurs soulignent que la prise en charge psychiatrique tend à évoluer vers des modèles plus inclusifs et respectueux des libertés individuelles. Patrick Coupechoux met en avant l'émergence de nouvelles approches favorisant l'accompagnement en milieu ouvert et la réhabilitation sociale plutôt que l'enfermement³⁹. Il montre comment les sociétés nordiques, notamment la Finlande avec le modèle Open Dialogue, développent des alternatives à l'hospitalisation forcée en privilégiant le dialogue et l'insertion communautaire.

10. La question du respect des libertés individuelles du patient, et plus particulièrement de sa liberté d'aller et venir, est effectivement un réel sujet de débat. A titre d'exemple, parmi les pratiques les plus discutées en psychiatrie, l'isolement et la contention incarnent une forme d'atteinte extrême à la liberté d'aller et venir du patient. Longtemps laissées à la seule appréciation des soignants, ces mesures ont récemment fait l'objet d'un encadrement juridique

³⁶ E. GOFFMAN, *Asiles*, Éditions de Minuit, 1968 (édition originale : *Asylums*, 1961).

³⁷ R. CASTEL, *L'Ordre psychiatrique*, Minuit, 1976

³⁸ N. HENCKED, *La gouvernance des fous*, ENS éditions, 2010.

³⁹ P. COUPECHOUX, *Un monde de fous*, Seuil, 2006.

plus strict. En effet, la loi du 21 janvier 2022⁴⁰ a introduit un contrôle inédit par le Juge des Libertés et de la Détention (JLD), imposant une justification rigoureuse et limitant leur usage à des circonstances strictement définies. Cette réforme, bien que perçue comme une avancée dans la protection des droits des patients, soulève de nombreuses interrogations. D'un côté, elle entend garantir que l'isolement et la contention ne soient plus des pratiques banalisées, mais des exceptions soumises à un contrôle strict. De l'autre, elle suscite des inquiétudes parmi les professionnels de santé, qui dénoncent une lourdeur administrative accrue et un risque de judiciarisation des soins. En pratique, cette réforme illustre les tensions toujours plus vives entre impératifs sécuritaires et libertés individuelles des patients, mettant en lumière les limites du système actuel.

Et cette confrontation entre droit du patient et exigences de sécurité ne cesse d'évoluer au gré des réformes législatives et des décisions jurisprudentielles. Si la psychiatrie moderne a su s'éloigner de son passé asilaire pour placer le patient au cœur des soins, cette évolution se heurte encore aujourd'hui à la nécessité de prévenir les risques et d'assurer l'ordre public. Mais fondamentalement, l'atteinte à la liberté d'aller et venir des patients en psychiatrie est-elle légitime sous prétexte de garantir la sécurité publique ? Le cas échéant, dans quelles conditions et jusqu'à quel stade ?

Cette problématique a impacté la loi ainsi que la prise en charge médicale en la matière, en particulier ces 50 dernières années. Effectivement, si la prise en charge et les soins psychiatriques se sont améliorés, leurs débuts étaient loin d'être à la hauteur de ce que l'on pourrait aujourd'hui attendre de soins médicaux. La considération du malade dans ce secteur de la médecine a considérablement évolué et, avec elle, ses droits et libertés (Section 1).

Mais, si le patient en psychiatrie est désormais considéré comme l'est n'importe quel patient, il semble que sa prise en charge reste bien plus impactée que dans les autres services, notamment sous prétexte de la sécurité publique qui doit être garantie (Section 2).

Section 1. Une prise en charge psychiatrique en perpétuelle évolution

11. La psychiatrie est la « *spécialité médicale dont l'objet est l'étude et le traitement des maladies mentales, des troubles psychologiques.* »⁴¹

Si l'on doit faire un résumé de l'origine de la psychiatrie, on peut considérer qu'elle s'est construite en deux étapes principales : la construction des asiles puis la mise en place des soins ambulatoires. Ces deux éléments ont conféré aux maladies mentales une pratique médicale spécifique avec un lieu et des traitements particuliers. La construction des asiles – en tant que lieux destinés au traitement des aliénés mentaux – est réellement survenue entre 1800 et 1950 environ. Durant cette même période, l'idée de la « segmentation » du corps était dominante en

⁴⁰ Cette réforme sera développée et analysée à la Partie II, Titre 2 de la présente thèse

⁴¹ Dictionnaire Larousse 2021 (version papier).

médecine. Les psychiatres allaient à contre-courant, avec une vision plus floue que ce modèle biomédical de l'époque. Le sociologue H. JAMOUS a d'ailleurs qualifié les psychiatres de l'époque de « marginaux sécants », dont la capacité à réformer leur science provient de la maîtrise de connaissances extérieures.⁴² En fait, les psychiatres, s'ils adhèrent en partie à la logique de segmentation médicale (découpage du corps en organes et en fonctions), la rejette également lorsqu'ils intègrent à leur réflexion les dimensions subjectives du malade, comme l'impact de l'hospitalisation et/ou de l'enfermement sur ce-dernier, par exemple. Quant au caractère « sécant » des psychiatres, pour JAMOUS, il émanait de leur intérêt pour d'autres disciplines scientifiques que la médecine elle-même, qu'elles y soient complémentaires ou antagonistes. Ces sciences sont principalement la théologie, la sociologie, le droit, le langage verbal, la psychologie, etc.

Intégrer ces sciences a permis de poser un regard critique sur la politique d'enfermement et d'absence de soins des aliénés mentaux pratiquée jusqu'alors. Cela a également permis l'essor de la psychiatrie sociale, la croissance de la psychanalyse, et le développement de traitements de plus en plus efficaces et recherchés. C'est grâce à ces différentes évolutions qu'a été élaborée la « politique de secteur » en 1960, appliquée à partir de 1971. L'idée était d'améliorer les conditions de travail des psychiatres et des soignants, ainsi que la prise en charge des malades, en divisant le territoire national en secteur de 70 000 habitants maximum, garantissant ainsi un quota maximal d'internés dans des services à échelle plus humaine.⁴³

12. C'est donc dans cette optique de sectorisation que l'asile a laissé place à l'hôpital psychiatrique puis à l'établissement public de santé. A l'origine d'ailleurs, cette discipline médicale regroupait la neurologie et la psychiatrie ; spécialités qui se sont pleinement différenciées en 1968 environ. L'enseignement de la psychiatrie en centre hospitalier universitaire (CHU) est cependant resté marqué par une approche neurobiologique issue de la filiation de Kraepelin.⁴⁴

Si la psychiatrie a connu un essor considérable, notamment entre 1960 et 1980, cette spécialité s'est fragilisée avec le rattachement de l'internat de psychiatrie à celui de médecine en 1984. Ce mélange a induit une diminution importante du nombre de psychiatres de 150 à 15 dans certaines régions sanitaires.⁴⁵ De plus, l'attrait pour une formation des psychiatres plus neurobiologique que psychanalytique, omettant parfois un peu trop les aspects théologiques, sociaux et éthiques, expliquent en partie le malaise que traverse la psychiatrie aujourd'hui encore.⁴⁶

⁴² H. JAMOUS, *Sociologie de la décision*, Paris, Centre national de recherche scientifique, 1969.

⁴³ J. POSTEL, C. QUETEL, *Nouvelle histoire de la psychiatrie*, Paris, Dunod, 1994, p 21-29.

⁴⁴ S. KIRK, H. KUTCHINS, *Aimez-vous le DSM ? Le triomphe de la psychiatrie américaine.*, Paris, Les empêcheurs de penser en rond, 1992, p. 25.

⁴⁵ Dr F.DANET, « La psychiatrie, une spécialité marginale dans la modernité », *L'information psychiatrique* 2013/1 (Volume 89), pages 33 à 41

⁴⁶ Cf Partie I, Titre 1 et 2 de cette thèse pour les différentes prises en charge des patients et leurs limites

Mais revenons au terme en lui-même pour en comprendre davantage les enjeux. Inventé par Johann Christian REIL, en Allemagne, en 1808, le mot « psychiatrie » provient du mot grec « psyche » qui signifie « esprit » et du mot grec « iatros » qui signifie « médecin » ; littéralement, la « médecine de l'esprit ». Ce terme revêt donc l'idée que la folie (quelle qu'en soit sa forme) peut être soignée.

La principale difficulté de cette discipline est la distinction des comportements relevant de troubles ou maladies mentales, et ceux restant de l'ordre de la « normalité » psychologique. Car finalement, où s'arrête le « normal » et où commence la « folie » ?

13. En ce sens, le mot « folie » désigne, dans le jargon médical peu poussé, « *toutes sortes de comportements, passagers ou durables, jugés comme anormaux, c'est-à-dire qui s'éloignent plus ou moins de la norme* »⁴⁷. Par extension, sur la base de cette définition, c'est un terme qui semble désigner toute forme d'errance, de décalage, d'inhabitude, d'étrangeté. Cette anormalité, quelle qu'en soit la manifestation, fait peur, sème le doute et anime les passions depuis des siècles. Pour preuve, on utilise le mot « folie » (ou ses synonymes) pour expliquer des comportements excessifs, dangereux, inhumains, inhabituels ou violents. C'est le cas, par exemple, dans les expressions « folie meurtrière », « folie des grandeurs », « amour fou », etc. En effet, si le dictionnaire de la langue française donne différentes définitions du terme « folie »⁴⁸, la première désigne un « *dérèglement mental, démence* », se rattache donc directement à la définition médicale du terme (impacte sur le mental de l'individu atteint) et a pour synonymes principaux les mots « aliénation » et « démence ». En fait, le terme « folie » est trop général et trop complexe pour désigner clairement la maladie mentale, au sens médical du terme. Ces troubles mentaux sont d'ailleurs bien mieux définis quand on en connaît la catégorie exacte. La « démence »⁴⁹ par exemple (précédemment cité), ne revêt que trois définitions dans ce même dictionnaire français, dont deux désignent clairement une atteinte de l'esprit. C'est l'« *aliénation mentale, folie. (Autrefois la démence était cause d'irresponsabilité pénale. Aujourd'hui le nouveau Code pénal maintient l'irresponsabilité de la personne atteinte, au moment des faits, d'un trouble psychique ou neuropsychique ayant aboli son discernement ou le contrôle de ses actes. La responsabilité est atténuée lorsque les troubles n'ont entraîné qu'une altération du jugement. La responsabilité civile demeure dans tous les cas.)* ». C'est aussi l'« *affaiblissement psychique profond, acquis et spontanément irréversible, qui se manifeste par une diminution des fonctions intellectuelles avec troubles de la mémoire, de l'attention et du jugement, un appauvrissement des fonctions symboliques (langage, praxies, calcul) et une perte des critères de référence logiques, éthiques et sociaux. (Une désorientation*

⁴⁷ Dictionnaire médical en ligne : <https://www.dictionnaire-medical.fr/definitions/785-folie/>

⁴⁸ Dictionnaire Larousse en ligne, consulté le 02/01/2022, <https://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/folie/34399>

⁴⁹ Dictionnaire Larousse en ligne, consulté le 02/01/2022, <https://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/d%C3%A9mence/23271>

temporo-spatiale est fréquente. La démence a pour conséquence de graves troubles du comportement.) »⁵⁰.

14. Comme sus-évoqué à travers quelques exemples de notre langage courant, si le terme « folie » est utilisé pour évoquer un comportement bizarre au sens large, la médecine moderne et surtout la psychiatrie ont exclu ce mot, considéré comme scientifiquement et surtout politiquement incorrect pour qualifier les troubles mentaux expliqués (et compris autant que faire se peut) par la médecine. Si Michel FOUCAULT l'a employé dans son ouvrage *Histoire de la folie à l'âge classique*, de 1972, de même qu'ERASME⁵¹ dans *Eloge de la folie*, publié en 1511, aujourd'hui de telles publications n'auraient plus cours.

ERASME donne d'ailleurs un excellent exemple de l'emploi détourné du mot « folie » et ses synonymes. Il l'utilise comme outil de moquerie : « *Oui je suis la douce-folie pétrie de spontanéité, d'insouciance, de gaieté qui mène chaque Homme à la condition qu'il me laisse m'exprimer. Tout me sourit car je suis le doux esprit, la source de tous ses progrès, de tout ce qui l'élève et le différencie des autres animaux. Mais comme dans l'univers tout est équilibre, s'il y a la douce-folie il y a aussi et malheureusement, la démence. La démence, une sorte de douce-folie dénaturée, orgueilleuse qui habite ces messieurs de si grande importance qui ne sont que de dangereux fous-furieux ; des fous de prétention, de pouvoir, de fanatisme, de savoir et de ce qu'ils croient être la sagesse.* »⁵²

L'auteur passe ainsi avec humour de la folie à la démence, en proposant implicitement que ce qui différencie ces deux états ce n'est pas leur nature respective, mais leur degré. Selon ERASME, la folie est inhérente à chaque homme voir même, fait partie de sa nature et se caractérise notamment lors d'une abondance de sentiments. ERASME réserve la démence pour définir l'excès caractéristique des esprits de philosophes, de médecins, de linguistes, de théologiens de son temps, et par extension les « déments » propres à chaque période de l'histoire. Ces déments sont plus généralement des personnages publics marquants ou d'influence notoire, corrompus par leur désir de pouvoir, exerçant une forme d'assujettissement sur ceux qui sont placés sur leur coupe administrative, judiciaire ou religieuse. En résumé, ERASME décrit une société contrôlée par les « déments » et alimentée par les « fous » qui les suivent, les admirent. Ceux qu'ERASME dit atteint de « douce folie », eux, vivent, créent et sont les réels moteurs de l'humanité. Il met donc en lumière, ironiquement certes mais non sans sérieux, que la folie caractérise l'espèce humaine, à différents degrés suivant les individus.

⁵⁰ Ibid

⁵¹ Desiderius Erasmus est né à Rotterdam en 1469. Ordonné prêtre en 1492, il devient secrétaire de l'évêque de Cambrai qui finance ses études de théologie à Paris. Le pape l'ayant relevé de ses vœux en 1495, il devient enseignant. Son célèbre *Éloge de la Folie* (1508) est une œuvre satirique, dans laquelle il se moque des diverses catégories sociales de son temps, philosophes et théologiens en tête et surtout moines : <https://museeprotestant.org/notice/erasme-1469-1536/>

⁵² ERASME, *Eloge de la folie*, publié en 1511

Cette graduation se retrouve dans la notion de “dangerosité”. Mais qu’est-ce que la dangerosité ? Ce mot n’est reconnu que depuis 1969, et a été formé à partir de l’adjectif « dangereux », lui-même dérivé de « danger ». « Danger » provient du latin « dominarum », c’est-à-dire « pouvoir de dominer ». La « dangerosité » serait donc un mélange entre la présence d’un danger et la capacité d’en créer un⁵³. Cette notion est centrale dans la démarche médico-judiciaire et reflète les préoccupations sociales. La loi du 27 février 2008⁵⁴ définit la dangerosité comme une « *probabilité très élevée de commettre à nouveau l’une des infractions* ». Les deux principaux objectifs de cette loi sont d’introduire une mesure de rétention de sûreté pour gérer les détenus présentant une « particulière dangerosité » et rendre le traitement des auteurs d’infractions pénalement irresponsables pour cause de troubles mentaux plus cohérent, efficace et transparent⁵⁵. Bénézech⁵⁶ décrit la dangerosité comme une « condition, situation ou action où une personne ou un groupe expose autrui ou des biens à un risque significatif de violence, de dommage ou de destruction ». La nature de cette dangerosité peut être évolutive, temporaire ou permanente, parfois imminente, et souvent fluctuante selon les circonstances et le temps. Selon la commission d’audition de janvier 2007, il existe deux types de dangerosité. Il y a la dangerosité psychiatrique, une forme liée aux symptômes et manifestations directes de la maladie mentale. Il y a ensuite la dangerosité criminologique, qui inclut tous les facteurs environnementaux et situationnels pouvant favoriser le passage à l’acte⁵⁷. Ces différentes complexifient grandement la jauge du degré de dangerosité potentiel d’un patient. D’abord parce que cette appréciation est très subjective, ensuite, parce que cette appréciation est « personne-dépendante » et « contexte-dépendante ».

Cette première réflexion sur la signification de la dangerosité et la difficulté de son appréciation, nous oblige donc à nous poser une question fondamentale ; à partir de quel degré peut-on considéré que la folie soit une maladie ? Celui que l’on appelle le « fou » est-il forcément malade ou est-ce un état déterminé grâce à une jauge inventé au sein de la société ?

15. Parce que le « fou » dérange – soit parce qu’il est trop exubérant, soit parce qu’il développe une part de dangerosité - son histoire est floue.

« L’histoire des fous, c’est-à-dire l’histoire réelle de cette population qui, si vous voulez partir du XVIIe siècle, n’a pas cessé d’exister, de vivre, de se développer dans les marges de notre société et dont, au fond, on ne sait rien. On sait simplement de quelle manière cette population

⁵³ J. DANET, « La dangerosité, une notion criminologique, séculaire et mutante. », *Champ pénal*, Vol. V, 2008.

⁵⁴ Loi n° 2008-175 du 26 février 2008 facilitant l’égal accès des femmes et des hommes au mandat de conseiller général (1), JORF n°0049 du 27 février 2008

⁵⁵ M. SAUTEREAU, G. BROUSSE, F. MEUNIER, I. JALENQUES, “La loi du 25 février 2008 relative à la rétention de sûreté : repères juridiques et interrogations cliniques.”, *Santé publique*, 2009, 21 :427-436.

⁵⁶ M. BENEZECH, P. LE BIHAN, ML. BOURGEOIS, “Criminologie et psychiatrie”. *Encycl Méd Chir, Psychiatrie*, 37-906-A-10, 2002, 15p.

⁵⁷ Haute Autorité de Santé (HAS), « Expertise psychiatrique pénale », 2007, http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/epp-rapport_de_la_commissionversion_finale_pour_mel.pdf

a été capté, de quelle manière elle a été quadrillée, classée par les médecins. On sait ce que les médecins en ont fait, sous quelle rubrique ils les ont mis, quel traitement et éventuellement quelle punition ils auront à poser mais, au fond, ce qu'ils étaient, ce qu'ils disaient, ce qu'a été ce grouillement si vous voulez, et bien c'est cela que je n'ai pas pu faire et que je ne pourrai faire plus tard. Parce que c'est un grouillement qui est passé, sans laisser de trace, aucune mémoire, aucun souvenir. Je n'ai pu retrouver que le moule creux, en quelque sorte, dans lequel on les a mis, mais eux-mêmes, la folie, les fous dans leur existence positive, réelle, historique, je n'ai pas pu. »⁵⁸ Michel FOUCAULT considérait que le fou, historiquement, n'a pas été suffisamment reconnu en sa qualité d'homme, c'est-à-dire en tant qu'individu pensant, éprouvant des sentiments. De fait, selon son analyse, peu de témoignages des malades existent. L'histoire de la psychiatrie se limite donc à l'énumération des lieux et techniques utilisées pour maintenir, contenir et/ou soigner les aliénés mentaux, grâce aux traces administratives (archives éventuelles) et artistiques (peintures, récits, etc.) qui persistent. Ce manque de documentations historiques sur la nature de ces malades, le manque de recherches sur les causes des troubles dont ils étaient atteints et sur les meilleures façons de les prendre en charge nous ont amenés vers une large part d'ignorance qui persiste, aujourd'hui encore.

Les anciens convaincus de l'explication « divine » des troubles mentaux diraient soigner l'âme et les éventuels dysfonctionnements de son enveloppe corporelle, là où Hippocrate et les descendants de sa pensée médicale – nous entre autres - parlerons d'un dérèglement psychique ou de troubles neurologiques potentiels. Quel que soit les courants de pensée, le fond du problème a toujours été, et est toujours, l'ignorance face à la survenue d'une maladie mentale. Mais l'ignorance n'a jamais empêché les hommes de trouver des explications, bien au contraire ! L'ignorance a pour conséquence la confusion ; un état auquel tout individu souhaite remédier pour son bien-être personnel. Alors, on s'accroche à ce qui nous rassure, qu'importe le bien-fondé de l'explication trouvée...ou inventée. C'est ainsi que, plus on a d'ignorance, plus on a de certitudes. Seul le sachant, ou du moins le plus cultivé dans le domaine de réflexion, est capable d'émettre plusieurs hypothèses et d'admettre une part d'incertitude pour laisser place à la découverte, à l'évolution.⁵⁹

C'est sur ce fondement de l'ignorance humaine face aux troubles mentaux connus des hommes depuis la nuit des temps, que les occupants d'Afrique du Nord, au paléolithique, pratiquaient abondamment la trépanation, méthode « chirurgicale » visant à creuser un trou dans l'os crânien afin de laisser s'échapper l'esprit malin agissant sur l'individu.

De même, dans l'Ancien Testament, Daniel qualifie de « punition divine » le comportement saugrenu du roi de Babylone, Nabuchodonosor, qui se mit tout à coup à quatre pattes, à aboyer et laper l'eau avec les animaux. Cet inquiétant épisode a été mis sous le signe du « divin », perçu alors comme une puissance supérieure détenant le pouvoir d'abaisser un roi au rang de

⁵⁸ Michel Foucault : Entretien "Histoire de la folie" dans "La Psychiatrie versus l'anti-psychiatrie" (sur Radio Canada) avec Georges Charbonnier en 1973

⁵⁹ B. CYRULNIK & P. LEMOINE, *La Folle Histoire des idées folles en psychiatrie*, 2020, p.9

vulgaire animal, pour le punir de ses offenses ; une perspective rassurante pour le commun des mortels de l'époque.⁶⁰

16. Si la folie est un état dont la perception évolue au fil des époques et des mœurs, la psychiatrie, elle, revêt une signification beaucoup plus professionnelle, liée à la prise en charge des individus atteints de cette folie. La psychiatrie, c'est la discipline médicale qui s'intéresse aux troubles et maladies mentales. Il s'agit de pronostiquer, diagnostiquer, soigner ces maladies en en déterminant l'origine, les caractéristiques et les traitements les mieux adaptés. Elle a permis d'amasser toutes les connaissances en la matière pour permettre aux médecins d'aujourd'hui, aux psychiatres, de comprendre - ou du moins d'essayer - pour apaiser voire traiter.

Mais, avant qu'une telle discipline médicale ne se dessine, la « problématique » de la gestion des fous existait déjà. La notion d'« enfermement » en psychiatrie ne peut donc pas être uniquement considérée sous son aspect spatial. L'enfermement des aliénés s'entend également par la stigmatisation dont ils ont fait l'objet au cours des siècles, qu'elle soit idéologique ou théorique ; stigmatisation qui persiste encore aujourd'hui sous une certaine forme et qui fait l'objet de nombreux débats humanistes et juridiques.

En outre, établir l'historique de l'enfermement en psychiatrie est une tâche difficile puisqu'elle dépend de l'époque, des mœurs, des régions, des gouvernements, des religions... En effet, Michel FOUCAULT nous en détaille la complexité dans son *Histoire de la folie*. Un découpage de l'histoire des structures sanitaires d'accueil des malades mentaux en quatre grandes périodes est néanmoins possible⁶¹, permettant ainsi d'assimiler la perception du fou à sa prise en charge durant les trois premières étapes historiques (Paragraphe 1) conduisant à le considérer petit à petit en tant qu'homme et, de fait, en tant qu'ayant droit, au même titre que n'importe quel patient aujourd'hui. C'est la quatrième et actuelle étape de l'histoire de la psychiatrie (Paragraphe 2).

Paragraphe 1. L'évolution de la perception et de la prise en charge des troubles mentaux

17. Si l'on a retrouvé des traces d'interventions (trépanations) sur des crânes humains datant du paléolithique, témoignages probables de la volonté des hommes préhistoriques de remédier à ce qu'ils croyaient être des dysfonctionnements situés dans la tête, les premières traces écrites de comportements humains « bizarre » remontent environ au Ve siècle avant J-C. On relève notamment l'existence d'un texte assyrien datant de 650 avant J-C, qui décrivait une crise d'épilepsie et donnait comme explication une possession démoniaque. De même, l'Ancien

⁶⁰ B. CYRULNIK & P. LEMOINE, *La Folle Histoire des idées folles en psychiatrie*, 2020, p.8

⁶¹ M. ROCHAIX, *Les hôpitaux en France*. Paris, PUF, 1966

Testament décrit des scènes semblables et conclut à chaque fois à une forme de punition divine.⁶²

18. Boris CYRULNIK soutient l'idée selon laquelle le psychiatre perçoit la folie et le degré de folie en fonction des valeurs et la culture que son époque lui impose (inconsciemment). De fait, il peut percevoir chez « l'autre » un comportement ou une idée qui lui paraît trop éloigné de ce que lui, psychiatre, considère comme le monde réel. « *Le fou, c'est l'autre* ». Le psychiatre donne alors au fou des noms compliqués comme « schizophrénie », « démence », « péché », « possession », qui, selon CYRULNIK, « *crée une impression de sémiologie clinique, alors qu'il s'agit en fait de l'interprétation que ce psychiatre, en fait, parle de lui-même, de sa manière de voir le monde et de l'expliquer selon les modèles que lui fournit sa culture* »⁶³. Le terme de « fou » englobe donc ceux qui, selon les critères de la société dans laquelle ils évoluent, sont bizarres, anormaux ou dangereux. C'est pourquoi ce terme paraît davantage approprié pour développer une brève histoire de la psychiatrie et l'évolution de la considération du fou, du paria au malade. Ni médical, ni juridique, le terme « fou » illustre bien la complexité de la classification des malades psychiatriques, dans un domaine où la frontière entre le normal et le pathologique est particulièrement difficile à déterminer⁶⁴.

A. La perception du « fou », entre stigmatisation superstitieuse et place de choix dans la société

19. La folie a une histoire et le « fou » sa place dans la société ; une place qui évolue à mesure des croyances et des besoins. Selon le Centre national de ressources textuelles et lexicales (CNRTL)⁶⁵, le fou est celui qui « *présente des troubles du comportement ou de l'esprit dénotant ou semblant dénoter une altération pathologique des facultés mentales* ». On l'appelle aussi « aliéné », « dément », « déséquilibré ». Il « *est dans un état psychologique de trouble intense ou d'exaltation causé par une forte émotion ou un sentiment poussé au paroxysme* ». On le surnomme alors également « le bouleversé », « l'égaré », « l'enthousiaste », ou encore on le dit « hors de lui ». Son état fait qu'il « *dépasse la mesure considérée comme convenable, par sa violence, son intensité ou le désordre qu'il peut causer* », en parlant en l'occurrence d'un trait psychologique, d'un affect, comme un orgueil fou, un désir fou, etc. De fait, il « *ne peut être contenu, maîtrisé* », « *est dénué de bon sens, de prudence, qui va à l'encontre de ce qui serait raisonnable* », « *est en proie à une exaltation mystique chrétienne* »⁶⁶ et il « *s'écarte de ce qui est considéré comme convenable dans les normes sociales dominantes* ».

⁶² B. CYRULNIK & P. LEMOINE, *La Folle Histoire des idées folles en psychiatrie*, 2020, p.7 et 8

⁶³ B. CYRULNIK & P. LEMOINE, *La Folle Histoire des idées folles en psychiatrie*, 2020, p.9

⁶⁴ G. CANGUILHEM, *Le normal et le pathologique*, 1966

⁶⁵ Définition du « fou » par le CNRTL : <https://cnrtl.fr/definition/fou>

⁶⁶ H. MONTHERLANT, *Les Olympiques*, 1924, p. 286

En somme, il est « *bizarre, extravagant* ». Mais ne le sommes-nous pas tous, du moins un minimum, un jour ou l'autre ? D'ailleurs, le vocabulaire courant nous permet d'employer régulièrement ce terme dans des situations tout à fait banales, pour mettre en évidence un fait marquant ou un élément particulièrement pertinent. Par exemple, « les années folles » qui désigne les années post-armistice de 1918.

20. Ce large panel de définitions illustre la difficulté de déterminer dans quelle mesure un individu est fou, atteint de folie au sens médical du terme. Cette perception est très « personne-dépendante », mais également très « société-dépendante », comme le soutient Boris CYRULNIK : « *un psychiatre percevant un phénomène étrange l'analyse et l'interprète selon sa propre personnalité et les valeurs que son contexte culturel à imprégnées en lui. (...) La sémiologie psychiatrique varie étonnamment selon le psychiatre, selon l'époque et selon la culture* »⁶⁷. L'historien Hervé GUILLEMAIN⁶⁸ a d'ailleurs, lors d'une interview pour France Culture en 2019, insisté sur le fait que, quoi qu'on en dise, « *le fou a une fonction dans la société. Il a une reconnaissance dans la société villageoise du Moyen Âge. Son discours peut tout à fait être reçu. Il fait l'objet d'un discours social qui permet de distinguer le furieux, qui doit être l'objet d'une prise en charge spécifique, même s'il n'existe pas au Moyen Âge d'institution spécialisée pour s'occuper des fous.* » Préalablement et dans cette même optique de démontrer l'existence d'une place réelle faite aux aliénés au sein des sociétés, Michel FOUCAULT⁶⁹, dont la thèse *Histoire de la folie à l'âge classique* est publiée en 1961, s'était déjà exprimée à ce sujet. Il explique dans son ouvrage que la psychiatrie européenne n'est absolument pas universelle et qu'elle est le résultat de siècles d'exclusion des malades mentaux. Pourtant, selon lui, ces derniers n'ont pas toujours été de vulgaires marginaux réduits à l'enfermement : « *On trouve dans la littérature du XVIe siècle et encore dans la littérature baroque du début du XVIIe siècle beaucoup d'allusions à ces personnages de fous qui distraient le public, il y en avait même qui étaient célèbres, qui écrivaient des livres. Au début du XVIIe siècle, quelqu'un qui signait "le Comte de Permission" et qui était un fou célèbre protégé par les plus grandes familles françaises et qui vivait à leur crochet, a publié des œuvres.* »⁷⁰

En effet, Hervé GUILLEMAIN soutient cette version de l'histoire de la folie. Il considère d'ailleurs que certains fous sont non seulement respectés mais également consultés ; on va jusqu'à leur prêter des pouvoirs immenses, notamment celui de voir l'avenir ou d'interpréter

⁶⁷ B. CYRULNIK & P. LEMOINE, *La Folle Histoire des idées folles en psychiatrie*, 2020, p.9

⁶⁸ Historien français, il étudie surtout l'histoire de la santé du XIXe siècle et du XXe siècle, en majorité concernant la discipline de la psychiatrie. Actuellement, il est professeur d'histoire contemporaine à Le Mans Université et membre du laboratoire TEMOS CNRS 9016.

⁶⁹ Michel FOUCAULT (Poitiers 1926-Paris 1984) est un philosophe, auteur d'ouvrages parmi les plus importants et les plus originaux du XXe s (*Histoire de la folie, Les Mots et les Choses*, etc.). Mondialement reconnu, il a introduit en philosophie des objets nouveaux (la folie, la prison, la sexualité) et ainsi renouvelé la réflexion. Il a également soutenu la plupart des combats minoritaires qui ont vu le jour après mai 1968 : Larousse en ligne (https://www.larousse.fr/encyclopedie/personnage/Michel_Foucault/120008)

⁷⁰ Interview de Michel FOUCAULT de 1961 sur l'ORTF

les « présages », tout particulièrement pendant les grandes pandémies de peste au Moyen-Âge, durant lesquelles les malheureux se raccrochent à toutes formes de croyances associées parfois à des rituels pour échapper à ce fléau.

21. Mais ce besoin de la société de se raccrocher à l'inexplicable pour échapper aux dangers naturels de l'époque va rapidement s'estomper. « *Le XVIe siècle fait passer le fou d'une société qui l'intègre à une société qui, au contraire, le renvoie dans la déraison, l'exclut et l'enferme. Le XVIIe siècle, que Michel Foucault interprète comme le moment du grand renfermement est pour lui fondateur d'une nouvelle histoire de la folie qui serait celle que nous connaissons aujourd'hui.* »⁷¹ (Hervé GUILLEMAIN). Les idées des lumières prônent en effet l'éducation et la raison ; les croyances populaires qui avaient cours jusqu'à présent ne peuvent plus être dans une société qui cherche à se développer, s'abreuer de sciences et de rigueur.

Les fous sont alors mis à l'écart, traités si l'on peut dire, à défaut d'être soignés. Leur prise en charge est, de toute façon et quelle que soit l'époque, très liée à l'interprétation qui est faite de l'origine de leur mal.

Boris CYRULNIK résume parfaitement la place du fou dans la société et les traitements qui lui étaient réservés suivant son époque et le degré de connaissances acquises. « *A l'époque où l'on pensait qu'un épileptique était possédé par le diable, le traitement logique était le bûcher. Quand on pensait qu'un délirant était puni pour ses fautes, la folie prenait la signification d'une justice transcendante. Quand dans les années 1950 certains médicaments ont guéri les infections, tandis que d'autres soignaient les maladies de cœur, ce constat a induit les recherches sur les médicaments de l'esprit. Le psychisme n'était plus pensé comme une âme donnée par Dieu, mais comme une production cérébrale. Le fou, plus que jamais, a été pensé comme un malade et non plus comme un coupable* »⁷². Néanmoins, le chemin vers cette considération du fou comme malade psychiatrique a été long, tout comme les méthodes de traitements humainement acceptables ont été difficiles à obtenir.

B. Les premiers pas de la médecine à la fin du XVIIIe siècle, de l'aliénation mythique à l'aliénation médicale

22. Avant la sédentarisation de l'homme, ce dernier possédait des croyances de type animiste⁷³ et chamanisme⁷⁴. La maladie mentale était considérée comme résultant de l'œuvre d'un esprit malfaisant ou d'une malédiction. Le traitement consistait donc à entrer en contact

⁷¹ Interview de Hervé GUILLEMAIN par Yann LAGARDE pour France Culture, le 10/04/2019

⁷² B. CYRULNIK & P. LEMOINE, *La Folle Histoire des idées folles en psychiatrie*, 2020, p.12

⁷³ Dictionnaire Larousse 2021 : Conception générale qui attribue aux êtres de l'univers, aux choses, une âme analogue à l'âme humaine.

⁷⁴ Dictionnaire Larousse 2021 : Ensemble de pratiques comportant un état de transe, propres à certaines sociétés de l'Asie centrale et de l'Arctique.

avec les esprits par le biais de la transe, des visions ou du rêve, à l'aide de champignons hallucinogènes ou d'autres plantes psychotropes, afin de calmer les esprits ou de conjurer la malédiction. Il arrivait également que l'on effectue divers rituels tels que des chants, de la danse, ou en privant le malade de sommeil. C'est généralement le chaman ou le sorcier – le plus souvent l'ancien du village – qui guidait les malades dans ce processus de guérison.

23. Dans l'Égypte antique, la maladie mentale préoccupe surtout les grands prêtres, qui jouent alors le rôle de médecins. Les méthodes de traitements sont alors divinatoires *via* des incantations notamment, le but étant de chasser le démon qui a pris possession du malade mental. Les égyptiens mettent également en évidence un trouble spécifique que les grecs appelleront plus tard « l'hystérie » ; un trouble mental exclusivement féminin. Les égyptiens considèrent en effet que cette maladie est due à un placement anormal de l'utérus qui doit être traité par des fumigations⁷⁵.

Les Hébreux, eux, considèrent que la santé est un bien divin ; la maladie est donc une punition pour quiconque vit ou a vécu dans le péché. La folie en fait partie.

24. Pendant l'ère antique, gréco-latine, les hommes adoptent un mode de vie sédentaire et la mythologie influence les pensées et les croyances. Le dieu grec de la guérison est alors Asklepios, souvent représenté avec un bâton autour duquel est enroulé un serpent ; emblème qui deviendra le symbole de la médecine et de la pharmacie, encore utilisé aujourd'hui⁷⁶.

Initialement donc, dans la Grèce antique, la maladie mentale est considérée comme une punition divine (désir d'un Dieu jaloux ou furieux). Le traitement consistait alors à effectuer un pèlerinage dans un temple, géré par un ou plusieurs prêtres qui effectuaient un rite de purification afin d'entrer en contact avec les dieux sous la forme de rêves. Le prêtre interprétait le rêve et donnait des indices sur la manière de traiter le trouble. Des sacrifices étaient également pratiqués, en cas d'échec le plus souvent.

Mais la Grèce antique marque aussi l'avènement des prémices de la médecine moderne. Hippocrate⁷⁷, considéré comme le père de la médecine, est le premier à théoriser l'idée selon laquelle les troubles mentaux, ou troubles du comportement (en l'occurrence l'épilepsie), ne sont probablement pas liés à une punition divine mais plutôt à un dysfonctionnement du cerveau. La médecine grecque, qui se développe alors beaucoup à l'époque, définit en effet le cerveau comme le centre des commandes sensorielles et motrices du corps. Là où les Égyptiens

⁷⁵ Dictionnaire Larousse 2020 : Action d'exposer à la fumée, à la vapeur certaines parties du corps. (Les fumigations ont été utilisées contre de nombreuses maladies respiratoires.)

⁷⁶ "Médecins et symboles", site de l'Ordre des Médecins, <https://ordomedic.be/fr/l-ordre/serment-belgique/medecins-et-symboles?>

⁷⁷ Hippocrate (460-377 av. J-C) fait figure de père de la médecine. Son nom recouvre en fait l'œuvre d'une école médicale qui, sous le double signe du rationalisme et de l'observation, établit une approche du corps humain affranchie de considérations religieuses ou magiques : <https://www.larousse.fr/encyclopedie/personnage/Hippocrate/123966>

le considéraient comme un ensemble de boyaux jouant le rôle de régulateur de température, afin de refroidir le corps, les grecques ont basculé dans une vision naturaliste du fonctionnement corporel.

En effet, Hippocrate commence plus précisément à considérer le corps humain comme une machine, et les maladies physiques et mentales comme des dysfonctionnements de ce corps. Il va développer une méthode d'analyse qui constitue les prémices de l'approche scientifique actuelle : observations, hypothèses, propositions de traitement en conséquence. Pour cela, il s'inspire beaucoup d'une philosophie naturaliste des choses, abandonnant totalement la pensée surnaturelle et mythologique de ses contemporains, au profit d'une vision naturelle et biologique de la maladie. Il va ainsi être le premier à reconnaître le cerveau comme l'organe le plus important du corps humain, jusqu'alors, le cœur prenait cette première place. Il va être à l'origine de la « théorie des humeurs », qui suppose que l'équilibre des humeurs résulte de l'équilibre des fluides corporels (sang, bile, etc.)⁷⁸. Pour Hippocrate, la folie se traite par une alimentation saine et un traitement médicamenteux à base de plantes. C'est à cette époque qu'une première classification des maladies mentales apparaît. L'accent va être mis sur l'importance de la relation entre le malade et son médecin ; on parle de la suggestion. Hippocrate est d'ailleurs un médecin dit « non interventionniste », c'est-à-dire qu'il n'intervient pas directement sur le corps, en tout cas dans un premier temps ; il préfère l'empathie, le relationnel comme traitement à la maladie mentale plutôt qu'une atteinte corporelle. Cette deuxième solution n'est pratiquée qu'en dernier recours, en cas d'échec des méthodes non interventionnistes basées sur l'échange, le dialogue et les activités de relaxation ; la saignée⁷⁹ est alors pratiquée le plus souvent.⁸⁰

25. Dans la Rome antique, Gallien considère que la maladie mentale est liée à une lésion des organes. Il va reprendre la théorie d'Hippocrate, des humeurs, pour la développer vers ce qu'il appelle « la théorie des tempéraments ». Par exemple, il met en perspective un comportement « sanguin » avec un déséquilibre du sang. En résumé, Gallien considère que la maladie mentale est liée à un déplacement des organes et à des causes affectives. Il préconise donc des traitements spécifiques, liés au traitement du corps, tels que les bains, les massages, la musique, etc. Ce sont les prémices de nos traitements actuels.⁸¹

⁷⁸ Antoine Thivel, « Hippocrate et la théorie des humeurs », *Noesis*, 1 | 1997, 85-108.

⁷⁹ La saignée, ou « phlébotomie », correspond à un prélèvement sanguin pratiqué sur un malade pour améliorer son état de santé : définition de France Fer Hemochromatose, <https://www.hemochromatose.org/hemochromatose/le-traitement-de-lhemochromatose/les-saignees/>

⁸⁰ Enseignement du Pr ALOUANI, psychiatre, sur l'Histoire de la psychiatrie, Faculté de Médecine, Université Ferhat Abbas, 2019-2020.

⁸¹ A. THIVEL, « Hippocrate et la théorie des humeurs », *OpenEdition Journals*, publié le 15/03/1997, ISSN : 1275-7691, p.85-108

26. Au Moyen-Âge, contexte de l'apogée du christianisme, on va assister à un retour en arrière vers une perception divine de la maladie, physique ou mentale. On assiste néanmoins à la création des premiers établissements pour malades mentaux, à l'initiative des évêques puis des ordres monastiques, entre le VI^e et le XV^e siècle. Ils sont évidemment très différents de ceux que l'on peut connaître aujourd'hui. Ces premiers établissements sont destinés à soigner tout le monde indifféremment. Voyageurs, vagabonds, pèlerins, malades, pauvres, fous, lépreux, femmes seules et orphelins s'y côtoient, tout en étant séparés en fonction de leur statut social, de leur niveau de richesse et de leur appartenance à la communauté. Ainsi, les étrangers et les vagabonds doivent impérativement résider hors des murs de la Cité. D'ailleurs, à l'époque féodale, les « errants » étaient considérés comme des non-adaptés, des « anormaux » et étaient souvent assimilés à des fous.⁸² De fait, les critères médicaux n'étaient pas de mise pour séparer le malade mental de ceux considéré comme tel parce que « inadaptés à la société ».

Même s'il n'est pas précisément fait mention d'enfermement, cette mise à l'écart des fous témoigne d'une forme d'isolement certaine. A cette époque, les préceptes de la chrétienté s'appliquent consciencieusement, la charité et le salut de l'âme étant prédominants, mais la maladie est plus que jamais perçue comme l'œuvre du démon, punition divine pour tout péché grave commis par le malade. La croyance populaire veut alors que le fou soit une sorte de porte d'entrée pour le diable vers le monde des humains ; le diable y parviendrait par le biais de la possession du corps de l'individu maudit. C'est d'ailleurs à cette même période que l'on va assister aux premiers procès de « sorcellerie » et que l'on voit pratiquer « l'exorcisme ». Il n'y a donc aucune pitié pour les fous, les « possédés » ; leur faire mal c'est faire mal au démon qui les possède et donc se prémunir de ses méfaits. L'exorcisme peut ainsi aller jusqu'à la torture, pour faire sortir le démon du corps de l'individu qui se trouve sous son emprise, voire jusqu'à la mort par le feu (sur le bûcher). Ceux que l'on appelle « les fous » sont exclus, marginalisés, craints. Le seul traitement existant, si tant est qu'on puisse lui accorder ce terme, est la réclusion. Il s'agit plus d'écarter le fou de la société, indésirable majeur, que de lui apporter une aide par le soin.

27. En outre, au cours des XVI^e et XV^e siècles, des faits historiques marquants sont venus imposer une spécialisation des établissements hospitaliers : l'épidémie de peste de 1347, la guerre de Cent Ans. Ces événements ont découplé les phénomènes de pauvreté et de maladies. Pour tenter d'organiser la prise en charge des populations, c'est à cette époque que sont créées les premières maisons destinées aux « insensés ». Les internés entrent et sortent quand bon leur semble et leurs familles viennent les visiter à volonté. Sur la fin de la période moyenâgeuse, ces établissements se dotent peu à peu de médecins et l'épreuve divine vécue par le malade commence à être perçue davantage comme une épreuve que comme une punition honteuse.⁸³

⁸² P. ARIES, G. DUBY, *Histoire de la vie privée*, Paris, Seuil, 1985, tomes 2 et 3

⁸³ L. DAUBECH, *Le malade à l'hôpital*, 2000, Edition Eres

28. Dès la fin du XVI^e siècle, début de la Renaissance, la volonté d'enfermement des aliénés apparaît de plus en plus nettement. Si l'architecture des monuments français évolue énormément à cette époque (fin des châteaux forts au profit de châteaux plus élégants comme Chambord), au même titre que la place de l'homme dans la société (recul de la place de Dieu), la perception des malades mentaux, elle, ne change pas. Les abominables méthodes d'exorcisme sont moins pratiquées à partir du XV^e siècle, mais les malades restent mis à part avec les indésirables de la société dans des établissements ayant évolué vers l'ancêtre des léproseries, plus « médicalisés » que ne l'étaient les établissements créés au début du Moyen-Âge. Les conditions de vie y sont rudes, insalubres ; promiscuité, manque d'hygiène, exploitation.

29. Le début du XVII^e siècle voit naître plusieurs mentions d'enfermement des fous, via des textes administratifs municipaux officiels. L'enfermement des malades mentaux devient donc obligatoire et sont à la charge complètement de leur famille. Les coûts étant souvent élevés et le déshonneur important, les familles ne se résoudront à cette extrémité qu'en dernier recours, souvent lorsque le malade est particulièrement dangereux pour lui-même et surtout les autres.⁸⁴

30. C'est à la fin de la Renaissance, entre 1600 et 1740, que le secteur de la psychiatrie basculera dans la période du « grand renfermement », proclamé par un Edit de 1656, qui impose l'enfermement de toute les personnes considérées comme en déviation de l'ordre social. Cet edit concerne ainsi les pauvres, les mendiants, les enfants abandonnés ou orphelins, les prostituées, les femmes ayant commis l'adultère, les émeutiers, les protestants (à l'époque de l'Édit), et évidemment les aliénés mentaux.⁸⁵

31. Le XVII^e siècle marque donc l'enfermement ferme des aliénés, d'abord au niveau régional puis au niveau national, car l'Édit de 1656 sera bientôt complété par un Édit Royal de 1662 qui étend cette mesure à toutes les villes de France.

Les nouveaux établissements hospitaliers font l'économie de traitements appropriés et sont davantage des maisons de travail et d'enfermement que des lieux de soin. On les appelle les « *maisons de fous* », lieux de tous les abus, où les familles y enferment facilement un vieillard encombrant ou une femme devenue gênante.⁸⁶ Dans ce même siècle, les premiers hôpitaux « modernes » voient le jour. L'hôpital Bicêtre à Paris en est un parfait exemple. Il devient un des lieux de cette organisation quasi carcérale où se côtoient fous, prostituées, correctionnaires, lépreux, délinquants, etc. Les malades mentaux ne bénéficient d'aucune aide médicale puisque

⁸⁴ C. QUETEL, P. MOREL, *Les fous et leurs médecins de la Renaissance au XX^e siècle*, 1979, Paris, Hachette

⁸⁵ A. FOSSIER, « *Le grand renfermement* », Tracés. Revue de Sciences humaines, 01/2002, mis en ligne le 11 mai 2009. <http://traces.revues.org/4130>

⁸⁶ D. DEFOE, *Demand for Public Control of Madhouses*, 1728

considérés comme incurables. Les internés sont simplement répartis dans différents bâtiments, faisant de la Salpêtrière le lieu de l'accueil des aliénés majoritairement féminines. Elles y sont enfermées dans des pièces insalubres (sortes de cachots), la nourriture y est de piètre qualité et très insuffisante, et les rongeurs sont leurs premiers compagnons de vie, engendrant maladies et blessures fréquentes. Les gardiens sont souvent recrutés en prison et, bien que censés être des infirmiers, jouent davantage le rôle de geôlier que de soignant.⁸⁷ L'hôpital de la Salpêtrière existe encore de nos jours. En effet, c'est en 1656 que Louis XIV en confia l'élaboration et la construction à l'architecte Libéral Bruant, à l'emplacement d'un petit arsenal, où était fabriquée la poudre pour les munitions ; lieu que l'on surnommait la « Salpêtrière ». Les travaux de construction débutèrent en 1658 mais furent interrompus faute d'argent en 1666. Ils reprurent en 1669, sous les ordres de Louis Le Vau. La Salpêtrière devint ainsi le premier et le plus important des établissements de l'Hôpital général de Paris, institution initialement demandée par les dévots du Saint-Sacrement, afin de procéder au « renfermement » des « indésirables ».⁸⁸

32. Un premier changement marquant s'opère durant le XVIIIe siècle, aussi appelé siècle des lumières, qui voit l'Église commencer à perdre de sa superbe en France et de grands penseurs philosophiques sur la condition humaine. On ne va plus considérer la maladie psychique comme étant l'œuvre du démon, mais comme étant une forme de transformation de l'homme en un animal sauvage, faisant de ces malades des perturbateurs du bon développement de la société. Pour les empêcher de nuire ainsi à cette société, en plein renouvellement, les fous sont maintenus enfermés avec les indésirables. Cependant, de nouvelles pratiques thérapeutiques vont tout de même être mises en place, comme l'hydrothérapie, la stupothérapie (c'est-à-dire la thérapie par la peur), etc. On assiste également au début de l'hypnose, développée depuis et encore utilisée de nos jours. Mais, ces nouvelles pratiques thérapeutiques, plus humaines, vont être réservées aux plus riches. Les plus pauvres eux sont enchaînés, fouettés, « dressés », faute de traitements.

33. Ce n'est qu'à la fin du XVIIIe siècle que les conditions d'hospitalisation vont se modifier petit à petit ; les hôpitaux commencent à s'équiper en chambres individuelles, des établissements privés mais aussi publics vont voir le jour afin de prendre en charge l'ensemble des classes sociales. Les modalités d'admission vont également être modifiées ; si l'enfermement était presque uniquement imposé par la force (soit par Edit, soit par la volonté de la famille du malade), l'admission peut désormais être une démarche volontaire de la part d'un individu en souffrance psychologique qui souhaite se faire soigner. En effet, le soin est de moins en moins considéré comme inhérent au simple fait d'enfermement le malade – la

⁸⁷ Enseignement du Pr ALOUANI, psychiatre, sur l'Histoire de la psychiatrie, Faculté de Médecine, Université Ferhat Abbas, 2019-2020.

⁸⁸ «Hôpital Universitaire Pitié-Salpêtrière, Une page d'histoire», Direction de la Communication Pitié-Salpêtrière, Juin 2016, <https://pitie-salpetriere.aphp.fr/wp-content/blogs.dir/58/files/2016/12/Une-page-dhistoire.pdf>

guérison relevait alors plus du spirituel que du médical, étant donné les conditions de vie déplorable des internés – puisque les établissements asilaires créés jusqu’alors ont au moins permis de démontrer la négativité des traitements infligés à leurs pensionnaires. Les médecins vont donc prendre de plus en plus de place dans ces établissements hospitaliers jusqu’à y imposer leurs propres règles et prises en charge⁸⁹.

34. Plus précisément, c’est la naissance de la psychiatrie, en tant que discipline médicale à part entière, débutant pendant la Révolution Française (entre 1789 et 1838 environ) qui améliorera le sort des internés. Les « fous » vont être libérés des prisons au profit d’une prise en charge médicale. On constate effectivement l’avènement des premiers médecins aliénistes, qui ont vocation à s’occuper exclusivement des « aliénés mentaux ». A ce titre, deux figures se distinguent particulièrement : Philippe PINEL et Jean-Etienne ESQUIROL, considérés comme les pères de la psychiatrie en tant que spécialité médicale. Ils vont contribuer à faire évoluer la prise en charge psychiatrique médicale, et à améliorer les établissements dédiés à ces malades. Ils sont également à l’origine de la loi de 1838, dite loi Pinel, d’une importance primordiale pour le secteur de la psychiatrie, puisqu’elle va permettre notamment le développement d’hôpitaux psychiatriques. Désormais, chaque département doit disposer d’au moins un hôpital psychiatrique et être chargé de la gestion de son administration ainsi que de la sécurité des personnes qui y résident. Philippe PINEL est ainsi le premier médecin à suggérer l’idée de libérer les « fous » de leurs chaînes pour les regrouper dans des établissements qui leur seront entièrement dédiés et qui, en principe, leur assureront une prise en charge adaptée à la particularité de leur pathologie⁹⁰.

C. Le début du XIXe siècle, la psychiatrie, une discipline à part entière

35. La révolution industrielle marque l’avènement de grandes avancées technologiques telles que le chemin de fer, les machines à vapeur, la métallurgie, les grandes industries du charbon et de l’acier ; c’est le début du capitalisme, qui nécessite beaucoup de travailleurs, de main d’œuvre.

36. L’idée de Philippe PINEL de regrouper les aliénés dans des asiles est alors particulièrement appréciée. La France n’a pas le temps de s’occuper des inaptes au travail et voit en ces établissements un bon moyen de débarrasser les rues des déséquilibres mentaux. La maladie mentale est alors considérée comme une forme de maladie physique, en tant que conséquence d’un dérèglement soit biologique, soit neurologique, soit d’une tare héréditaire.

⁸⁹ P. PINEL, *Traité médico-philosophique sur l’aliénation mentale*, 1801, Paris, Richard, Caille et Ravier

⁹⁰ Ibid

Les malades sont donc à nouveau considérés comme des humains, et non plus comme des « sauvages », ce qui leur permet de recouvrer une forme de dignité dans leur prise en charge.⁹¹ Le XIXe siècle amorce donc réellement le développement de la psychiatrie, si l'on se risque à employer ce terme, de par la reconnaissance de la spécificité de cette branche de la médecine. C'est notamment le début de la nosographie, c'est-à-dire la science qui consiste à classifier les maladies mentales selon des critères d'exclusion ou de différences. Chaque maladie revêt alors des caractéristiques ; on a, par exemple, les névroses, la psychose, la perversion, etc. L'acte thérapeutique va également être enrichi d'un traitement moral associé à un ou des traitements médicamenteux, en perpétuelle amélioration avec les progrès fulgurants de la médecine à cette époque. Le vocabulaire médical s'en trouve d'ailleurs enrichi ; on établit le terme de « paranoïa », de « névrose », d'« hystérie » - invité par Jean-Martin CHARCOT et Sigmund FREUD -.⁹² Les hôpitaux psychiatriques vont également se développer, les traitements sont améliorés ; éducation, thérapie cognitive, dialogue, temps de parole, exercice physique, etc. L'approche est donc beaucoup plus humaniste et doit son avènement en Europe, en partie à une forme de copie du modèle arabe. En effet, si la Bible chrétienne fait référence à la notion de démon, le Coran islamique lui n'en fait pas état. L'idée de possession des corps de l'occident chrétien n'a donc pas cours dans l'orient islamique. Les premiers soins psychiatriques sont apparus beaucoup plus tôt dans le monde arabe, le premier hôpital du genre étant né à Bagdad dans les années 700⁹³. C'est également à cette époque que Jean-Etienne ESQUIROL se soucie particulièrement de l'amélioration du bien-être des internés. Il adressera d'ailleurs un mémoire à ce sujet au Ministère de l'Intérieur, dans lequel il décrit les méthodes d'enfermement et de traitement ignobles qui ont perduré jusque-là. On y lit notamment que « *ces infortunés sont plus maltraités que des criminels et réduits à une condition pire que celle des animaux* ». ⁹⁴

37. Dans cet objectif d'amélioration des conditions de vie et de traitement des malades mentaux, la loi du 30 Juin 1838, dite « loi de protection des malades mentaux »⁹⁵ dispose dans l'article 1 du Titre I que « *Chaque département est tenu d'avoir un établissement public, spécialement destiné à recevoir et soigner les aliénés, ou de traiter, à cet effet, avec un établissement public ou privé, soit de ce département, soit d'un autre département (...).* » La France met donc en place un système d'assistance aux « aliénés » grâce à la mise en place d'un asile par département. Ce système se base sur l'idée que, pour soigner et protéger le malade, il faut absolument l'écarter de la société, milieu qui lui est par nature hostile car générateur de

⁹¹ P. PINEL, *Traité médico-philosophique sur l'aliénation mentale*, 1801, Paris, Richard, Caille et Ravier

⁹² J. HOCHMANN, *Histoire de la psychiatrie*, Que sais-je, 2022

⁹³ A. AMAD, P. THOMAS. "Histoire de la maladie mentale dans le Moyen-Orient médiéval." *Annales Médico-Psychologiques, Revue Psychiatrique*, 2011, 169 (6), pp.373. [ff10.1016/j.amp.2010.06.023](https://doi.org/10.1016/j.amp.2010.06.023)ff.fhal-00771587f

⁹⁴ J-E. ESQUIROL, *Des établissements d'aliénés en France et des moyens d'améliorer le sort de ces infortunés*, Mémoire à l'attention du Ministère de l'Intérieur, Septembre 1818, Paris

⁹⁵ Loi du 30 Juin 1838, dite « loi de protection des malades mentaux », <https://psychiatrie.crapa.asso.fr/1838-06-30-Loi-Esquirol-sur-les-alienes-du-30-juin-1838>

conflit, de tumultes. On le constate notamment à l'article 5 du Titre I de la loi de 1838 : « (...) *Les établissements privés consacrés au traitement d'autres maladies ne pourront recevoir les personnes atteintes d'aliénation mentale, à moins qu'elles ne soient placées dans un local entièrement séparé (...).* ». Comme sus-évoqué, même les établissements privés, d'ailleurs également placés sous le contrôle de l'État en matière de soins psychiatriques⁹⁶, se doivent de mettre à l'écart les aliénés de leurs autres malades.

38. La loi du 30 Juin 1838 dispose donc que les aliénés mentaux dangereux pour eux-mêmes ou pour les autres (notion d'ordre public) doivent être « séquestrés » - pour reprendre le terme fréquemment utilisé dans le texte législatif – pour garantir leur propre sécurité et celle de la population civile qu'ils pourraient potentiellement mettre en péril. Mais, la loi ne se borne pas à la « séquestration » des aliénés mentaux dangereux ; elle a étendu les possibilités de prise en charge en hôpital psychiatrique pour « *les aliénés dont l'état mental ne compromettrait point l'ordre public et la sûreté des personnes* »⁹⁷.

C'est ainsi que fleurissent plusieurs asiles français, comme celui de Ville-Evrard qui ouvre en 1868, la même année que celui de Saint-Anne, de Moselle, de Vaucluse et tant d'autres, à la demande de Ministère de l'Intérieur qui souhaite éloigner rapidement les « fous » des villes et de leur essor.

La Circulaire n°7 du 20 mars 1857, sur le règlement intérieur des hôpitaux psychiatriques⁹⁸, vient compléter la loi de 1838. Cette circulaire reprend l'arrêté du 20 Mars 1837. Elle précise notamment que pour les asiles recevant des épileptiques simples, non considérés évidemment comme aliénés mentaux, une section spécifique, séparée de celles destinées aux aliénés, doit être prévue. Dans ce cas, le règlement intérieur de l'établissement devra comprendre un paragraphe indiquant clairement cette disposition, comme ci-après : « *à l'établissement principal est annexé un quartier entièrement isolé des bâtiments affectés aux déments, et destiné à recevoir...épileptique non aliénés.* »

L'article 3 de la section I de l'arrêté du 20 Mars 1837⁹⁹ explicite, quant à lui, le soin désormais porté à l'intérêt des malades internés : « *Dans l'intérêt des malades, il doit être interdit aux*

⁹⁶ Loi du 30 Juin 1838, Titre I, Article 2 : « *Les établissements publics consacrés aux aliénés sont placés sous la direction de l'autorité publique.* »

Loi du 30 Juin 1838, Titre I, Article 3 : « *Les établissements privés consacrés aux aliénés sont placés sous la surveillance de l'autorité publique.* »

⁹⁷ Loi du 30 Juin 1838, Titre II, Section III, Article 25 : « *Les aliénés dont le placement aura été ordonné par le préfet, et dont les familles n'auront pas demandé l'admission dans un établissement privé, seront conduit dans l'établissement appartenant au département, ou avec lequel il aura traité.*

Les aliénés dont l'état mental ne compromettrait point l'ordre public ou la sûreté des personnes y seront également admis, dans les formes, dans les circonstances et aux conditions qui seront réglées par le conseil général, sur la proposition du préfet, et approuvées par le ministre. »

⁹⁸ Circulaire n°7 du 20 Mars 1857, https://www.ascodocpsy.org/wp-content/uploads/2010/01/Circulaire_18570320.pdf

⁹⁹ Circulaire n°7 du 20 Mars 1857, https://www.ascodocpsy.org/wp-content/uploads/2010/01/Circulaire_18570320.pdf ; Arrêté du 20 Mars 1837, p.5 à 23

directeurs des asiles de recevoir un nombre d'aliénés supérieur à celui des places arrêtées par le règlement. »

39. La question du travail des internés y est également réglementée : *« De tous les moyens employés pour combattre l'aliénation mentale, le travail est peut-être le plus efficace et le plus certain. Aussi l'administration n'a-t-elle rien négligé pour en assurer l'organisation dans les asiles, et l'article 150 du règlement pose-t-il en principe que le travail y est institué non dans l'intérêt de l'établissement, mais comme traitement curatif ou palliatif pour le malade. Pensionnaires ou autres, tous les aliénés peuvent donc y prendre part sur la désignation du médecin. »*¹⁰⁰ Les occupations intellectuelles et distractions sont également clairement définies et conseillées à titre curatif et dans l'intérêt du patient¹⁰¹.

La Circulaire du 20 Mars 1857 développe également la question de l'alimentation des internés, ainsi que celles du coucher, de l'habillement et des mesures de propreté, respectivement en section XIX et section XX dudit arrêté.

40. Développons l'exemple de l'asile de Ville-Evrard, pour comprendre les attentes placées dans ces nouveaux établissements. Dans son organisation, l'asile de Ville-Evrard constitue une « petite ville », un microcosme dans lequel tout est pensé pour que les internés n'aient pas à en sortir. On crée ce que l'on appelle des lieux de « faire semblant » ; où l'on faisait semblant de vivre comme partout ailleurs. On y retrouvait le nécessaire pour se nourrir, par le biais d'une ferme, d'une porcherie, d'un semblant de boulangerie, par exemple. L'asile de Ville-Evrard comporte, lui, deux services ; l'un pour les hommes, l'autre pour les femmes, avec chacun sept pavillons dont un pavillon de force. Une maison spéciale de santé ouvrira secondairement en 1875, avec trois catégories de malades, payant pour leurs soins. A cette maison, s'ajoute un nouveau service en 1897, réservé aux hommes alcooliques. L'ensemble de ces bâtiments s'étale sur environ 300 hectares, à 15 km de Paris. Mais, les lieux étant rapidement trop étroits pour accueillir le nombre grandissant d'internés, l'asile de Maison Blanche est construit en 1900, en supplément, pour y accueillir uniquement des femmes.¹⁰²

Cet exemple représente très justement l'organisation et l'ampleur de ces nouveaux asiles ; c'est ainsi que plus d'une centaine de ces établissements a vu le jour avant la fin du XIXe siècle.

41. En somme, si au début du XIXe siècle les aliénés sont enfermés et font régulièrement les frais de mesures de coercition (chaînes attachées au mur, camisole de force, fauteuil de force, etc.) et de manipulation (douche de « répression », masque de cuir, masque de fer, etc.) particulièrement inhumaines, la réforme de 1838 a permis à l'asile de passer du lieu

¹⁰⁰ Section XXI de l'arrêté du 20 Mars 1837, articles 150 et 151

¹⁰¹ Section XXII de l'arrêté du 20 Mars 1837

¹⁰² « Histoire, L'asile de Ville-Évrard » site de Ville-Évrard établissement public de santé, <https://www.eps-ville-evrard.fr/institution/histoire>

d'enfermement des incurables au lieu de cure des malades mentaux.¹⁰³ Désormais, les conditions d'internement - et d'enfermement – sont progressivement améliorées, à commencer par l'architecture des asiles. Les lieux de vie sont plus spacieux, on les imagine de telle sorte qu'il dégage plus de sérénité pour les pensionnaires : symétrie des pavillons, quartiers spécifiques, espaces verts, etc.). De même, l'hygiène et l'alimentation (qualité et ration) s'améliorent sérieusement. Cependant, l'enfermement reste de mise. ESQUIROL justifie d'ailleurs l'isolement en expliquant que cette mesure permet au patient d'éviter au maximum les stimulations extérieures qui lui seraient néfastes. Selon lui, l'enfermement permet de sécuriser à la fois le patient et sa famille, de modifier la façon de penser et d'agir du malade (vers le droit chemin) en le tenant à l'écart des influences extérieures qui le rendent troublé. La pratique médicale se codifie, et le médecin a un rôle non seulement de curateur mais aussi de défenseur de l'ordre social et de la sécurité des citoyens.¹⁰⁴

42. C'est une nouveauté : la loi de 1838 fait de l'internement un moyen d'assurer la sécurité du patient, de ses proches et surtout des autres... Le « fou » n'est plus interné pour le bien de la famille ou le bon vouloir du roi. Désormais, l'internement doit être médicalement justifié et être absolument approuvé par l'autorité préfectorale ou médicale, que la famille soit d'accord ou non avec la décision prise. L'internement, qu'il soit forcé ou non, est au moins justifié médicalement et a pour but le traitement du malade, sa protection, celle des autres et, de fait, la préservation de l'ordre social¹⁰⁵. Michel FOUCAULT dira à ce sujet que « *Le fou émerge maintenant comme adversaire social, comme danger pour la société et non plus comme l'individu qui peut mettre en péril les droits, les richesses, les privilèges d'une famille. C'est l'ennemi social qui est désigné par le mécanisme de cette loi de 1838 ; et, du coup, on peut dire que la famille se trouve dépossédée* »¹⁰⁶.

43. Si la loi de 1838 avait pour vocation d'améliorer les conditions de prise en charge des aliénés, l'issue a été moins concluante que prévu. Le XIXe siècle est en effet marqué par un enfermement quasi militaire des malades mentaux. Leurs conditions de vie dans les établissements se sont améliorées et bon nombre d'ustensiles ont été abandonnés (chaînes au mur, masque de fer, etc.) mais pas l'enfermement en lui-même. C'est d'ailleurs à cette époque que naît le modèle de Panopticon de Bentham. Il régit l'enfermement selon trois critères : la surveillance permanente du malade par les soignants (but clinique et sécuritaire), un compte-

¹⁰³ E. ESQUIROL, *Des établissements d'aliénés en France et des moyens d'améliorer le sort de ces infortunés*, Mémoire à l'attention du Ministère de l'Intérieur, Septembre 1818, Paris

¹⁰⁴ M. FOUCAULT, *Le pouvoir psychiatrique*, Ed. Gallimard seuil, 2003

¹⁰⁵ J. HOCHMANN, *L'histoire de la psychiatrie*, Paris, PUF, 2004

¹⁰⁶ M. FOUCAULT, *Le pouvoir psychiatrique*, Ed. Gallimard seuil, 2003, p.98

rendu quasi permanent au médecin des faits et geste du patient (au-delà de l'évolution clinique), et l'isolement presque permanent.¹⁰⁷

Cet enfermement excessif va faire naître chez les patients des besoins évident de liberté qui, jusqu'alors n'avait jamais pris au sérieux. Le cadre médicalisé des nouveaux établissements psychiatriques va cependant concourir à cette prise de conscience au début de XXe siècle¹⁰⁸.

44. Par la suite, le XXe siècle marque clairement l'essor de la psychanalyse. Les apports de la neurophysiologie, notamment avec l'électro-encéphalogramme et les connaissances acquises sur les différentes aires du cerveau, vont permettre de mieux connaître cet organe et ses dysfonctionnements. Les thérapies de choc comme la lobotomie ou les électrochocs vont faire évoluer le traitement des maladies mentales. Les différentes méthodes de psychothérapie vont également être approfondies ; on a désormais la « cure de Lacan » - introduite par Jacques LACAN -, la « théorie familiale » de Gregory BATESON¹⁰⁹, les « théories comportementalistes » d'Ivan PAVLOV (résultant d'une branche expérimentale du béhaviorisme), etc. C'est également le siècle de la découverte des psychotropes, avec les neuroleptiques, les antidépresseurs, etc. Mais la grande évolution réside dans la place qu'occupe désormais le malade dans la relation soignant-soigné ; il s'agit de mettre le patient au centre de son soin, et de développer davantage la relation de confiance avec le soignant, celle-ci étant enfin perçue comme indispensable à la réussite de la prise en charge.

45. L'organisation du secteur psychiatrique va également être repensée, notamment de telle sorte que le malade doit être pris en charge non loin de son lieu de résidence, de son lieu de vie. On commence à vouloir limiter l'hospitalisation en établissement au profit d'une hospitalisation à domicile. En outre, les difficultés budgétaires inhérentes aux deux guerres mondiales vont inévitablement impacter la capacité de prise en charge en milieu hospitalier, d'où cette nécessité de repenser le soin. La fin de la seconde guerre mondiale a, en effet, entraîné un profond bouleversement de la prise en charge psychiatrique. Les horreurs perpétrées par les nazis pendant la guerre – notamment concernant les malades mentaux - ont fait naître une soif d'humanité dans l'Europe entière. C'est ainsi que le sociologue Erving GOFFMAN a été l'un des dénonciateurs les plus marquants de la condition de vie des internés en psychiatrie. L'asile était, selon lui, un lieu d'enfermement des malades où les soignants devaient se plier à des « rituels » de soins, machinalement, plutôt qu'à une pratique plus humaine de la médecine pour guérir chaque patient au cas par cas. Il dénonça la déshumanisation des prises en charges psychiatriques, au détriment d'un lieu qui devrait être un centre d'accueil, d'aide et de soin.¹¹⁰

¹⁰⁷ G. TUSSEAU, « Sur le panoptisme de Jeremy Bentham », *Revue Française d'Histoire des Idées Politiques*, 01/2004, n°19, p.3 à 38

¹⁰⁸ M. FOUCAULT, *Le pouvoir psychiatrique*, Ed. Gallimard seuil, 2003

¹⁰⁹ J-C. BENOIT, *Bateson : la genèse des thérapies familiales*, 2009, Editions Erès

¹¹⁰ E. GOFFMAN, *Asiles*, Paris, ed de Minuit, 1968

46. Cette prise de conscience entraîne une modification des établissements psychiatriques : autrefois lieux fermés, cloits, aux murs épais et hauts, l'asile s'ouvre petit à petit pour laisser place à des espaces verts plus grands, des grilles ouvertes (bien que gardées), des murs moins hauts. Les chambres s'individualisent complètement ou presque, avec un confort réel (rangement individuel, espace d'intimité). Le personnel médical est également libéré de la contrainte de surveillance permanente et les soignants se transmettent désormais l'information par le biais de réunions inter-équipes. On reconnaît enfin au patient une identité, une capacité à penser et s'exprimer, à désirer et apprécier un cadre de vie meilleur. On associe davantage le patient et sa famille au programme de soin.

47. Mais les économies réalisées dans le secteur psychiatrique sont restées le point le plus compliqué à assouplir et ont eu cours jusqu'à l'avènement du très connu drame de Pau en Décembre 2004¹¹¹. Dans la nuit, une aide-soignante et une infirmière ont été tuées à l'hôpital psychiatrique de Pau par un patient, atteint de schizophrénie paranoïde, qui fut déclaré irresponsable pénalement. Il y était hospitalisé depuis Janvier 2005, en unité pour malade difficile (UMD).

Cet évènement a mis en évidence les conditions déplorables de travail et de prise en charge dans les hôpitaux psychiatriques. Ce fait divers a d'ailleurs donné lieu au Plan Santé Mentale, qui a débuté en 2005 et qui a été succédé par d'autres plans du même ordre, toujours dans une optique d'amélioration de la prise en charge du patient, mais aussi des soignants (conditions de travail sécuritaires et favorables à l'épanouissement professionnel du personnel soignant). Le développement des recherches en psychiatrie a également eu pour points positifs la création de guides de « bonne prise en charge », tels que le Manuel Diagnostique et Statistique des troubles mentaux, dit « DSM » (version internationale) ou « CIM » (version européenne). Ces livres permettent aux soignants du secteur psychiatrique d'accéder à une classification des maladies mentales (symptômes, traitements, etc.). L'idée est de proposer une prise en charge harmonieuse et logique du patient, quel que soit le thérapeute qui le prend en charge tout au long de sa vie. La version 5 de ces ouvrages est en application depuis 2015 mais a vocation à évoluer encore et toujours, se nourrissant des critiques et nouvelles découvertes en la matière.

48. Finalement, le XXe siècle peut être scindé en deux parties ; l'avant et l'après 1950. Au début du XXe siècle, à « l'époque moderne », les aliénés sont pris en charge en majorité dans les hôpitaux psychiatriques. Les traitements ont évolué vers des méthodes moins humanistes que ne l'espérait Philippe PINEL, c'est-à-dire les électrochocs, les douches froides, les contentions, etc. En revanche les avancées en médecine pharmaceutique sont importantes ;

¹¹¹ «« Drame de Pau » : Romain Dupuy va rester en UMD», *Santé Mentale*, 18 mai 2021, <https://www.santementale.fr/2021/05/romain-dupuy-va-rester-en-umd-a-lhopital-psychiatrique-de-cadillac-en-gironde/>

les médicaments sont plus nombreux, plus efficaces et favorisent une prise en charge plus douce.

Les années 1930 vont surtout faire évoluer les règlements intérieurs des hôpitaux psychiatriques mais ne changent pas fondamentalement la prise en charge en leur sein. On dénombre ainsi trois circulaires notables sur la question.

49. La circulaire du 4 août 1930¹¹², relative aux placements volontaires gratuits, explicite les termes de l'article 25 de la section III du titre II de la loi du 30 Juin 1838, concernant l'internement des aliénés qui ne compromettent ni l'ordre public ni la sûreté des personnes, mais dont l'état nécessite une prise en charge en hôpital psychiatrique ; prise en charge sollicitée soit par le patient lui-même, soit par ses proches, conformément à la demande de ce dernier. Cette forme d'internement sera appelée, dès lors, « le placement volontaire à titre gratuit », qui ne peut en aucun cas être assimilé à un placement d'office.

La circulaire du 13 Octobre 1937¹¹³, relative à la réorganisation de l'assistance psychiatrique dans le cadre départemental, définit les enjeux des dispensaires psychiatres¹¹⁴, la nécessité pour les établissements psychiatriques de recourir à un service social¹¹⁵, et établit les caractéristiques des services ouverts et des services fermés. Enfin, elle évoque l'importance de l'assistance aux enfants « anormaux ».

La circulaire ministérielle du 5 Février 1938¹¹⁶, apporte un modèle de règlement du service intérieur des hôpitaux psychiatriques, basé sur les apports de la loi de 1838.

50. La deuxième moitié du XXe siècle, l'après-guerre, se caractérise par un mouvement d'« antipsychiatrie », qui va montrer à quel point la considération qu'on a des malades mentaux, de par la manière dont ils sont traités dans les hôpitaux psychiatriques par exemple, est totalement inappropriée au courant de pensée humaniste qui frappe le monde après la terreur Nazie¹¹⁷. On accuse de nombreux hôpitaux psychiatriques de maltraiter les patients, de les torturer pour certains. Les États-Unis sont les plus impliqués dans ce mouvement, en témoigne le film « *Vol au-dessus d'un nid de coucou* », sorti en 1975 - adaptation d'un roman éponyme

¹¹² Circulaire du 04 Aout 1930, https://www.ascodocpsy.org/wp-content/uploads/textes_officiels/Circulaire_4aout1930.pdf

¹¹³ Circulaire du 13 Octobre 1937, https://www.ascodocpsy.org/wp-content/uploads/textes_officiels/Circulaire_13octobre1937.pdf

¹¹⁴ Circulaire du 13 Octobre 1937 : « *Le but essentiel de ce dispensaire est un rôle de dépistage et de triage ; il s'exerce à l'aide de consultations externes (...).* »

¹¹⁵ Circulaire du 13 Octobre 1937 : « *L'action du dispensaire psychiatrique doit être complétée par celle d'un service social assuré par une ou plusieurs assistantes spécialisées. Sous la direction des médecins consultants ou traitants, celles-ci feront les enquêtes, assureront les liaisons nécessaires, veilleront à la réadaptation sociale des malades en sortie d'essai, procureront un traitement plus hâtif avec des meilleures chances de guérison.* »

¹¹⁶ Circulaire du 5 Février 1939, https://www.ascodocpsy.org/wp-content/uploads/textes_officiels/Circulaire_5fevrier1938.pdf

¹¹⁷ Boussard Isabel. « Les paysans sous le régime de Vichy. » In: Sociétés rurales du XXe siècle : France, Italie et Espagne. Rome : École Française de Rome, 2004. pp. 247-255. (Publications de l'École française de Rome, 331)

de Ken Kesey, paru en 1962 – dans lequel le personnage principal se révolte contre les traitements répressifs administrés par les soignants.

C'est en effet sous la seconde guerre mondiale, et plus précisément sous le régime de Vichy, que la condition des internés se dégrade terriblement. Pour reprendre le précédent exemple, la mortalité à l'asile de Ville-Evrard, de 6% environ en 1938, a considérablement augmenté pour atteindre les 26% en 1941. On estime ainsi l'excédent de mortalité durant cette triste période à environ 40 000 individus.¹¹⁸ Cette hausse de la mortalité serait due en majorité à des carences alimentaires et au manque de chauffage.¹¹⁹

Le nombre de patients par établissement n'a pratiquement pas cessé d'augmenter jusque dans les années 1970, période de réformes hospitalières majeures. En effet, la guerre aura au moins permis de faire naître une nouvelle idéologie de soins ; placer le malade plus que jamais au centre du processus de soin, c'est-à-dire lui accorder toute l'importance et les égards qu'il mérite. Les hôpitaux vont s'organiser en services plus spécialisés, en groupes de soignants dédiés à un nombre moins conséquent de malades afin de mieux s'en occuper.

51. Ce mouvement anti-répression dans le secteur de la psychiatrie va donc conduire à une évolution majeure des traitements proposés dans les établissements de santé mentale ; il s'agira d'éviter les traitements considérés comme « infantilissants », dégradants, indignes de la condition humaine.

¹¹⁸ Reportage de Paul MUXEL & Bertrand de SOLLIERS, « Histoire autour de la folie », 1994, https://www.youtube.com/watch?v=jCdqSj2mU_M&t=490s

¹¹⁹ Ibid : Témoignage d'un paysan de la ferme de l'asile de Ville-Evrard, sur les conditions des internés sous le régime de Vichy : « Il y en a qui devaient mourir ; il y avait les restrictions, le froid aussi. Bien sûr, ils auraient dû avoir suffisamment à manger et sans doute de chauffage aussi, mais dans tout ce qu'ils produisaient peut-être qu'une partie était détournée... Évidemment, parce qu'en principe ils pouvaient se suffire à eux-mêmes puisqu'ils avaient leurs terres, leur bois, tout quoi. »

Témoignage d'un médecin psychiatre, jeune interne en 1940-1941 dans ce même établissement de Ville-Evrard : « L'atmosphère, il suffit d'y être présent pour la sentir, simplement sur le plan du lieu ; c'était un dortoir. Je n'arrivais pas à compter combien il pouvait y avoir de lits entassés là-dedans. Tout ce plancher était couvert de lits. Ce souvenir de l'entassement des fous dans ces dortoirs a une force tragique tout à fait extraordinaire, qui nous remet en mémoire toute cette horreur asilaire à laquelle nous avons consacré notre vie.

L'intensité de mes souvenirs réside dans le combat contre la faim. Le matin l'interne passait en visite dans les dortoirs. Les dortoirs sentaient le cadavre. Je me souviens en particulier de cette image très forte ; j'ai en mémoire l'emplacement du lit dans le dortoir, dans lequel est mort en pesant 38kg un homme qui en pesait plus de 100 en entrant. On ne peut pas venir ici sans que cette image forte ressuscite. Quand je dis « ça sent le cadavre », ce n'est pas une image métaphorique, c'était vrai ! Nous, psychiatres des asiles d'aliénés de cette époque, avons témoigné à maintes reprises que la pathologie concentrationnaire nous la connaissions ! Quand ils sont revenus avec leurs pyjamas rayés des camps de concentration, amaigris comme l'homme dont je parlais là, qui est mort à 38kg, nous avons fait le rapprochement avec les patients qui, dans l' inanition, souvent se gonflaient d'eau. On appelait ça les œdèmes de carence, de son nom médical ; dans la carence alimentaire ils se gonflaient d'eau et, après, ils se vidaient » comme on disait à la fin des visites journalières. Les œdèmes se vidaient et ils mouraient au comble de la cachexie.

C'est un des aspects les plus sinistres de la tragédie asilaire ; comment un truc pareil a pu être possible alors que les asiles disposaient de fermes ? Max Lafond a réussi à trouver quelques traces au Vinatier à côté de Lyon. C'était tout à fait extraordinaire parce que le motif bureaucratique qu'il a entendu là-dedans c'est que la ferme était départementale, donc les produits de la ferme n'étaient pas les biens des fous mais les biens du département.»

Le XXe siècle marque également le développement de nombreuses écoles en psychologie et en psychothérapie, nouvelles formes de traitement exclusivement axées sur la parole, l'échange avec le malade, qui gagneront petit à petit leur place dans les hôpitaux psychiatriques, en complément du suivi médical pratiqué par les psychiatres.¹²⁰

L'accent semble être mis désormais sur le bien-être du patient, le respect de ses droits et le soin de sa pathologie psychiatrique.

Paragraphe 2. Les droits du patient en psychiatrie, une notion récente

52. Les droits du patient, ou droits des malades, est une notion récente qui a été finalement explicitée en droit français par la Loi du 4 Mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé¹²¹. L'article 36 du code de déontologie médicale (CDM) dispose qu'« *Aucun acte médical ni aucun traitement ne peut être pratiqué sans le consentement libre et éclairé de la personne, et ce consentement peut être retiré à tout moment* ».¹²² Autrement dit, le malade doit pouvoir consentir ou non aux soins qui lui sont proposés, en pleine connaissance de cause. Dans le cas où ce dernier ne pourrait être en état de formuler une telle réponse, aucun soin ne peut être pratiqué, excepté en cas d'urgence, sans qu'au moins la personne de confiance, la famille ou, à défaut, un proche ait donné un accord.¹²³ Si le principe du soin est d'agir pour le bien du patient, il existe des cas de figure où le bienfait apporté est parfois trouble, voire peut être perçu comme négatif par le malade lui-même. Ce peut être le cas notamment en EHPAD, en hôpital psychiatrique, etc. Pour éviter au maximum de tels impacts, deux articles se distinguent en particulier. L'article 3 du CDM¹²⁴ dispose que « *le médecin doit, en toutes circonstances, respecter les principes de moralité, de probité et de dévouement indispensables à l'exercice de la médecine.* » L'article 31 du CDM¹²⁵ dispose également que « *tout médecin doit s'abstenir, même en dehors de l'exercice de sa profession, de tout acte de nature à déconsidérer celle-ci. Il ne doit pas porter atteinte à l'honneur et à la probité de la médecine.* »¹²⁶

53. Concernant les malades mentaux, le premier encadrement juridique véritable de la prise en charge des aliénés se traduit par la loi du 30 Juin 1838, dont la prise d'effet sera longue et restera très limitée, comme précédemment évoquée. Néanmoins, elle marque un début de changement de considération du malade mental dont on cherche à améliorer la qualité de vie et

¹²⁰ J. HOCHMANN, *L'histoire de la psychiatrie*, Paris, PUF, 2004

¹²¹ Dossier documentaire du Conseil constitutionnel, Décision n° 2011 – 135/140 QPC, Articles L. 3213-1 et L. 3213-4 du code de la santé publique, Hospitalisation d'office

¹²² Article L1111-4 du code de la santé publique (CSP)

¹²³ P. JOURDAIN, A. LAUDE, J. PENNEAU, S. PORCHY-SIMON, *Le nouveau droit des malades*, LexisNexis/Litec, 2002

¹²⁴ Article R.4127-3 du CSP

¹²⁵ Article R.4127-31 du CSP

¹²⁶ Cf paragraphe A) de la présente thèse pour les droits des patients

de soin. Le code pénal de 1810 témoigne de cette prise en compte de cette catégorie de patient très spécifique, dans son article 64 qui énonce le principe de l'irresponsabilité pénal du criminel en état de « démence » au moment où il commet l'action criminelle.¹²⁷

Ce n'est que lors de sa réforme opérée en 1990, que la loi du 30 Juin 1838 devient véritablement garante de l'assistance aux malades mentaux et de la sûreté générale. Dès lors les asiles s'ouvrent davantage, les soignants organisent le soin autour du malade et non plus selon des « bonnes pratiques » déshumanisées où, notamment, l'isolement d'Esquirol était appliqué à outrance.

On en sait davantage sur les maladies mentales et, pour mieux les comprendre, les traiter et soigner les patients, on cherche à les classer, les répertorier pour normer les méthodes de prise en charge. Le DSM est ainsi le premier manuel de référence en la matière, et le reste à l'heure actuelle.¹²⁸

54. La loi du 31 Décembre 1985, relative à la sectorisation psychiatrique, viendra ensuite confirmer la circulaire du 15 Mars 1960 qui disposait du principe de la sectorisation. Cette circulaire préconisait une prévention importante en permettant une accessibilité aux soins efficace et permanente. C'est ainsi que chaque département se dote d'au moins un hôpital psychiatrique pour répondre aux besoins des populations locales. La norme de l'époque voulait que les patients soient correctement traités, en ne dépassant pas 200 lits d'hospitalisation par service, et en offrant au moins 3 lits pour 1000 habitants.¹²⁹

55. La loi du 3 Janvier 1968, relative à la protection des « incapables majeurs », a introduit une différenciation supplémentaire relevant du droit civil, entre les malades en capacité civile et ceux qui ne le sont pas. En effet, avant cette loi, la loi de 1838 était fondée sur le principe de l'interdiction préalable, c'est-à-dire que l'hospitalisation entraînait automatiquement une protection des patients pendant la durée de leur internement, via la nomination d'un administrateur provisoire. Leur considération en tant qu'homme ayant des capacités d'autogestion potentielles ou totale – et donc des droits - se dessine petit à petit.¹³⁰

¹²⁷ Code pénal de 1810, https://ledroitcriminel.fr/la_legislation_criminelle/anciens_textes/code_penal_1810/code_penal_1810_1.htm

Article 64 : « Il n'y a ni crime ni délit, lorsque le prévenu était en état de démence au temps de l'action, ou lorsqu'il a été contraint par une force à laquelle il n'a pu résister. »

¹²⁸ “Le DSM, c'est quoi au juste ?”, *Passeport Santé*, 08/11/2013, mis à jour le 23/03/2021, <https://www.passeportsante.net/fr/Actualites/Dossiers/DossierComplexe.aspx?doc=dsm-manuel-folie-ordinaire-p2>

¹²⁹ Loi du 31 Décembre 1985, relative à la sectorisation psychiatrique, <https://www.legifrance.gouv.fr/loda/id/JORFTEXT000000878232/#:~:text=Les%20m%C3%A9decins%20vacataires%20d%C3%A9partementaux%20qui,d'expiration%20de%20leur%20engagement.>

¹³⁰ C. WONG, *Guide des tutelles et de la protection juridique des majeurs*, Ed Dunod, 2009, p.311 à 322

56. La loi du 27 juin 1990, relative aux droits et à la protection des personnes hospitalisées en raison de troubles mentaux et à leurs conditions d'hospitalisation, est venue réformer totalement celle de 1838 en accentuant particulièrement la question des droits et des libertés des malades mentaux. Naissent enfin les concepts de prises en charge ambulatoire et d'hospitalisation libre, preuves de la recherche de soins adaptés à chaque patient.¹³¹

57. Dans la suite immédiate, le code pénal a également subi une réforme en 1992, et s'est vu remplacer son article 64 (précédemment évoqué) par l'article 122.1, qui dispose de la notion d'« abolition » ou d'« altération du discernement » pour définir le degré de jugement et de contrôle que l'individu avait sur ses actes au moment de les commettre.¹³²

58. Enfin, la loi 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 charge¹³³, est venue « moderniser » la prise en charge psychiatrique par rapport à la réforme de 1990. En effet, le terme « soins sans consentement » se substitue à celui d'« hospitalisation sous contrainte ». Désormais, cette hospitalisation initiée à la demande d'un tiers ou d'un représentant de l'Etat, peut être prolongée par un « programme de soin », c'est-à-dire des soins en ambulatoire. De plus, l'admissibilité en soins psychiatriques à la demande d'un tiers est facilitée en permettant que l'accueil du patient se fasse en service des urgences de l'hôpital général où il pourra rester jusqu'à 48h avant d'être transféré – ou non - en service psychiatrique (faciliter la gestion des places en psychiatrie). La notion de « péril imminent » est également une nouveauté de cette loi. Cette situation permet au directeur de l'établissement d'accueil de prononcer une mesure de soins sous contrainte, sur appui d'un certificat médical, sans l'intervention d'un tiers. La loi de 2011 régleme surtout les conditions d'entrée en soins sans consentement : un certificat médical doit être réalisé dans les 24h suivant l'admission, puis un deuxième dans les 72h, et un dernier entre le 6^e et le 8^e jour d'hospitalisation (c'est la règle de la « huitaine », remplaçant la « quinzaine » qui était de mise dans les lois de 1838 et 1990). Si le psychiatre émet un avis

¹³¹ Loi n° 90-527 du 27 juin 1990 relative aux droits et à la protection des personnes hospitalisées en raison de troubles mentaux et à leurs conditions d'hospitalisation, <https://www.legifrance.gouv.fr/loda/id/JORFTEXT000000349384/> ; M. NAHON, « Certificats d'hospitalisation à la demande d'un tiers - SPDT – HDT », 13 janvier 2021, <https://urgences-serveur.fr/certificats-d-hospitalisation-a-la.html>

¹³² Article 122.1 du code pénal : « *N'est pas pénalement responsable la personne qui était atteinte, au moment des faits, d'un trouble psychique ou neuropsychique ayant aboli son discernement ou le contrôle de ses actes. (...)* » (développé davantage dans le A) de ce Paragraphe) https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000029370748/

¹³³ 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, JORF n°0155 du 6 juillet 2011 ; « Les droits des patients en psychiatrie », Sante.gouv, 8 janvier 2021, <https://sante.gouv.fr/prevention-en-sante/sante-mentale/prendre-soin-de-sa-sante-mentale-accompagnement-et-parcours-de-prise-en-charge/article/les-droits-des-patients-en-psychiatrie>

négalif sur une telle mesure à la demande du préfet, l'avis d'un autre psychiatre est sollicité, comme tiers arbitre.

59. Enfin - et c'est là le changement le plus important – un contrôle judiciaire est effectué systématiquement. Le Juge des libertés et de la détention (JLD) tient audience pour chaque patient, avant le 15^e jour de son séjour hospitalier. Le juge peut alors décider de faire perdurer la mesure de soins sans consentement ou de lui faire prendre fin.

60. Cet enchaînement législatif, auquel il a été épargné la longue liste des circulaires et autres textes juridiques venues préciser les différents aspects du soin psychiatrique (particulièrement celui sans consentement), démontre la complexité juridique de ces prises en charge. Ce secteur médical est effectivement amené à gérer des patients dont l'état nécessite parfois – souvent - l'usage de la contrainte, mais qui restent des patients avant tout, avec des droits et des libertés inhérents à tout homme. Comme évoqué précédemment (Paragraphe 1), le statut du malade psychiatrique comme être humain à part entière a mis longtemps à être reconnu, de même que ses droits et libertés correctement appliqués et respectés, autant que faire se peut (A). Parmi ces libertés, celle d'aller et venir à sa guise est probablement la plus impactée dans ce secteur médical, à plus forte raison lors des soins sans consentement (B).

A. De la reconnaissance des droits fondamentaux à l'acquisition de droits complémentaires

61. Par principe, le patient en psychiatrie, ayant le statut de patient avant tout, a les mêmes droits fondamentaux que tous les autres patients, quelle que soit la spécialité médicale concernée. Ces droits résultent de l'évolution législative en la matière et notamment des lois du 4 Mars 2002, du 26 Janvier 2016 et du 2 Février 2016, toutes incluses dans le Code de Santé Publique (CSP). Il y a d'abord le droit à l'accès aux soins et au choix de son médecin. Plus précisément, le patient a le droit à la protection de sa santé, c'est-à-dire à un accès aux soins que nécessite son état de santé, sans discrimination aucune¹³⁴. Le patient a également le droit d'être soigné avec les méthodes thérapeutiques les plus efficaces face à sa pathologie¹³⁵. Cela implique également le droit au choix de son médecin et de l'établissement dans lequel il sera traité¹³⁶.

¹³⁴ Art. L 1110-3 du Code de santé publique (CSP) : « Aucune personne ne peut faire l'objet de discriminations dans l'accès à la prévention ou aux soins. (...) »

¹³⁵ Art. L 1110-5 du CSP : « Toute personne a, compte tenu de son état de santé et de l'urgence des interventions que celui-ci requiert, le droit de recevoir, sur l'ensemble du territoire, les traitements et les soins les plus appropriés et de bénéficier des thérapeutiques dont l'efficacité est reconnue et qui garantissent la meilleure sécurité sanitaire et le meilleur apaisement possible de la souffrance au regard des connaissances médicales avérées. (...) »

¹³⁶ Art. L 1110-8 du CSP : « Le droit du malade au libre choix de son praticien et de son établissement de santé et de son mode de prise en charge, sous forme ambulatoire ou à domicile, en particulier lorsqu'il relève de soins palliatifs au sens de l'article L. 1110-10, est un principe fondamental de la législation sanitaire. (...) »

62. Il y a ensuite le droit à l'information. Le patient a, en effet, le droit d'être informé sur son état de santé ou de ne pas l'être s'il en fait expressément la demande (respect de sa volonté)¹³⁷. Cette information doit être accessible - compréhensible – pour le patient et fidèle à la réalité. Le patient a également le droit d'accéder à son dossier médical¹³⁸. Le patient a le droit d'être informé sur les frais engendrés par ses soins¹³⁹, sur son reste à charge, sur les frais pris en charge par l'assurance maladie et la complémentaire santé¹⁴⁰. Le patient a le droit d'être informé sur les conditions de son séjour hospitalier et sur les qualifications du ou des professionnels de santé qui en ont la charge¹⁴¹. Pour faciliter l'information, il a enfin le droit à la médiation sanitaire et à un interprète en cas de besoin¹⁴².

63. Il y a également le droit de consentir aux soins que le patient va subir. Celui-ci a le droit de prendre une part active dans la décision de ses soins. De même, il a le droit de refuser le soin qui lui est proposé et de quitter l'établissement à tout moment.¹⁴³

64. Il y a le droit au respect du patient. Cela implique que ce-dernier a le droit au respect de sa dignité¹⁴⁴, au respect de sa vie privée et des informations le concernant¹⁴⁵, au respect de son

¹³⁷ Art. L 1111-2 du CSP : « Toute personne a le droit d'être informée sur son état de santé. (...) Cette information incombe à tout professionnel de santé dans le cadre de ses compétences et dans le respect des règles professionnelles qui lui sont applicables. (...) La volonté d'une personne d'être tenue dans l'ignorance d'un diagnostic ou d'un pronostic doit être respectée, sauf lorsque des tiers sont exposés à un risque de transmission. (...) »

¹³⁸ Art. L 1111-7 du CSP : « Toute personne a accès à l'ensemble des informations concernant sa santé détenues, à quelque titre que ce soit, par des professionnels de santé, par des établissements de santé par des centres de santé, par le service de santé des armées ou par l'Institution nationale des invalides (...) »

¹³⁹ Art. L 1111-3 du CSP : « Toute personne a droit à une information sur les frais auxquels elle pourrait être exposée à l'occasion d'activités de prévention, de diagnostic et de soins et, le cas échéant, sur les conditions de leur prise en charge et de dispense d'avance des frais. (...) »

¹⁴⁰ Art. L 1111-3-1 du CSP : « Pour toute prise en charge effectuée par un établissement de santé, le patient reçoit, au moment de sa sortie, un document l'informant, dans des conditions définies par décret, du coût de l'ensemble des prestations reçues avec l'indication de la part couverte par son régime d'assurance maladie obligatoire et, le cas échéant, de celle couverte par son organisme d'assurance complémentaire et du solde qu'il doit acquitter. »

¹⁴¹ Art. L 1111-3-6 du CSP : « Lors de sa prise en charge, le patient est informé (...) que ce professionnel ou cette personne remplit les conditions légales d'exercice définies au présent code. (...) »

¹⁴² Art. L 1111-13 du CSP : « La médiation sanitaire et l'interprétariat linguistique visent à améliorer l'accès aux droits, à la prévention et aux soins des personnes éloignées des systèmes de prévention et de soins, en prenant en compte leurs spécificités. (...) »

¹⁴³ Art. L 1111-4 du CSP : « Toute personne prend, avec le professionnel de santé et compte tenu des informations et des préconisations qu'il lui fournit, les décisions concernant sa santé. Toute personne a le droit de refuser ou de ne pas recevoir un traitement. Le suivi du malade reste cependant assuré par le médecin, notamment son accompagnement palliatif. (...) Aucun acte médical ni aucun traitement ne peut être pratiqué sans le consentement libre et éclairé de la personne et ce consentement peut être retiré à tout moment. (...) »

¹⁴⁴ Art. L 1110-2 du CSP : « La personne malade a droit au respect de sa dignité. »

¹⁴⁵ Art. L 1110-4 du CSP : « Toute personne prise en charge par un professionnel de santé, un établissement ou un des services de santé (...) a droit au respect de sa vie privée et du secret des informations la concernant. »

intimité, de ses croyances et de ses convictions et le droit d'avoir la possibilité de pratiquer son culte lors de son hospitalisation¹⁴⁶.

65. Il y a aussi le droit à la prise en charge de la douleur, à des soins palliatifs et à la prise en charge de la fin de vie. Il s'agit déjà pour le patient du droit à désigner une personne de confiance¹⁴⁷ et celui de rédiger des directives anticipées¹⁴⁸. Il s'agit également du droit qu'a le patient de recevoir des soins pour soulager ses souffrances¹⁴⁹, ou encore celui de ne pas en recevoir si cela revient à une obstination déraisonnable¹⁵⁰. Enfin, le patient a le droit à une fin de vie digne et avec un amoindrissement maximum de ses souffrances¹⁵¹, à des soins palliatifs dans un cadre d'accompagnement agréable et approprié¹⁵², et à une sédation profonde si la situation le permet (sur volonté du patient bien sûr)¹⁵³.

66. Il y a, pour finir, la possibilité pour le patient de se plaindre des soins qu'il a subi, d'engager un contentieux et d'obtenir une indemnisation pour ses dommages. Il s'agit notamment du droit à être entendu par un responsable de l'établissement d'accueil, mais aussi celui de recourir à des représentants des usagers dudit établissement¹⁵⁴, à la Commission des

¹⁴⁶ Art. R 1112-46 du CSP : « Les hospitalisés doivent être mis en mesure de participer à l'exercice de leur culte. Ils reçoivent, sur demande de leur part adressée à l'administration de l'établissement, la visite du ministre du culte de leur choix. »

¹⁴⁷ Art. L 1111-6 du CSP : « Toute personne majeure peut désigner une personne de confiance qui peut être un parent, un proche ou le médecin traitant et qui sera consultée au cas où elle-même serait hors d'état d'exprimer sa volonté et de recevoir l'information nécessaire à cette fin. (...) »

¹⁴⁸ Art. L 1111-11 du CSP : « Toute personne majeure peut rédiger des directives anticipées pour le cas où elle serait un jour hors d'état d'exprimer sa volonté. Ces directives anticipées expriment la volonté de la personne relative à sa fin de vie (...) »

¹⁴⁹ Art. L 1110-5-3 du CSP : « Toute personne a le droit de recevoir des traitements et des soins visant à soulager sa souffrance. Celle-ci doit être, en toutes circonstances, prévenue, prise en compte, évaluée et traitée. (...) »

¹⁵⁰ Art. L 1110-5-1 du CSP : « Les actes mentionnés à l'article L. 1110-5 ne doivent pas être mis en œuvre ou poursuivis lorsqu'ils résultent d'une obstination déraisonnable. Lorsqu'ils apparaissent inutiles, disproportionnés ou lorsqu'ils n'ont d'autre effet que le seul maintien artificiel de la vie (...) »

¹⁵¹ Art. L 1110-5 du CSP : « (...) Toute personne a le droit d'avoir une fin de vie digne et accompagnée du meilleur apaisement possible de la souffrance. Les professionnels de santé mettent en œuvre tous les moyens à leur disposition pour que ce droit soit respecté. »

¹⁵² Art. L 1110-9 du CSP : « Toute personne malade dont l'état le requiert a le droit d'accéder à des soins palliatifs et à un accompagnement. »

¹⁵³ Art. L 1110-5-2 du CSP : « A la demande du patient d'éviter toute souffrance et de ne pas subir d'obstination déraisonnable, une sédation profonde et continue provoquant une altération de la conscience maintenue jusqu'au décès, associée à une analgésie et à l'arrêt de l'ensemble des traitements de maintien en vie, est mise en œuvre (...) »

¹⁵⁴ Art. R 1112-83 du CSP : « Les représentants des usagers et leurs suppléants sont désignés par le directeur général de l'agence régionale de santé parmi les personnes proposées par les associations agréées en application de l'article L. 1114-1. (...) »

usagers (CDU)¹⁵⁵ ou au médiateur de l'établissement¹⁵⁶. Le patient a également le droit de demander réparation devant la commission régionale de conciliation et d'indemnisation des accidents médicaux (CRCI), de faire connaître sa décision de poursuite au Défenseur des droits et d'aller jusqu'à entamer une action en justice.

67. Pour les patients en psychiatrie, dans le cas de soins pleinement consentis, leurs droits et libertés sont strictement les mêmes, avec une marge d'adaptation suivant l'établissement d'internement évidemment (règlement intérieur).

En revanche, les patients soumis à des soins sans consentement, ont des droits spécifiques, clairement répertoriés par le Ministère des solidarités et de la santé dans son article « Les droits des patients en psychiatrie »¹⁵⁷.

Le patient en psychiatrie dispose du « *Droit d'information sur les décisions relatives à son admission et son maintien en soins psychiatriques ainsi que sur ses droits, sa situation juridique et les voies de recours qui lui sont ouvertes. Ce droit inclut pour la personne un accès à son dossier médical, qui peut être ici subordonné à la présence d'un médecin en fonction de l'état psychologique de la personne.* »¹⁵⁸

Il dispose également du « *Droit de communiquer avec le représentant de l'État, le président du tribunal judiciaire, le procureur de la République et le maire qui reçoivent les réclamations des patients et vérifient, le cas échéant, que les droits des patients sont respectés.* »

Le patient en psychiatrie a également le « *Droit de saisir la Commission des usagers (CDU) et la commission départementale des soins psychiatriques (CDSP). Cette saisine permet aux patients, en cas de besoin, d'exprimer leurs griefs auprès de ces commissions qui veillent au respect des droits des malades. Le patient ou toute personne susceptible d'agir dans son intérêt peut également saisir le juge des libertés et de la détention (JLD) dans le but qu'il ordonne une mainlevée immédiate d'une mesure de soins psychiatriques. Le JLD peut se saisir d'office ou être saisi par le procureur de la République.* »¹⁵⁹

Il dispose également du « *Droit de prendre conseil auprès d'un médecin ou d'un avocat de son choix* » et du « *Droit d'avertir le contrôleur général des lieux de privation de liberté de toute situation relevant de l'atteinte aux droits fondamentaux de la personne privée de liberté.* »¹⁶⁰

¹⁵⁵ Art. L 1112-3 du CSP : « *Dans chaque établissement de santé, une commission des usagers a pour mission de veiller au respect des droits des usagers et de contribuer à l'amélioration de la qualité de l'accueil des personnes malades et de leurs proches et de la prise en charge. Cette commission facilite les démarches de ces personnes et veille à ce qu'elles puissent, le cas échéant, exprimer leurs griefs auprès des responsables de l'établissement, entendre les explications de ceux-ci et être informées des suites de leurs demandes.* »

¹⁵⁶ Art. R 1112-81 et R 1112-82 du CSP

¹⁵⁷ « Le droit des patients en psychiatrie », Ministère des Solidarités et de la Santé, publié le 08/01/21, mis à jour le 21/05/21 : <https://solidarites-sante.gouv.fr/prevention-en-sante/sante-mentale/prevention-informations-et-droits/article/les-droits-des-patients-en-psychiatrie>

¹⁵⁸ Ibid

¹⁵⁹ Ibid

¹⁶⁰ Ibid

Le patient dispose enfin « *du droit d'émettre ou de recevoir des courriers, de consulter le règlement intérieur de l'établissement et de recevoir toutes explications s'y rapportant, d'exercer son droit de vote et de se livrer aux activités religieuses ou philosophiques de son choix.* »¹⁶¹

68. Il existe évidemment des spécialités médicales où les droits des patients risquent plus facilement d'être altérés, sans pour autant que cela soit volontaire d'ailleurs. C'est le cas des services de réanimation par exemple, où les patients sont potentiellement dans l'incapacité de consentir et d'exprimer leurs désirs. La loi prévoit évidemment ces exceptions pour éviter toute atteinte aux droits du patient.

En psychiatrie, l'atteinte aux droits résulte chez le patient d'un manque de discernement ou d'une incapacité mentale (pérenne ou momentanée) à prendre des décisions dans son propre intérêt médical.

Cependant, si en psychiatrie, on peut appliquer plus facilement des restrictions à ces droits et libertés que dans la plupart des autres service médicaux - justement pour des raisons de sécurité et d'ordre public, et pour éviter toute faute professionnelle (non-assistance à personne en danger par exemple) - ces restrictions ne peuvent être que « *adaptées, nécessaires et proportionnées* », comme l'exige l'article L.3211-3 du Code de santé publique¹⁶². En effet, le principe des soins psychiatriques libres est la règle et les soins sans consentement l'exception. Ce n'est donc que dans le cadre des soins sans consentement que des ajustements ont dû être prévus dans la loi, afin de garantir les droits et libertés des patients, tout en leur permettant de recevoir les soins nécessaires à leur état mental, dont ils n'ont souvent pas conscience dans ce cas de figure. Rappelons tout de même qu'en 2018, le nombre de patients hospitalisés sans leur consentement est de 79 000, sur un total de 312 000 patients hospitalisés en psychiatrie¹⁶³.

En résumé, les soins psychiatriques requièrent donc, par principe et comme dans tout autre domaine médical, le libre consentement du patient concerné. Si le recours aux procédures de soins psychiatriques sans consentement (soit sur décision du directeur d'établissement, soit du représentant de l'État) s'avère nécessaire, le malade bénéficie de mesures de protection spécifiques garantissant ses droits et libertés¹⁶⁴. Pour ce faire, la loi du 27 Septembre 2013 est venue compléter celle 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.

¹⁶¹ Op. cit. Art. L 1111-7 du CSP : les spécificités des droits et libertés des patients hospitalisation sans leur consentement en psychiatrie seront détaillés en Partie I, Titre 2, Chapitre 1 de la présente thèse

¹⁶² Art. L.3211-3 du CSP : « *Lorsqu'une personne atteinte de troubles mentaux fait l'objet de soins psychiatriques en application des dispositions des chapitres II et III du présent titre ou est transportée en vue de ces soins, les restrictions à l'exercice de ses libertés individuelles doivent être adaptées, nécessaires et proportionnées à son état mental et à la mise en œuvre du traitement requis. En toutes circonstances, la dignité de la personne doit être respectée et sa réinsertion recherchée. (...)* »

¹⁶³ Chiffres clés 2023 Psychiatrie par ATIH à partir des données issues du Rim-P, chiffres arrondis au millier près : <https://chiffres-cles.scansante.fr/psy.html>

¹⁶⁴ Cf Partie I, Titre 2, Chapitre 1 de la présente thèse.

69. Rappelons en effet que la loi de 1990 avait été déclarée inconstitutionnelle suite à une question prioritaire de constitutionnalité (QPC) ayant donné lieu à cette décision du Conseil constitutionnel du 26 Novembre 2010, au motif que la loi ne prévoyait pas d'intervention du Juge des Libertés et de la Détention (JLD) dans le cadre de la privation de liberté pour motif sanitaire. La loi du 5 Juillet 2011 a donc pallié ce manquement en prévoyant l'intervention du JLD pour contrôler les mesures de soins sans consentement dans un délai de 15 jours suivant le début de l'hospitalisation. La loi du 27 septembre 2013 est venue raccourcir ce délai à 12 jours.
165

70. Plus récemment encore, dans une décision du 19 Juin 2020¹⁶⁶ faisant suite à une QPC, le Conseil constitutionnel œuvre à garantir toujours plus – et mieux – le respect des droits et libertés des patients dans le cadre des mesures d'isolement et de contention, en soumettant lesdites mesures au contrôle du JLD.¹⁶⁷

71. L'objectif d'atteindre un seuil maximal de respect des droits et libertés du patient en psychiatrie est d'éviter toute stigmatisation et mise à l'écart de cette catégorie de patients ; héritage de notre Histoire en la matière et surtout des révoltes antipsychiatrie de la deuxième moitié du XXe siècle. Cependant, si cet objectif est pleinement louable, il est aussi à double tranchant. En effet, éviter toute stigmatisation des malades psychiatriques, dans le respect du principe de non-discrimination, a conduit à réduire le champ de l'irresponsabilité pénale qui concerne aujourd'hui les individus dont « l'abolition du discernement » était notable au moment du fait criminel. La simple « altération » du discernement ne peut plus donner lieu à une irresponsabilité pénale. En effet, l'article 64 de l'ancien Code pénal disposait qu'« *Il n'y a ni crime ni délit, lorsque le prévenu était en état de démence au temps de l'action, ou lorsqu'il a été contraint par une force à laquelle il n'a pu résister.* » Il a été remplacé (en 1993) par l'article 122-1 dans l'actuel Code pénal, qui dispose que : « (...) *La personne qui était atteinte, au moment des faits, d'un trouble psychique ou neuropsychique ayant altéré son discernement ou entravé le contrôle de ses actes demeure punissable. Toutefois, la juridiction tient compte de cette circonstance lorsqu'elle détermine la peine et en fixe le régime. Si est encourue une peine privative de liberté, celle-ci est réduite du tiers ou, en cas de crime puni de la réclusion criminelle ou de la détention criminelle à perpétuité, est ramenée à trente ans. La juridiction peut toutefois, par une décision spécialement motivée en matière correctionnelle, décider de ne pas appliquer cette diminution de peine. (...)* » La notion d'« état de démence » de l'article 64 sus-cité était suffisamment large pour faciliter la prise en compte d'une simple altération

¹⁶⁵ Actualité de l'Association des Etablissements du Service Public de Santé Mentale (AdESM) sur la Décision n° 2020-844 QPC du 19 juin 2020 : <http://www.adesm.fr/isolement-et-contention-decision-n-2020-844-qpc-du-19-juin-2020-le-maintien-de-la-mesure-disolement-ou-de-contention-doit-au-dela-dune-certaine-duree-etre-soumise-au-contrôle-du-juge-j/>

¹⁶⁶ Cf Introduction, Section 2 de la présente thèse

¹⁶⁷ Cf Partie I, Titre 2, Chapitre 1 de la présente thèse

mentale au moment du fait criminel. Aujourd'hui, l'inculpé doit démontrer une abolition majeure du discernement pour prétendre à une irresponsabilité pénale.

Pourtant, si le droit pénal reste compréhensif vis-à-vis des malades mentaux, le droit civil l'est moins. En effet, « *tout dommage contractuel (inexécution d'une obligation, d'un contrat entre deux parties) ou délictueux (fait ayant entraîné un dommage à autrui) permet à la personne lésée d'obtenir réparation du préjudice subi. Contrairement au droit pénal, le droit civil considère que l'existence d'un trouble mental n'exclut pas la responsabilité de celui qui en est atteint. Ainsi, tout malade mental, même s'il est reconnu incapable majeur au sens de la loi du 3 janvier 1968, peut avoir à rendre compte de ses actes devant une juridiction civile si la victime demande dommages et intérêts.* »¹⁶⁸

72. Mais si la question des droits et libertés des patients psychiatriques est en perpétuel questionnement, il est une liberté essentielle dont les aliénés mentaux ont été privés pendant des siècles et qui continue d'être une préoccupation majeure de leur prise en charge : la liberté d'aller et venir.

B. La liberté d'aller et venir, notion majeure pour une prise en charge humaine

73. « *Les juristes ont une approche de la liberté différente de celle des philosophes. Dans les conceptions contemporaines, la liberté juridique suppose une consécration de principe, une formulation précise du droit reconnu, le respect de procédures et de garanties, notamment juridictionnelles* »¹⁶⁹. La liberté d'aller et venir, de son nom initial de « *liberté des mouvements* »¹⁷⁰, peut être considéré comme un important « *signe extérieur des régimes libéraux* »¹⁷¹.

Cette liberté d'aller et venir fait partie intégrante des libertés individuelles de chaque individu. Elle est, de fait, inhérente à son statut d'être humain dans la mesure où bouger, stationner, voyager fait partie de ses fonctions vitales et de ses habitudes de vie en général.

La liberté d'aller et venir, c'est plus précisément le « *droit pour chacun de se déplacer librement dans le pays dont il est le national.* » C'est également un « *principe de valeur constitutionnelle, étendu aux citoyens de l'Union européenne (art. 20 TFUE qui consacre la liberté de circuler des citoyens européens au sein de l'Union).* »¹⁷² En effet, la libre circulation est une possibilité accordée par les régimes démocratiques. Elle revêt une telle importance qu'elle constitue un des piliers fondamentaux de l'Union Européenne. « *En revanche, la présence des étrangers et*

¹⁶⁸ P. JUILLET, *Dictionnaire de Psychiatrie*, Ed. du Conseil International de la Langue Française (CILF), 2000

¹⁶⁹ D. ALLAND et S. RIALS, *Dictionnaire de la culture juridique*, ed Lamy, 2019, p.945

¹⁷⁰ L. FAVOREU, P. GAIA, A. PÉNA, A. ROUX, G. SCOFFONI, A. DUFFY, I. FASSASSI, O. LE BOT, L. PECH, *Droit des libertés fondamentales*, 8^e ed, Lefebvre Dalloz, 2021, p. 234, citation de HAURIOU

¹⁷¹ Ibid, p. 234, citation de BURDEAU

¹⁷² T. DEBARD, *Lexique des termes juridiques 2021-2022*, 29^e ed, Dalloz, 2021

leurs mouvements sont soumis à des restrictions définies par chaque Etat au nom de sa souveraineté (sous réserve du respect des engagements internationaux pris par cet Etat) »¹⁷³.

74. Bien que le Conseil constitutionnel distingue depuis plusieurs années la liberté individuelle de la liberté d'aller et venir¹⁷⁴, ces deux notions restent parfois difficiles à séparer clairement. La liberté d'aller et venir désigne la faculté de se déplacer, de circuler librement, d'accéder à un territoire ou un espace et d'en sortir. Par conséquent, toute mesure qui influence temporairement et de manière manifeste les déplacements volontaires d'une personne constitue une atteinte à cette liberté. Toute restriction imposée à la liberté d'aller et venir est donc considérée comme une limitation de liberté¹⁷⁵. Naturellement, si toute atteinte à la liberté individuelle entraîne nécessairement une restriction de la liberté d'aller et venir, l'inverse n'est pas systématique. Seul un certain niveau de contrainte permet de qualifier une mesure initialement relative à la liberté de mouvement comme une atteinte à la liberté individuelle¹⁷⁶. Les personnes bénéficiant des services sociaux ou médico-sociaux jouissent de leur liberté d'aller et venir¹⁷⁷. Toutefois, certaines restrictions peuvent être mises en place dans les établissements accueillant des personnes âgées par exemple. Ces restrictions, précisées dans une annexe au contrat de séjour, doivent être prévues dans l'intérêt des usagers, rester strictement nécessaires et ne pas être disproportionnées par rapport aux risques encourus. Elles sont définies après une évaluation individuelle du résident et dans le cadre d'une procédure collégiale initiée par le médecin coordonnateur de l'établissement. Ce document s'appuie sur les principes constitutionnels garantissant la liberté de circulation des individus¹⁷⁸. Ces mesures concernent notamment les résidents âgés souffrant de troubles psychiques. En dehors de ces cas, les résidents conservent leur liberté de mouvement sous réserve du respect des règles de vie de l'établissement, définies dans son règlement intérieur. Dans les établissements de santé prenant en charge des patients sous soins psychiatriques, il est essentiel d'opérer une distinction entre ceux hospitalisés volontairement et ceux admis sans leur consentement¹⁷⁹. Pour les premiers, leurs droits sont comparables à ceux des patients hospitalisés pour d'autres raisons¹⁸⁰. Le principe demeure celui de la liberté d'aller et venir "absolue"¹⁸¹. Toutefois, ils doivent respecter les règles internes de l'établissement et veiller à ne pas compromettre leur santé, notamment en quittant prématurément l'hôpital. Ainsi, pour les séjours prolongés, une

¹⁷³ Ibid

¹⁷⁴ Décision n°99-411 DC du Conseil constitutionnel du 16 juin 1999

¹⁷⁵ L. FAVOREU, P. GAIA, A. PÉNA, A. ROUX, G. SCOFFONI, A. DUFFY, I. FASSASSI, O. LE BOT, L. PECH, *Droit des libertés fondamentales*, Dalloz, 8e ed, 2021

¹⁷⁶ Ibid

¹⁷⁷ Article L. 311-3 du code de l'action sociale et des familles (CASF)

¹⁷⁸ Articles L. 311-3, L. 311-4-1, R. 311-0-6 et annexe 3-9-1 du CASF

¹⁷⁹ S. THÉRON, *Dictionnaire de droit de la santé mentale et de la psychiatrie*, LEH édition, 2023

¹⁸⁰ Article L. 3211-2 du CSP

¹⁸¹ Cf Partie I, Titre 1, Chapitre 1 de la présente thèse

autorisation de sortie temporaire peut être accordée. De plus, un patient souhaitant partir contre l'avis du médecin-chef de service peut le faire en signant une attestation de sortie¹⁸². En revanche, les patients hospitalisés sans leur consentement sont soumis à une mesure de privation de liberté, ce qui affecte à la fois leur liberté individuelle et leur droit d'aller et venir¹⁸³. À l'intérieur de l'établissement, ces patients ne devraient toutefois pas être systématiquement privés de leur liberté de circulation. Les limitations imposées doivent être strictement justifiées par leur état de santé et la nécessité de leur prise en charge¹⁸⁴. En toutes circonstances, leur dignité doit être préservée et leur réinsertion encouragée¹⁸⁵. Ils ne peuvent cependant pas quitter librement l'hôpital. Des permissions de sortie, soumises à un cadre strict, peuvent néanmoins être accordées. Ces principes sont rappelés dans la Charte de la personne hospitalisée¹⁸⁶.

75. Mais, si la liberté d'aller et venir est une liberté fondamentale, elle doit toujours être conciliée avec les principes de sécurité publique et d'ordre public. Cette liberté est d'ailleurs inscrite dans différents textes de droit interne mais également de droit communautaire et international.

Sur la scène internationale, la liberté d'aller et venir est également garantie par différentes sources. La majorité de ces sources voient leurs textes régulièrement ratifiés par la France. C'est le cas de plusieurs accords internationaux, des textes européens comme La Convention de sauvegarde des droits de l'Homme et des libertés fondamentales¹⁸⁷. Ces textes sont à effet direct, c'est-à-dire qu'ils peuvent être directement invoqués devant une juridiction nationale, au même titre que toute norme interne¹⁸⁸. Plus particulièrement, trois textes sont notables en matière de liberté d'aller et venir. La Convention de sauvegarde des droits de l'homme et des libertés fondamentales - désormais partie intégrante de la Convention européenne des droits de l'Homme¹⁸⁹ - tout d'abord, qui dispose dans son article 5 que « *Toute personne a droit à la liberté et à la sûreté. Nul ne peut être privé de sa liberté (...)* ». Ce même article prévoit cependant certains cas de figure pour lesquels une telle privation de liberté peut être envisagée,

¹⁸² Article R. 1112-62 du CSP ; ces principes seront explicités en Partie I, Titre 1, Chapitre 1 de la présente thèse.

¹⁸³ Cf Partie I : Titre 1 Chapitre 2 et Titre 2 Chapitre 1

¹⁸⁴ Op. cit. Dictionnaire de droit de la santé mentale et de la psychiatrie

¹⁸⁵ Article L. 3211-3 du CSP

¹⁸⁶ Circulaire DHOS/E1/DGS/SD1B/SD1C/SD4A n° 2006-90 du 2 mars 2006 relative aux droits des personnes hospitalisées et comportant une charte de la personne hospitalisée

¹⁸⁷ Traité international signé par les États membres du Conseil de l'Europe en date du 4 Novembre 1950, entré en vigueur le 3 Septembre 1953

¹⁸⁸ HAS, Rapport d'élaboration, Fiche mémo « Aide à la rédaction des certificats et avis médicaux dans le cadre des soins psychiatriques sans consentement d'une personne majeure à l'issue de la période d'observation de 72 heures », mars 2018

¹⁸⁹ La Convention de sauvegarde des droits de l'homme et des libertés fondamentales désigne le texte originel de 1950, tandis que la Convention européenne des droits de l'homme (Conv.EDH), dans l'usage courant, fait référence au texte consolidé et actualisé par les différents protocoles et amendements ; CGLPL, Rapport d'activité 2020

notamment « *s'il s'agit de la détention régulière d'une personne susceptible de propager une maladie contagieuse, d'un aliéné, d'un alcoolique, d'un toxicomane ou d'un vagabond* ». ¹⁹⁰

Il y a ensuite le 4^e Protocole additionnel du 16 Septembre 1963, dont l'article 2 « *reconnaît à toute personne qui se trouve régulièrement sur le territoire d'un Etat le droit d'y circuler et d'y choisir librement sa résidence. Le paragraphe 2 permet à toute personne de quitter n'importe quel pays, y compris le sien.* ». Mais, là encore, ce même article reconnaît *aux États parties la faculté d'apporter certaines restrictions à cette disposition. Celles-ci doivent être prévues par la loi et constituer des mesures nécessaires, dans une société démocratique, à la sécurité nationale, à la sûreté publique, au maintien de l'ordre public, à la prévention des infractions pénales, à la protection de la santé ou de la morale, ou à la protection des droits et libertés d'autrui.* » ¹⁹¹

L'article 13 de la Déclaration universelle des droits de l'homme octroie également la liberté à toute individu de circuler librement au sein d'un État, d'y choisir son lieu de résidence, de le quitter et d'y revenir à sa guise.

Enfin, le traité de Rome du 25 Mars 1957, à l'origine du principe de la communauté européenne et, par extension, du principe de la libre circulation entre les États membres, a clairement établi que les libertés de circulation et d'établissement – fondements de la liberté d'aller et venir – sont des libertés majeures et inhérentes à la démocratie européenne. ¹⁹²

76. En droit français, on rappellera l'article 4 de la Déclaration des droits de l'homme et du citoyen de 1789 qui consacre le principe de liberté en général, de manière égale pour tous les citoyens. En droit interne – français – la liberté d'aller et venir est reconnue comme ayant valeur constitutionnelle depuis la décision du Conseil constitutionnel du 12 Juillet 1979 : « (...) *deux principes fondamentaux de notre droit constitutionnel qui sont la liberté d'aller et venir et l'égalité des citoyens devant la loi et devant les charges publiques* » ¹⁹³. En ce sens, la liberté d'aller et venir est l'un des droits fondamentaux répertoriés et protégés par le bloc de constitutionnalité. Mais elle est également clairement défendue à l'article 66 de la Constitution du 4 Octobre 1958 et est placée sous l'autorité du juge judiciaire : « *Nul ne peut être arbitrairement détenu. L'autorité judiciaire, gardienne de la liberté individuelle, assure le respect de ce principe dans les conditions prévues par la loi.* » Le Conseil constitutionnel a fini

¹⁹⁰ Convention de sauvegarde des droits de l'homme et des libertés fondamentales, p.2, <https://rm.coe.int/1680063776>

¹⁹¹ M. SAND, « Le quatrième Protocole additionnel à la Convention européenne des droits de l'homme », *Annuaire français de droit international*, 1964, p.569-575 ; Convention européenne des droits de l'homme, https://www.echr.coe.int/documents/d/echr/convention_FRA

¹⁹² Article 106 du Traité de Rome du 25 Mars 1957 : « *1. Chaque État membre s'engage à autoriser, dans la monnaie de l'État membre dans lequel réside le créancier ou le bénéficiaire, les paiements afférents aux échanges de marchandises, de services et de capitaux, ainsi que les transferts de capitaux et de salaires, dans la mesure où la circulation des marchandises, des services, des capitaux et des personnes est libérée entre les États membres en application du présent traité. (...)* »

¹⁹³ Décision n° 79-107 DC du Conseil constitutionnel du 12 juillet 1979, Ponts à péage, n° 79-107, Paragraphe 2

par préciser le fondement textuel du principe à valeur constitutionnelle de la liberté d'aller et venir en 2003. Elle a, en effet, affirmé que la liberté d'aller et venir, ainsi que le droit au respect de la vie privée, sont « protégé[s] par les articles 2 et 4 de la Déclaration des droits de l'homme et du citoyen de 1789 »¹⁹⁴. Par ailleurs, la liberté d'aller et venir en psychiatrie a connu une évolution notable, marquée par plusieurs textes législatifs visant à concilier les droits des patients avec les impératifs de sécurité et de soins. La loi 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 a constitué une étape majeure. Elle a introduit des garanties spécifiques pour les patients hospitalisés sans consentement, notamment en prévoyant des conditions strictes pour l'admission et le maintien en soins psychiatriques sans consentement, ainsi que des droits renforcés en matière d'information et de recours¹⁹⁵. Cette loi a été complétée par celle du 27 septembre 2013¹⁹⁶, qui a renforcé le respect des droits des patients en précisant les modalités de leur prise en charge et en introduisant des garanties supplémentaires pour assurer le respect des libertés individuelles. Par la suite, la loi du 26 janvier 2016 a introduit l'article L.3222-5-1 dans le CSP, établissant un cadre légal précis pour les mesures d'isolement et de contention en psychiatrie. Ces mesures, considérées comme des atteintes à la liberté d'aller et venir, ne peuvent être mises en œuvre qu'à titre exceptionnel, en dernier recours, et sont strictement encadrées pour prévenir un danger imminent¹⁹⁷. Et récemment, la décision du Conseil constitutionnel du 19 juin 2020 a conduit à une évolution du cadre juridique concernant l'encadrement des mesures d'isolement et de contention, renforçant les garanties pour le respect des droits des patients¹⁹⁸.

77. Ces évolutions législatives illustrent la volonté de concilier la protection des libertés individuelles avec les nécessités de soins en psychiatrie, en assurant un encadrement strict des mesures susceptibles de restreindre la liberté d'aller et venir des patients¹⁹⁹. Mais si les fondements juridiques sont multiples et clairs, la liberté d'aller et venir en psychiatrie est un point qui reste parfois compliqué à définir ou délimiter clairement et à limiter (surtout) au besoin, au sein du corps médical comme dans le secteur juridique.

En effet, trois modalités d'admission existent en établissement délivrant des soins psychiatriques : les soins psychiatriques libres (SPL) et les soins sans consentement qui sont au nombre de deux, avec les soins psychiatriques à la demande d'un tiers (SPDT ou SPDTU) et

¹⁹⁴ Décision du Conseil constitutionnel du 13 mars 2003, LOPSI, n° 2003-467

¹⁹⁵ Op. cit. HAS, Rapport d'élaboration, Fiche mémo « Aide à la rédaction des certificats et avis médicaux dans le cadre des soins psychiatriques sans consentement d'une personne majeure à l'issue de la période d'observation de 72 heures », mars 2018

¹⁹⁶ «Les droits des patients en psychiatrie», sante.gouv.fr, publié le 08/01/2021, mis à jour le 02/08/2024

¹⁹⁷ Fiche pratique «La privation de la liberté d'aller et venir du patient en psychiatrie», Weka.fr

¹⁹⁸ Y. PEIFFER, «Restriction de la liberté d'aller et venir : dépasser une vision centrée sur l'isolement et la contention», *Santé Mentale*, 30 juin 2022

¹⁹⁹ Ces évolutions législatives seront développées dans la Partie I de la présente thèse

les soins psychiatriques à la demande d'un représentant de l'Etat (SPDRE).²⁰⁰ Les soins psychiatriques libres confèrent au patient, outre les mêmes droits et libertés que tout patient (hors secteur psychiatrie), la liberté d'aller et venir à leur convenance puisqu'ils peuvent partir de l'établissement hospitalier quand ils le souhaitent, même contre avis médical. En revanche, les soins psychiatriques sans consentement sont opérés lorsque le malade n'a pas conscience ni de ses troubles mentaux et du besoin de se soigner, ni de sa dangerosité potentielle pour lui-même et/ou les autres. Dans ce cas, il est soumis à une surveillance quasi constante pour garantir ses soins, ce qui se traduit par une altération de sa liberté d'aller et venir, qui commence par son hospitalisation contre sa volonté pendant une durée qui ne lui incombe pas.

78. Pour Sophie DELANNE, la liberté d'aller et venir en psychiatrie c'est « *le droit de sortir de l'unité de soin autant qu'ils le veulent, ainsi que de sortir de l'hôpital.* » Or, « *le cadre des soins implique diverses choses, autorisées ou pas suivant le cas du patient concerné, notamment le droit de s'habiller, le droit de téléphoner, le droit d'être en possession de ses affaires personnelles, de recevoir des visites, de sortir dans le parc du Vinatier, d'avoir des permissions.* » Pour Madame DELANNE, « *ces limites sont la plupart du temps justifiées, encore une fois, tout dépend de l'état clinique du patient.* ».²⁰¹

79. Pour Justine AUBRIOT, JLD, la liberté d'aller et venir c'est la « *liberté de choisir son domicile, qui on fréquente et quand, de se déplacer librement. On y est tous confronté en cette période Covid. Pourtant, notre périmètre de marche est plus vaste qu'à l'hôpital psychiatrique. En hôpital psychiatrique, il existe forcément un sentiment de frustration quand on sait qu'on ne peut pas faire ce que l'on veut, qu'on ne peut pas aller où l'on veut, quand on veut. En psychiatrie, l'enfermement est ce qu'il y a de pire pour l'être humain. Il y a même des individus issus des prisons françaises qui veulent y retourner plutôt que de rester à l'UHSA par exemple.* » La liberté d'aller et venir du patient en psychiatrie est très vite limitée puisqu'il « *n'a pas la possibilité de choisir l'endroit où il va dormir, ne peut pas se mouvoir comme il veut. C'est justifié dans le cadre du soin bien sur ! C'est aussi justifié pour prévenir les agressions et violences mais surtout pour essayer de protéger l'individu de lui-même, sans oublier de protéger les tiers... Le psychiatrique se porte atteinte à lui-même et/ou aux autres.* »²⁰²

80. La liberté d'aller et venir est donc à l'origine une liberté individuelle²⁰³ mais est surtout une liberté personnelle aujourd'hui et n'est donc pas absolue en soi. Son statut « à valeur

²⁰⁰ Cf Annexe 1

²⁰¹ Extrait d'un entretien avec Madame Sophie DELANNE, IDE à l'hôpital du Vinatier (service des urgences), cf Annexe 32

²⁰² Extrait d'un entretien avec Madame Justine AUBRIOT, Juge des Libertés et de la Détention au Tribunal Judiciaire de Lyon, cf Annexe 36

²⁰³ Article 66 de la Constitution

constitutionnelle » fait d'elle une liberté disposant du régime juridique le plus favorable commun aux libertés fondamentales, c'est-à-dire l'absence de réglementation. Cette liberté s'exerce donc de plein droit, sans condition spécifique, mais peut cependant être limitée si besoin, pour maintenir des impératifs à valeurs au moins égales, comme l'ordre public, la sécurité publique ou le maintien d'autres libertés.

De fait, si la liberté d'aller et venir est un idéal que les soignants souhaiteraient évidemment atteindre pour chacun de leurs patients, la sécurité publique complique très largement l'atteinte de ce bel objectif.

Section 2. Sécurité publique et prise en charge psychiatrique, une cohésion complexe et évolutive

81. La sécurité publique est une composante particulièrement large et complexe du droit mais qui est apparue dans les textes tardivement, comme une notion à part entière, d'abord de façon indirecte. En effet, l'article 99 de la loi municipale du 5 Avril 1884 dispose que « *la police municipale a pour objet d'assurer le bon ordre, la sûreté, la salubrité publiques* ».

82. Rappelons que la sûreté, c'est l'« *état de quelqu'un ou de quelque chose qui est à l'abri, n'a rien à craindre* »²⁰⁴ tandis que la sécurité est la « *situation dans laquelle quelqu'un, quelque chose n'est exposé à aucun danger, à aucun risque, en particulier d'agression physique, d'accidents, de vol, de détérioration* »²⁰⁵. Autrement dit, le terme « sécurité » est très générique et englobe plusieurs spécificités du genre, dont la « sûreté » qui relève plus précisément de la protection contre les actes de malveillance ou d'agression (contre l'individu ou son patrimoine). De fait, en introduisant la notion de sûreté publique, l'article sus-cité évoque déjà – par extension – la notion de sécurité publique.

83. Mais l'apparition du terme réel de « sécurité publique » résulte d'une évolution des mœurs qui s'est traduite dans la loi du 2 Mars 1982 reprise dans le code des communes : « *Un code de prescriptions et de procédures techniques particulières applicables aux communes, départements et régions sera élaboré dans un délai de deux ans après la publication de la présente loi. Il déterminera les règles particulières applicables aux communes, aux départements et aux régions, notamment en matière d'hygiène, de prévention sanitaire, de sécurité, d'affaires culturelles, d'urbanisme, de construction publique, de lutte contre les pollutions et nuisances et de protection de la nature.* »²⁰⁶

²⁰⁴ Dictionnaire Larousse en ligne, consulté le 06/01/2022 : <https://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/s%C3%BBret%C3%A9/75680>

²⁰⁵ Dictionnaire Larousse en ligne, consulté le 06/01/2022 : <https://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/s%C3%A9curit%C3%A9/71792>

²⁰⁶ Article 90 de la loi du 2 Mars 1982

84. Il s'agit donc - en comparaison de l'ancienneté des notions de « psychiatrie » et de « liberté d'aller et venir » évoquées précédemment - d'une notion récente (Paragraphe 1), dont la portée a considérablement évolué depuis sa création à son application actuelle (Paragraphe 2) et dont la conciliation avec la liberté d'aller et venir du patient reste un enjeu constant (Paragraphe 3).

Paragraphe 1. La sécurité publique, une notion récente

85. Théoriquement, la Déclaration des Droits de l'Homme et du Citoyen de 1789 confie la sécurité – que l'on assimile à la « sûreté » dont dispose l'article 1^{er}²⁰⁷ - à une force publique au service de tous les citoyens : « *La garantie des droits de l'homme et du citoyen nécessite une force publique : cette force est donc instituée pour l'avantage de tous, et non pour l'utilité particulière de ceux auxquels elle est confiée.* »²⁰⁸ L'article 13²⁰⁹ de ladite déclaration prévoit un financement de cette force publique par l'impôt.

C'est en effet le cas en France puisque, par exemple, les deux forces de sécurité intérieure nationale, que sont la gendarmerie et la police, sont financées par les impôts des français.

Garantir la sécurité des citoyens est donc une prérogative de l'État, dont le financement est assuré par la Nation elle-même.

86. De fait, l'Etat assure la sécurité publique dans son ensemble, sécurité qui est devenue légalement un droit fondamental (A) et qui s'avère être étroitement liée avec la notion d'ordre public (B).

A. Le droit à la sécurité, un droit fondamental

87. La loi du 21 Janvier 1995, d'orientation et de programmation relative à la sécurité, modifiée par la loi du 18 Mars 2003 et abrogé par l'ordonnance n°2012-351 du 12 mars 2012, dispose que « *la sécurité est un droit fondamental* » qui doit être assuré par l'Etat.²¹⁰

²⁰⁷ Article 1 de la DDHC : « *Les hommes naissent et demeurent libres et égaux en droits. Les distinctions sociales ne peuvent être fondées que sur l'utilité commune.* » ; comme justifié en introduction de la présente Section

²⁰⁸ Article 12 de la DDHC

²⁰⁹ Article 13 de la DDHC : « *Pour l'entretien de la force publique, et pour les dépenses d'administration, une contribution commune est indispensable : elle doit être également répartie entre tous les citoyens, en raison de leurs facultés.* »

²¹⁰ Article 1 de la loi n° 95-73 du 21 janvier 1995 d'orientation et de programmation relative à la sécurité : « *La sécurité est un droit fondamental et l'une des conditions de l'exercice des libertés individuelles et collectives. L'État a le devoir d'assurer la sécurité en veillant, sur l'ensemble du territoire de la République, à la défense des institutions et des intérêts nationaux, au respect des lois, au maintien de la paix et de l'ordre public, à la protection des personnes et des biens. (...)* »

Le mot « sécurité » en matière légale et notamment pénale est également assez récent dans les intitulés des lois. Il existe effectivement plusieurs lois relatives à la sécurité publique : les lois du 21 Janvier 1995 sus-évoqué, du 15 Novembre 2001 (relative à la sécurité quotidienne)²¹¹ et du 18 Mars 2003 (loi pour la sécurité intérieure)²¹². Toutes ces lois et leurs prérogatives sont résumées dans le Code de sécurité intérieure, notamment (grossièrement) dans son article premier²¹³.

Le droit à la sécurité est avant tout un droit individuel. Le référé-liberté en est une preuve importante puisqu'il est une voie de recours accessible et efficace pour tout individu qui souhaiterait s'assurer la protection de son intégrité physique rapidement. Dans un premier temps, le Conseil d'Etat (CE) avait considéré que « *si l'autorité administrative a pour obligation d'assurer la sécurité publique, la méconnaissance de cette obligation ne constitue pas par elle-même une atteinte grave à une liberté fondamentale* ». ²¹⁴ Depuis, le CE a donné le droit au juge du référé-liberté d'enjoindre à l'autorité publique de prendre toutes les mesures nécessaires pour garantir la sécurité des personnes, à partir du moment où « *l'action ou la carence de l'autorité publique crée un danger caractérisé et imminent pour la vie des personnes, portant ainsi une atteinte grave et manifestement illégale à cette liberté fondamentale, et que la situation permet de prendre utilement des mesures de sauvegarde dans un délai de quarante-huit heures* »²¹⁵ Dans ce cas précis, il s'agissait d'assurer la sécurité d'individus menacés par l'effondrement d'une dalle.

Cette prérogative a été appliquée dans de nombreux autres cas, comme pour assurer la sécurité des baigneurs contre des attaques de requins. ²¹⁶

88. Mais, au-delà de la protection des individus au cas par cas, les politiques publiques de sécurité ont aussi – et surtout – à garantir la sécurité du public de manière générale, et pas seulement d'un groupe de personne isolé (ou d'un individu) : c'est ce que l'on appelle la sécurité publique.

²¹¹ Loi du 15 Novembre 2001 : <https://www.legifrance.gouv.fr/loda/id/JORFTEXT000000222052/>

²¹² Loi du 18 Mars 2003 : <https://www.legifrance.gouv.fr/loda/id/JORFTEXT000000412199/>

²¹³ Article L. 111-1 du Code de sécurité intérieure : « *La sécurité est un droit fondamental et l'une des conditions de l'exercice des libertés individuelles et collectives.*

L'Etat a le devoir d'assurer la sécurité en veillant, sur l'ensemble du territoire de la République, à la défense des institutions et des intérêts nationaux, au respect des lois, au maintien de la paix et de l'ordre publics, à la protection des personnes et des biens.

Il associe à la politique de sécurité, dans le cadre de dispositifs locaux dont la structure est définie par voie réglementaire, les collectivités territoriales et les établissements publics de coopération intercommunale ainsi que les représentants des professions, des services et des associations confrontés aux manifestations de la délinquance ou œuvrant dans les domaines de la prévention, de la médiation, de la lutte contre l'exclusion ou de l'aide aux victimes. »

²¹⁴ CE, ordonnance n°236196 du 20 juillet 2001, Commune de Mandelieu-la-Napoule

²¹⁵ CE, section du contentieux, décision n°0353172 du 16 novembre 2011

²¹⁶ CE, ordonnance n°370902 du 13 août 2013, Ministre de l'Intérieur / Commune de Saint-Leu

Garantir la sécurité publique est une affaire qui concerne tout particulièrement le droit pénal²¹⁷ et le droit administratif. Cette garantie passe par la mise en place de mesures préventives afin d'empêcher tout individu de commettre crime ou délit, en droit pénal comme en droit administratif. En ce sens, le droit pénal prévoit toute une série d'infractions de prévention, afin de réprimander des comportements qui pourraient conduire à des infractions plus graves, comme un crime de terrorisme, comme Anne PONSEILLE en émet l'hypothèse.²¹⁸ Dans ce même état d'esprit, la loi du 25 février 2008 relative à la rétention de sûreté, a mis en place la possibilité de garder en détention (dans un centre socio-médico-judiciaire de sûreté) toute personne qui, bien qu'ayant purgé la totalité de leur peine, « *présentent une particulière dangerosité caractérisée par une probabilité très élevée de récidive parce qu'elles souffrent d'un trouble grave de la personnalité* »²¹⁹ La loi du 30 octobre 2017, renforçant la sécurité intérieure et la lutte contre le terrorisme, prévoit également que le Ministre de l'Intérieur puisse prendre des mesures individuelles de contrôle et de surveillance « *aux seules fins de prévenir la commission d'actes de terrorisme* »²²⁰. Cela peut se traduire par une interdiction de circuler (comme ce fut le cas lors des différents confinements mis en place lors de l'épidémie de Covid-19, en 2020), des obligations de pointage, des surveillances électroniques, etc. Cette loi a introduit ces mesures préventives qui, jusque-là, n'étaient possibles que dans le cas de l'état d'urgence, dans le droit commun.

89. Ce droit fondamental à la sécurité, précédemment développé, pousse les États démocratiques à le respecter au maximum. C'est dans cette démarche qu'un terme novateur est venu clarifier l'importance de la sécurité publique en France ; la « sécurité globale ». Il est employé pour la première fois dans la proposition de loi n°3452, dite relative à la sécurité globale²²¹, enregistré à la présidence de l'Assemblée nationale le 20 octobre 2020.

90. Avant toute chose, la notion de « sécurité globale » a été très longtemps inconnue du droit français. Au moment de son émergence, dans les suites de la chute du mur de Berlin, elle a même commencé par être rejetée. Elle émerge plus précisément grâce à Francis FUKUYAMA qui soutient l'idée selon laquelle le modèle de démocratie libéral américain a triomphé²²². Cette « victoire » qui aurait dû être pris comme une excellente nouvelle va finalement être source

²¹⁷ J. DANET et S. GRUNVALD, « Le Droit à la sécurité et le risque au cœur d'un nouveau droit pénal ? », Cours de Politique Criminelle destiné au Master II de Droit pénal et de Sciences criminelles, disponible sur le site de l'université de Nantes, Faculté de droit et de science politique, p.4 ;

Collectif Litec, *Perspectives du droit public. Mélanges offerts à Jean-Claude Hélin*, Ed. LexisNexis, 2004, p. 196

²¹⁸ A. PONSEILLE, « Les infractions de prévention, Argonautes de la lutte contre le terrorisme », chronique n°26, RDLF 2017

²¹⁹ Article 706-53-13 du Code de procédure pénale

²²⁰ Article L. 228-1 et suivants du Code de la sécurité intérieure

²²¹ Proposition de loi relative à la sécurité globale, n°3452, enregistrée à la Présidence de l'Assemblée nationale le 20 octobre 2020, https://www.assemblee-nationale.fr/dyn/15/textes/115b3452_proposition-loi

²²² F. FUKUYAMA, *La fin de l'histoire ou le dernier homme*, ed Flammarion, 1992

d'inquiétude pour les cercles militaires, qui voient en la fin de la guerre froide une réduction de leurs budgets. Cette inquiétude va donner lieu à l'émergence d'une doctrine alternative ; la menace n'étant plus celle d'une guerre État contre État, elle est maintenant constituée par des groupes religieux ou politiques, ou par des organisations criminelles ayant la même capacité d'action que celle d'un État. Les attentats du 11 septembre 2001 apporte un élément persuasif supplémentaire à ces cercles néo-conservateurs - militaires ou qui en sont proches – pour leur permettre de proposer dans les suites immédiates de cette tragédie, une réforme de la posture de sécurité, propre aux États-Unis dans un premier temps, autour de cette notion qu'ils créeront pour l'occasion ; la « globalisation de la sécurité ». La sécurité globale permettrait, pour les américains, de penser la capacité d'un État à prévenir et à assurer à l'ensemble de ses membres un niveau maximum de sécurité face aux risques et menaces de toutes sortes²²³. Cette idéologie nouvelle implique que l'État doit agir de façon strictement utilitariste, c'est-à-dire que tous les moyens de sécurité qu'il a à sa disposition peuvent être utilisés tant à l'intérieur qu'à l'extérieur de ses frontières. Alain BAUER, penseur majeur de cette doctrine et professeur de criminologie, est responsable de la revue *Sécurité globale*, qui paraît depuis 2007 ; revue qui témoigne bien de l'importance de cette notion, toujours à l'heure actuelle. Mais fondamentalement, que doit-on entendre par « sécurité globale » ? Est-ce la recherche du risque zéro ? Est-ce considérer que l'homme est capable de maîtrise totale sur lui-même et/ou sur les autres ?

91. Dans l'exposé des motifs de la proposition de loi n° 3452 relative à la sécurité globale²²⁴, il est question d'intégrer plus directement l'ensemble des acteurs de la sécurité et de la sûreté (termes déjà très liés comme évoqué en début de cette section) afin d'assurer un véritable « continuum de sécurité », c'est-à-dire une sorte de synergie entre les différentes catégories d'acteurs intervenant en la matière. A ce titre, dans l'exposé des motifs il est suggéré que : « *le continuum de sécurité pourrait naître d'une réorganisation et d'une meilleure coordination des forces de police* ». L'idée est en fait de globaliser tous les moyens de surveillance. Mais où sont garanties nos libertés dans cet amas de moyens sécuritaires ? Quelle place accorde-t-on encore aux droits fondamentaux ?

*« Le paysage sécuritaire de la France a changé en trois décennies, l'architecture et le fonctionnement des forces de sécurité doivent en faire de même, il est temps. (...) Cette expression (sécurité globale) a l'avantage d'embrasser les 430 000 membres des forces de sécurité intérieure, les forces régaliennes, police et gendarmerie nationale, des polices municipales et des entreprises privées de sécurité qui concourent à des degrés divers et par des chemins différents, à garantir la protection des personnes et des biens. »*²²⁵.

²²³ "Politique de défense CBRN (chimique, biologique, radiologique et nucléaire) de l'OTAN", NATO OTAN, 14/06/2022, https://www.nato.int/cps/fr/natohq/official_texts_197768.htm?selectedLocale=fr&utm

²²⁴ Op. cit. Proposition de loi relative à la sécurité globale

²²⁵ Extrait de l'allocation de Jean-Michel FAUVERGUE devant l'Assemblée nationale, député, policier retraité et ancien chef du RAID, rapporteur de ladite proposition de loi.

Le texte propose une augmentation des pouvoirs de la police municipale (accès à certains fichiers, plus de moyens pour contrer des actes de vandalisme, pour éviter des débordements, etc.). Pascal BEAUVAIS y voit un réel danger de tomber dans une augmentation massive de la surveillance de la population, à travers des agents plus nombreux pour ce faire (plus 21 500 policiers municipaux et plus 165 000 agents de sécurité privée ; on passe à 430 000 agents de sécurité disponibles, contre 243 500 environ auparavant).²²⁶ La surveillance jouera donc un rôle plus important et la police aura des prérogatives plus conséquentes, notamment liées au fonctionnement de la justice pénale. Les agents de sécurité privée, eux, auront un « pouvoir de palpation » élargi. L'idée est de décharger les forces de police et de gendarmerie nationales en déléguant certaines de leurs activités à la police municipale ou à la sécurité privée. Les polices municipales sont de plus en plus armées pour répondre à ses nouvelles charges. L'exposé des motifs comporte également un autre point qui pose question et s'avère également potentiellement dangereux : « *Les acteurs de la sécurité privée sont un maillon essentiel du continuum de sécurité en France, il faut développer les conditions d'une relation de confiance en partenariat avec les forces régaliennes, en encadrant mieux le recours à la sous-traitance* »²²⁷. On assiste donc à une forme de privatisation de la police. En France, on en serait donc à sous-traiter une prérogative de puissance publique par des contrats passés avec des organismes privés. L'idée est de libérer la police et la gendarmerie en permettant aux agents de sécurité privés d'agir en amont de l'infraction, à toutes les étapes qui peuvent précéder cette dernière. En revanche, dès lors que l'infraction a été commise, le pouvoir revient à la police et à la gendarmerie, qui interviennent donc qu'une fois le délit/crime avéré.

92. Cette augmentation du nombre d'agents dédiés à la sécurité s'accompagne de l'utilisation décuplée de différentes catégories de matériels de surveillance. C'est le cas des images de vidéosurveillance qui peuvent désormais plus facilement être regroupées avec, par exemple, des données recherchées sur internet. Le maillage, l'étendue de la surveillance est, de fait, bien plus important qu'auparavant. Concernant l'atteinte aux libertés fondamentales et notamment à la liberté d'aller et venir des citoyens, les mesures les plus inquiétantes de ce texte sont celles visant à développer ces mesures de « techno-police », c'est-à-dire des formes de vidéosurveillance intelligentes via des capteurs thermiques, des capteurs d'odeur, des capteurs sonores, des capteurs d'images, des technologies de reconnaissance faciale, etc. Ces vidéosurveillances intelligentes peuvent être fixes mais aussi mobiles, par le biais de drones notamment. En effet, ces dispositifs portent atteinte à toutes sortes de libertés et notamment les libertés d'expression, de manifestation, d'aller et venir, le respect de la vie privée, etc. Parce que, lorsque l'on se sent épié, il est humain d'avoir tendance à s'autocensurer. Cette sur-prévention impacte chaque catégorie de la population, y compris les malades mentaux. En effet,

²²⁶ « Sécurité globale, de quel droit ? », film réalisé par Karine PARROT & Stéphane ELMADJIAN, AGITI Films : <https://vimeo.com/506052816>

²²⁷ Op. cit. Proposition de loi relative à la sécurité globale

si ces-derniers risquent parfois de porter atteinte à la sécurité publique (suivant la pathologie et ses répercussions psychologiques et physiques), les mesures de prévention seront plus facilement et immédiatement mises en œuvre, sans oublier d'éventuels abus des systèmes de surveillance chez des individus dont on sait qu'ils sont « imprévisibles ».

93. La loi du 25 mai 2021 pour une sécurité globale préservant les libertés a finalement été adoptée²²⁸. Elle vise principalement à renforcer la protection des forces de l'ordre, encadrer l'usage des technologies de surveillance et améliorer la coordination entre les acteurs de la sécurité publique et privée. Toutefois, en matière de gestion des risques liés aux malades psychiatriques, cette loi a également des implications indirectes en renforçant les dispositifs de sécurité et de contrôle, notamment en lien avec les patients présentant des troubles psychiatriques pouvant représenter un danger pour autrui²²⁹.

94. Si cette notion de « sécurité globale » brièvement expliquée ci-dessus, a vocation à rassurer les citoyens sur leur niveau de « protection » de leur personne, il n'en est pas moins inquiétant concernant un certain nombre de nos droits et liberté fondamentales. Dans ce contexte national d'hyper-sécurisation, il est fort à parier que cette même optique soit développée dans des espaces clos, y compris dans les hôpitaux psychiatriques.

Alors qu'en est-il de l'utilisation de caméra de vidéosurveillance dans les services ? de « casier patient »²³⁰ ?

Peut-on tout se permettre au profit de la sécurité publique ou, par extension, de l'ordre public ?²³¹

B. Sécurité et ordre public, deux notions étroitement liées

95. L'ordre public peut être considéré comme « l'ensemble des règles obligatoires qui touchent à l'organisation de la Nation, à l'économie, à la morale, à la santé, à la sécurité, à la paix publique, aux droits et aux libertés essentielles de chaque individu. Dans notre organisation judiciaire, les magistrats du Ministère Public sont précisément chargés de veiller au respect de ces règles, ce pourquoi ils disposent d'un pouvoir d'initiative et d'intervention. Nul ne peut déroger aux règles de l'ordre public²³², sauf le cas des personnes auxquelles elles s'appliquent, si ces règles n'ont été prises que dans leur intérêt et pour leur seule protection. »²³³

²²⁸ “Loi du 25 mai 2021 pour une sécurité globale préservant les libertés”, *Vie Publique*, 26 mai 2021,

²²⁹ Cf Partie III, Titre 1, Chapitre 1 de la présente thèse

²³⁰ Terme faisant référence et rapprochement avec celui de « casier judiciaire »

²³¹ Cf Partie I, Titre 2, Chapitre 1 de la présente thèse

²³² Article 6 du Code civil : « On ne peut déroger, par des conventions particulières, aux lois qui intéressent l'ordre public et les bonnes mœurs. »

²³³ Dictionnaire juridique en ligne ; <https://www.dictionnaire-juridique.com/definition/ordre-public.php>

96. En droit constitutionnel, le principe de garantie de la sécurité prend source dans le concept plus global de la sauvegarde de l'ordre public, qui se définit notamment par « *la sécurité des personnes et des biens* ». ²³⁴

En outre, la fiche « Libertés et ordre public » de 2003 du Conseil constitutionnel ²³⁵, « *la définition donnée de l'ordre public par le Conseil constitutionnel est très proche de celle utilisée en droit administratif français depuis plus de deux siècles. Elle recouvre “le bon ordre, la sécurité, la salubrité et la tranquillité publique”. En revanche, elle n'englobe pas, comme en matière administrative, “la dignité de la personne humaine”, pour la raison que ce principe dispose d'un fondement spécifique dans le Préambule de la Constitution de 1946.*

L'ordre public n'est explicitement mentionné qu'une fois dans nos textes constitutionnels. C'est l'article 11 de la Déclaration de 1789 : “Nul ne doit être inquiété pour ses opinions, même religieuses, pourvu que leur manifestation ne trouble pas l'ordre public établi par la loi”. (...) Le Conseil a donné un statut juridique à cette notion traditionnelle d'ordre public en faisant de sa sauvegarde un objectif de valeur constitutionnelle. »

97. Comme sus-démontré, la sécurité publique c'est avant tout la défense des libertés et des droits de tous les individus de la société, cela passe par le respect d'un ordre préétabli, dont l'objectif est de garantir les libertés publiques ainsi que la sécurité des personnes.

Quant à la notion d'ordre public, c'est un but ayant valeur constitutionnelle, dont la finalité est également le respect des libertés des citoyens.

En outre, sécurité et ordre public sont chacun soumis à l'autorité judiciaire, en ce sens que, si la répression pénale influence grandement le degré de sécurité public, elle est également un des piliers de l'ordre public, avec la prévention.

Lors d'un colloque sur l'ordre public datant des 17 et 18 Septembre 2015, organisé par l'Association française de philosophie du droit, Francis LAMY expliquait en tant qu'ancien préfet que lorsque l'on parle d'ordre public, on parle d'ordre public « *au sens de la sécurité publique, c'est-à-dire notamment de la sécurité sur la voie publique, mission quotidienne des services de police et de gendarmerie et première mission du préfet* ».

98. Lors d'une décision n°80-127 DC des 19 et 20 janvier 1981 sur la loi sécurité et liberté ²³⁶, le Conseil constitutionnel a considéré que la liberté individuelle et la liberté d'aller et venir peuvent être exercées si elles sont en conformité avec « *ce qui est nécessaire pour la*

²³⁴ Conseil constitutionnel, décision n°80-127 DC du 20 janvier 1981, Loi Sécurité et liberté, p. 15

²³⁵ Pierre Mazeaud, “Libertés et ordre public”, 2003, <https://www.conseil-constitutionnel.fr/les-membres/libertes-et-ordre-public>

²³⁶ Décision n° 80-127 DC du 20 janvier 1981, <https://www.conseil-constitutionnel.fr/les-decisions/decision-n-80-127-dc-du-20-janvier-1981-saisine-par-60-senateurs>

sauvegarde des fins d'intérêt général ayant valeur constitutionnelle », comme le maintien de l'ordre public et de la sécurité publique.

99. Cette même idée se retrouve dans la Conv.EDH– issue du Conseil de l'Europe en date du 4 novembre 1950 – en son article 10 : « 2. *L'exercice de ces libertés comportant des devoirs et des responsabilités peut être soumis à certaines formalités, conditions, restrictions ou sanctions prévues par la loi, qui constituent des mesures nécessaires, dans une société démocratique, à la sécurité nationale, à l'intégrité territoriale ou à la sûreté publique, à la défense de l'ordre et à la prévention du crime, à la protection de la santé ou de la morale, à la protection de la réputation ou des droits d'autrui, pour empêcher la divulgation d'informations confidentielles ou pour garantir l'autorité et l'impartialité du pouvoir judiciaire.* » Autrement dit, dans les cas précédemment évoqués à l'article 10 de la Conv.EDH, les libertés déterminées par ladite Convention peuvent être restreintes si besoin, pour le salut de l'ordre public, de la sécurité publique ou de la sûreté des citoyens.

100. En outre, différentes décisions de la CEDH ont permis à des auteurs comme Mustapha AFROUKH d'émettre l'hypothèse d'un droit à la sécurité des personnes dans le droit même de la Convention.²³⁷ En effet, les États membres n'ont pas seulement l'obligation de ne pas porter atteinte aux droits et libertés énumérés dans la Convention, mais aussi celle de permettre aux personnes d'en jouir de façon optimale. Par exemple, l'Etat a l'obligation de « *prendre les mesures nécessaires à la protection de la vie des personnes relevant de sa juridiction* », c'est-à-dire de prendre des mesures spécifiques si la vie d'un (ou plusieurs) individu est menacée par des actes délictuels ou criminels commis par un autre.²³⁸ Autre exemple de décision en ce sens, l'Etat doit mettre en place « *un cadre juridique et administratif propre à dissuader de commettre des atteintes contre la personne et s'appuyant sur un mécanisme d'application conçu pour en prévenir, réprimer et sanctionner les violations* ». ²³⁹ Si l'avis d'auteurs comme Mustapha AFROUKH reste théorique, la chambre criminelle de la Cour de cassation a également émis cette hypothèse de la reconnaissance d'un droit à la sécurité des personnes dans la Conv.EDH, en évoquant « *l'obligation pour les Etats d'assurer le droit à la sécurité des citoyens par la prévention des infractions et la recherche de leurs auteurs* ». ²⁴⁰ Mais, s'il est possible de porter atteinte aux libertés pour préserver l'ordre et la sécurité publique, « *il appartient au législateur d'opérer la conciliation nécessaire entre le respect des libertés et la sauvegarde de l'ordre public sans lequel l'exercice des libertés ne saurait être assuré* » ²⁴¹.

²³⁷ M. AFROUKH, « L'émergence d'un droit à la sécurité des personnes dans la jurisprudence de la Cour Européenne des Droits de l'Homme », chronique n°1, *RDP*, 2015

²³⁸ CEDH, décision n°14/1997/798/1001 du 9 juin 1998, L.C.B. / Royaume-Uni

²³⁹ CEDH, décision n°30812/07 du 14 juin 2011, Trévalec / Belgique

²⁴⁰ Cass. crim., décision n°17-82435 du 20 décembre 2017

²⁴¹ Conseil Constitutionnel, décision n° 85-187 DC du 25 janvier 1985, <https://www.conseil-constitutionnel.fr/decision/1985/85187DC.htm>

101. Si l'on s'en tient à cette brève analyse, la sécurité publique et l'ordre public sont deux éléments essentiels au maintien de la stabilité de la société et au bien-être de ses concitoyens. Dans la mesure où ils sont étroitement liés, ils doivent donc être protégés l'un comme l'autre. Porter atteinte à l'un des deux revient donc à s'exposer à des mesures exceptionnelles pour remédier à cette atteinte, que cela passe par restreindre momentanément nos droits et/ou nos libertés.

Mais qu'en est-il lorsque l'individu concerné n'est pas conscient de ses actes ? cette atteinte à ses droits et libertés peut-elle être justifiée surtout dans la durée si son état l'oblige ? Ces questions se posent directement dans le cadre des soins sans consentement, dans le cadre de l'hospitalisation dite « sous contrainte ». D'autant que, comme nous l'avons précédemment évoqué, la sécurité publique est devenue un enjeu politique et législatif majeur qui a conduit vers des mesures plus préventives que répressives, augmentant inévitablement le seuil d'exigence sécuritaire.

Paragraphe 2. L'extension de l'exigence de sécurité publique, du péril imminent à la simple prévention

102. Comment peut-on légitimement réduire une liberté fondamentale telle que la liberté d'aller et venir en psychiatrie sur le simple fondement de la sécurité publique ? Après tout, un seul individu atteint de maladie mentale (sauf à considérer qu'il ait accès à des armes particulièrement destructrices) peut-il mettre en danger cette sécurité ?

103. Un premier élément de réponse peut être retrouvé chez les différents penseurs du « contrat social » dont le précurseur est Thomas Hobbes²⁴². Il existe selon lui un point de départ à l'humanité ; « l'état de nature »²⁴³. C'est l'état primitif de l'être humain, un état sans aucune règle pour le diriger, aucun interdit pour le réguler. L'état de nature est effectivement l'état d'insécurité dont l'homme cherche à se défaire toute sa vie. Pour ce faire, il faut avant tout que sa sécurité soit assurée puisque, sans sécurité le maintien en vie n'est pas garanti. Et comme la fin justifie les moyens, cette sécurité peut être trouvée en aliénant les libertés individuelles si nécessaire. Or, dans la mesure où nous sommes tous anthropologiquement libres de faire ce que nous voulons, cela représente un danger certain pour notre survie. En effet, comme nous sommes tous – en principe - en capacité physique de nous faire mutuellement du mal, « jusqu'à ce que mort s'en suive » dans les cas les plus extrêmes, notre sécurité et notre vie sont continuellement en danger. La philosophie hobbesienne repose sur l'idée que, par instinct de survie, les hommes vont « contracter » ensemble, c'est-à-dire qu'ils vont s'engager

²⁴² J-M REYNAUD, « Le contrat social et la cohésion sociale au service de la démocratie », *Humanisme*, Avril 2011, n°294, p.48 à 52

²⁴³ T. HOBBS, *Léviathan*, 1651

mutuellement à ne pas commettre d'actes qu'ils ne voudraient pas subir eux-mêmes. C'est là la première des restrictions à la liberté ; nous nous l'imposons nous-même ! Toutefois, les Hommes ont consenti à cette restriction de liberté ; il semble donc difficile de parler de coercition. Les Hommes ont librement choisi de restreindre leur liberté pour assurer leur propre sécurité ; un mal pour un bien en quelque sorte. Toutefois, dans cette structuration la coercition peut être appliquée pour les personnes qui décident de ne pas respecter le contrat social. Par exemple (extrême bien sûr), celui qui tue un de ses congénères a décidé de jouir de sa liberté de tuer sans se préoccuper du contrat social qui a été passé entre tous les membres de la société²⁴⁴. Ainsi, la société peut décider de contraindre cette personne en réduisant sa liberté d'aller et venir, sans son consentement pour le punir de ne pas avoir respecté les normes. Dans cette optique, la prison a alors deux vocations : protéger la société des agissements de la personne déviante et l'éduquer pour qu'elle ne transgresse plus les normes sociales. Dans ce cas, c'est un acte volontairement déviant, en désaccord avec le contrat social qui est sanctionné. La restriction de la liberté d'aller et venir d'un individu est ainsi légitimée par un intérêt supérieur : celui de protéger la société d'une personne qui n'en respecte pas les normes²⁴⁵.

104. Toutefois, lorsqu'il s'agit de restreindre la liberté d'aller et venir d'une personne atteinte de troubles psychiques la question se pose bien différemment... Limiter un droit aussi fondamental que celui d'aller et venir n'a plus la même assise théorique. Il ne s'agit évidemment plus de punir un acte délibéré et volontaire qui transgresse une norme sociale, puisque l'on présuppose (du fait de notre conception de la liberté de l'individu résultant du siècle des lumières) que les personnes accueillies ne sont pas ou plus en capacité de vouloir de façon délibérée du fait de leur maladie. Le but de l'hospitalisation sans consentement n'est pas d'éduquer un individu mais plutôt – et avant tout - de le soigner. Il existe d'ailleurs un entre-deux, une méthode efficace pour responsabiliser le patient face à sa maladie, c'est l'« éducation thérapeutique » (ETP). Il s'agit d'aider « *les patients à gérer au mieux leur vie avec une maladie chronique. Elle (l'ETP) est un processus continu, qui fait partie intégrante et de façon permanente de la prise en charge du patient.* »²⁴⁶ Cependant, si cette méthode est utilisée dans le secteur psychiatrique, elle reste presque inutilisable dans les cas les plus sévères de maladie mentale, pour lesquels le patient n'est souvent pas conscient de son trouble et va jusqu'à considérer les traitements comme néfastes pour lui.

²⁴⁴ Brettschneider, Corey, 'Rights within the Social Contract: Rousseau on Punishment', in Austin Sarat, Lawrence Douglas, and Martha Merrill Umphrey (eds), *Law as Punishment / Law as Regulation* (Redwood City, CA, 2011; online edn, Stanford Scholarship Online, 20 June 2013), <https://doi.org/10.11126/stanford/9780804771702.003.0003>, accessed 3 Feb. 2025.

²⁴⁵ J-P. BRODEUR (1997). « Justice distributive et justice rétributive », *Philosophiques*, 24(1), 71–89. <https://doi.org/10.7202/027425ar>

²⁴⁶ «Éducation thérapeutique du patient (ETP)», HAS, mis en ligne le 19 Juin 2014, https://www.has-sante.fr/jcms/c_1241714/fr/education-therapeutique-du-patient-etp

105. Pour autant, obliger une personne à se soigner, n'est-ce pas contradictoire avec la notion même de liberté ? Sur quel fondement peut-on obliger une personne à aller mieux ? N'est-ce pas faire preuve de tyrannie que d'imposer à autrui une intention, aussi bienveillante soit-elle, alors qu'il la fuit ou qu'il en a peur ? La loi de mars 2002 renforce un peu plus le sentiment de tiraillement que peut ressentir le patient en psychiatrie contraint au soin – entre y consentir sans y croire (puisque'il n'a pas forcément conscience de son mal) et suivre sa volonté de refus des soins - en disposant : « *qu'aucun acte médical ni aucun traitement ne peut être pratiqué sans le consentement libre et éclairé de la personne et que ce consentement peut être retiré à tout moment* »²⁴⁷.

106. Ainsi, le soin est l'objectif évident de l'hospitalisation, mais pour que celle sans consentement soit légitime il est nécessaire qu'elle protège un autre intérêt supérieur : en l'occurrence, la sécurité du patient et celle des autres, autrement dit la sécurité publique. Finalement, réduire la liberté d'aller et venir d'un individu est légitimé par la protection de la sécurité de tous, comme l'avait bien identifié Hobbes, que celle-ci soit mise en danger par une intention délibérée de nuire ou qu'elle résulte d'une maladie, là n'est finalement pas la question. Ainsi, dès la loi du 30 juin 1838²⁴⁸, une distinction fondamentale était réalisée entre les patients ne refusant pas les soins, souvent non dangereux pour les autres,²⁴⁹ et ceux refusant également d'être soignés mais présentant un danger potentiel pour eux-même ou autrui. Pour ces derniers, la solution du Placement d'Office répondait à la nécessité de sauvegarder l'ordre public et la sûreté des personnes.²⁵⁰

107. En psychiatrie, il est donc possible de limiter la liberté d'aller et venir d'un individu à condition que son état représente un danger pour les autres, mais également pour lui-même. En effet, dans notre paradigme nous considérons qu'il est du devoir de chacun de protéger la communauté mais aussi qu'il est du devoir de la communauté de protéger l'individu. C'est ainsi que des cas de figure bien spécifiques ont été établis dans la loi pour tenter d'atteindre cet objectif ambitieux, comme la notion de « péril imminent » (A) ou encore le renforcement des mesures de prévention de la sécurité publique (B).

A. Assurer la sécurité publique en cas de péril imminent

²⁴⁷ Article L. 1111- 4 du CSP

²⁴⁸ Loi Esquirol du 30 juin 1838, <https://psychiatrie.crpa.asso.fr/1838-06-30-Loi-Esquirol-sur-les-alienes-du-30-juin-1838>

²⁴⁹ Loi Esquirol sur les aliénés du 30 juin 1838, Titre II, Section 1^{er}

²⁵⁰ Ibid, Titre II, Section II, Article 18 : « *À Paris, le préfet de police, et, dans les départements, les préfets ordonneront d'office le placement, dans un établissement d'aliénés, de toute personne interdite, ou non interdite, dont l'état d'aliénation compromettrait l'ordre public ou la sûreté des personnes.* »

108. Le « péril imminent », en médecine et en l'occurrence en psychiatrie, implique l'« *immédiateté du danger pour la santé ou la vie du patient* »²⁵¹.

Plus précisément, avant la réforme majeure de la psychiatrie apportée par les lois du 5 juillet 2011 et 27 septembre 2013, hospitalisé un patient sans son consentement – sous certaines conditions bien sur²⁵² - n'étant possible que par le biais de l'hospitalisation d'office ou par l'hospitalisation à la demande d'un tiers. Lesdites réformes ont élargi ces possibilités. Désormais, les soins sous contrainte ne se limitent plus aux deux cas de figure précédemment cités ; une nouvelle catégorie voit le jour, concernant un panel plus large de soins psychiatriques, afin de garantir l'intérêt du patient tout en garantissant la sécurité publique au maximum (du moins théoriquement). Il s'agit des soins en cas de péril imminent, définies à l'article L. 3212 du Code de la santé publique : « *II. Le directeur de l'établissement prononce la décision d'admission : 1° (...)*²⁵³ ; 2° *Soit lorsqu'il s'avère impossible d'obtenir une demande dans les conditions prévues au 1° du présent II et qu'il existe, à la date d'admission, un péril imminent pour la santé de la personne, dûment constaté par un certificat médical établi dans les conditions prévues au troisième alinéa du même 1°. Ce certificat constate l'état mental de la personne malade, indique les caractéristiques de sa maladie et la nécessité de recevoir des soins. (...)* »²⁵⁴

C'est ainsi que le ministère des solidarités et de la santé sur son site internet évoque clairement la nécessité de pallier à une situation de « péril imminent » de la manière suivante : « *En cas d'urgence et de risque grave d'atteinte à l'intégrité du malade et s'il est impossible de recueillir une demande de tiers, le directeur de l'établissement peut prononcer une admission à l'appui d'un seul certificat médical attestant de ce péril, rédigé par un médecin n'exerçant pas dans l'établissement d'accueil et datant de moins de 15 jours.* »²⁵⁵

109. Mais, si cette évolution du droit, visant à prévoir une solution d'internement sans le consentement du patient, est bénéfique pour certains professionnels, notamment pour des soignants (qui se retrouvaient parfois dans l'obligation de laisser repartir un patient dangereux pour lui-même ou les autres, faute de solution administrative facilitant son hospitalisation) comme le Dr Jean CANTERINO, psychiatre lyonnais, elle peut également apparaître comme

²⁵¹ A. MONDOLONI, « Le péril imminent dans la loi du 5 juillet 2011 : quelles implications sur les soins ? », *L'Encéphale*, décembre 2014, volume 40, issue 4, p. 468-473 ; GOBILLOT C., CLAUDEL H., « Admission en soins psychiatriques en cas de péril imminent (SPPI) : une solution de facilité ? Étude descriptive rétrospective réalisée aux urgences du Centre hospitalier Le Vinatier », *L'information psychiatrique*, 2015, 91(4), 339-347. <https://doi.org/10.1684/ipe.2015.1338>.

²⁵² Cf Partie I, Titre 2, Chapitre 1 de la présente thèse.

²⁵³ Conditions classiques d'admission précédemment citées dans le paragraphe et explicitées en Partie I, Titre 2, Chapitre 1 de la présente thèse

²⁵⁴ HAS, Recommandations pour la pratique clinique, Modalités de prise de décision concernant l'indication en urgence d'une hospitalisation sans consentement d'une personne présentant des troubles mentaux., 2005.

²⁵⁵ « Les droits des patients en psychiatrie », Santé.gouv, publié le 08 Janvier 2021 et mis à jour le 21 Mai 2021 : <https://solidarites-sante.gouv.fr/prevention-en-sante/sante-mentale/prevention-informations-et-droits/article/les-droits-des-patients-en-psychiatrie>

dangereuse car trop « facile » d'utilisation. En ce sens, Maître Gilles DEVERS²⁵⁶ considère que « le dérapage est majeur depuis la Loi « Sarkozy » de 2017 ; le concept de soin sans consentement s'est répandu en toute normalité. Il s'agit d'une dérive puisque le soin sans consentement ne devrait pas exister juridiquement ; cela n'a pas de sens, hormis dans le cas d'une urgence vitale.

Peut-on considérer que la psychiatrie peut, de temps en temps, être une urgence vitale, pour le patient ou pour son entourage ? Pourquoi pas, mais certainement pas dans de telles ampleurs. Le péril imminent est une notion bien trop vague, bien trop large pour pouvoir l'employer sérieusement comme motif décisionnel concernant l'internement ou non d'une personne, d'un être humain. Et pourtant, c'est ce que l'on fait, ni plus ni moins ! »

Alors, entre sécurité publique et droit du patient, la balance pencherait-elle du côté collectif ?

B. Psychiatrie et sécurité publique, la prévention avant tout ?

110. Comme l'a exprimé le Docteur LAMOTHE, psychiatre lyonnais, lors d'un entretien accordé par ce dernier, l'enjeu de taille est de trouver le juste équilibre entre assurer la sécurité et préserver la liberté. Selon lui pour traiter cette question, suivre la règle d'or donné par l'éthique selon laquelle : « *Il ne faut pas faire à autrui ce que tu n'aimerais pas qu'il te fasse* »²⁵⁷ devrait suffire pour répondre justement à chaque situation qui se pose aux professionnels, mais ce n'est pas le cas. Les professionnels ont besoin de plus d'encadrement pour savoir comment agir vertueusement. Toutefois selon ce même praticien, nous devrions néanmoins chercher à faire des « lois de sens » au lieu de multiplier les règles.

En effet, de 1838 à 1990 aucune loi n'a formalisé un quelconque changement dans les normes applicables aux soins sans consentement. Même s'il serait de mauvaise foi de notre part de prétendre qu'aucun texte n'est venu accompagner l'évolution des pratiques, nous pouvons tout de même nous accorder sur un constat : les règles étaient conçues avec la réflexion et le recul que la lenteur permet. Depuis 1990 il y a une multiplication des lois encadrant les soins psychiatriques. Selon André BITTON²⁵⁸, la loi de 1990 a introduit des droits incompressibles à la personne hospitalisée comme l'information sur les droits et les démarches juridiques obligatoires mais pour le reste elle s'est contentée de moderniser la vieille loi de 1838. Il n'y a

²⁵⁶ Maître DEVERS est infirmier à l'origine et avocat depuis 1985 ; il exerce une grande partie de son activité juridique dans la santé et en particulier en psychiatrie. Il a d'ailleurs été pendant plusieurs années l'avocat de la Fédération des Associations Psychiatriques : extrait de son entretien, cf Annexe 23

²⁵⁷ Dr LAMOTHE sur la question d'une loi de sens concernant la gestion de la liberté d'aller et venir des patients en psychiatrie : « *L'essai perpétuel de créer une loi de sens pour contrôler et restreindre le recours à l'isolement et la contention entraîne une multiplicité des lois qui complexifie les procédures en psychiatrie, là où le décalogue devrait suffire. « Rabi apprend moi la loi. Combien de temps tu me donne ? Le temps que je peux rester sur un pied. C'est largement suffisant ! Va et ne fais pas à autrui ce que tu ne veux pas que l'on te fasse. »* », cf Annexe 30

²⁵⁸ A. BITTON, « Psychiatrie et loi française », *Mediapart*, 14 mai 2017. <https://blogs.mediapart.fr/edition/contes-de-la-folie-ordinaire/article/140517/psychiatrie-la-loi-francaise-et-la-defense-des-usagers>. Consulté le 10 janvier 2020.

pas eu de grandes réformes structurelles du cadre de la psychiatrie et de sa judiciarisation. Ce constat semble expliquer la multiplication normative postérieure de ce secteur. Dès 1993, la circulaire Veil rappelle l'esprit de la loi réalisée 3 ans plus tôt, ce que va également faire la loi de 2002. Puis suite à une QPC, la loi de 1990 est largement modifiée le 5 mars 2011. Trois mesures particulièrement structurantes sont introduites : un contrôle systématique des hospitalisations à temps complet par le juge des libertés et de la détention (JLD), une période d'observation et les programmes de soins sans consentement. Puis, deux ans plus tard, suite à une QPC, en mars 2013, cette loi est retravaillée car initialement mal rédigée. Enfin, en 2016, la loi de modernisation du système de santé a réglementé la question des pratiques particulières liberticides que sont l'isolement et la contention. Cette multiplication des lois qualifiées de « ping-pong » par le Dr LAMOTHE témoigne bien de la difficulté à formaliser une « loi de sens » qui trouve le juste équilibre entre préserver la liberté d'aller et venir des personnes et assurer la sécurité de tous.

111. Depuis les années 1970, le secteur de la psychiatrie s'engageait dans une optique de « désinstitutionalisation » pour favoriser la sortie et la réinsertion des malades, plutôt que leur enfermement à long terme. On rappelle que cet objectif résultait principalement du mouvement antipsychiatrie développé plus haut dans cette introduction. Les soignants avaient, en effet, reconnu l'impact négatif de l'enfermement, notamment sur la sociabilité des internés. Des structures mieux adaptées à des catégories de patients plus « légers » ont alors commencé à voir le jour, comme les centres médico-psychologiques²⁵⁹.

La noblesse de l'antipsychiatrie – la déstigmatisation des malades mentaux et la recherche de leur bien-être – a cependant eu des effets néfastes... pour la société. Deux drames majeurs sont venus fragiliser ce bel équilibre. A Pau, en 2004, un patient atteint de schizophrénie a attaqué brutalement et mortellement une infirmière et une aide-soignante de l'hôpital au sein duquel il était interné mais où ses soins avaient été négligés. Puis, en 2008, à Grenoble, un patient en permission de sortie a poignarder « gratuitement » un jeune homme en pleine rue, entraînant la mort de ce-dernier. Ces deux évènements tragiques ont mis en évidence l'absence évidente du risque zéro dans le milieu psychiatrique plus que dans n'importe quel autre contexte. C'est dans ce contexte que le Président SARKOZY a prononcé un discours accablant à l'encontre du fonctionnement des hôpitaux psychiatriques d'un point de vue sécuritaire²⁶⁰. C'est le début d'une série de réformes, notamment les lois de 2011 et 2013 précédemment citées, visant à complexifier les conditions de sortie des internés et renforcer drastiquement la sécurité hospitalière²⁶¹.

²⁵⁹ C. PRIEUR, « Réforme de la psychiatrie, le grand enfermement », *Le Monde*, 29/03/2011

²⁶⁰ « Déclaration de M. Nicolas Sarkozy, Président de la République, sur la réforme de l'hôpital psychiatrique, notamment la prise en charge des patients à risque, à Antony le 2 décembre 2008. », texte intégral sur viepublique.fr, prononcé le 02/12/2008

²⁶¹ C. PRIEUR, « Le président de la République engage l'hôpital psychiatrique dans un tournant sécuritaire », *Le Monde*, 03/12/2008

112. Dès 2009, les hôpitaux psychiatriques ont donc progressivement refermé leurs portes. Pour ce faire, 70 millions d'euros ont été fournis cette même année pour construire ou restaurer les enceintes de ces bâtiments, pour créer de nouvelles unités fermées – y compris des chambres d'isolement – et renforcer les moyens de surveillance et de sécurité (portes automatiques, vidéosurveillance, etc.). En outre, depuis la circulaire du 11 Janvier 2010, les préfets doivent s'assurer « *de la compatibilité de la mesure de sortie avec les impératifs d'ordre et de sécurité publics* » ; pour cela, un avis complémentaire émanant des services de police ou de gendarmerie était rendu nécessaire par cette réforme de l'hyper-sécurité²⁶².

C'est ainsi que, dans un avis publié le 20 Mars 2011, le Contrôleur général des lieux de privation de liberté de l'époque, Jean-Marie DELARUE²⁶³, constatait une baisse importante des mesures de levées d'internement d'office ; selon ses écrits, le patient est considéré comme « *aussi dangereux pour lui-même ou autrui qu'au jour de son hospitalisation* » et, de fait, « *des personnes dont l'état, attesté par les médecins, ne justifie pas qu'elles y soient maintenues contre leur gré* ». Le constat est tel que Jean-Marie DELARUE s'inquiète du manque de place dans les hôpitaux psychiatriques, au détriment de patients qui en auraient, eux, vraiment besoin. Le degré de fermeture, de cloisonnement, de ces hôpitaux était également alarmant selon le Contrôleur général des lieux de privation de liberté ; « *nombre croissant d'unités hospitalières sont aujourd'hui fermées à clé* ».

Cette circulaire ministérielle du 11 janvier 2010 portait donc manifestement atteinte à bon nombre de droits fondamentaux du patient, et particulièrement à sa liberté d'aller et venir puisqu'il s'agissait de restreindre drastiquement les sorties d'essai pour les patients hospitalisés d'office. C'est pourquoi, dès sa parution, de nombreuses organisations se sont insurgées contre ce texte, notamment le Groupe Information Asile (GIA), le Comité d'action syndicale de la psychiatrie (CASP), ou encore le Syndicat des Psychiatres des Hôpitaux (SPH). En l'occurrence, ces trois organisations ont effectué - chacune sans aucun accord passé avec les autres - une requête en annulation à l'encontre de ladite circulaire, devant le Conseil d'État²⁶⁴. Finalement, le GIA, le CASP et le SPH obtiennent gain de cause par un arrêt du Conseil d'Etat du 30 Septembre 2011, n°337334 : « *Article 1^{er} : La circulaire du 11 janvier 2010 du ministre de l'intérieur, de l'outre-mer et des collectivités territoriales et du ministre de la santé et des*

²⁶² B. DURAND, « Soins psychiatriques : le retour de la contrainte et de la stigmatisation », *Les Tribunes de la santé*, 2011, n° 32(3), 43-54. <https://doi.org/10.3917/seve.032.0043>.

²⁶³ Haut fonctionnaire français, Contrôleur général des lieux de privation de liberté entre 2008 et 2014, conseiller d'Etat puis président de la Commission nationale consultative des droits de l'homme entre le 10 Avril et le 31 Octobre 2019.

²⁶⁴ CRPA, « 2011-09-30 Le Conseil d'État annule la circulaire du 11 janvier 2010 qui restreignait les sorties d'essai des H.O. », 30/08/2020, <https://psychiatrie.crpa.asso.fr/2011-09-30-Le-Conseil-d-Etat-annule-la-circulaire-du-11-janvier-2010-qui-restreignait-les-sorties-d-essai-des-H-O>

sports relative aux modalités d'application de l'article L. 3211-11 du code de la santé publique relatif aux sorties d'essai dans le cadre d'une hospitalisation d'office est annulée »²⁶⁵

Cet arrêt redonne enfin un peu de « laxité » aux soignants, et surtout de l'autonomie aux psychiatres dans leurs prises de décision concernant leurs patients. Cependant, les psychiatres restent très dépendants de la direction hospitalière, qui elle-même se calle sur les désidératas de l'Agence Régionale de Santé (ARS) compétente. Sachant que les ARS sont placés sous le contrôle du Ministère de la santé, notamment par le biais de la loi Hôpital, patients, santé et territoire (HPST) dans le cas de la psychiatrie, il est évident que cette autonomie retrouvée reste très limitée. Cette forme d'oppression réglementaire qui pèse sur les psychiatres explique sans doute leur mobilisation majeure à l'encontre des projets de réforme de l'hospitalisation sans consentement entre 2010 et 2011, ayant débouché sur la réforme du 5 Juillet 2011. Les citoyens concernés par cette réforme étaient évidemment en désaccord avec cette-dernière et se sont alliés aux praticiens ; médecins et patients étaient unis dans un même « combat » contre une réforme sécuritaire plus que dans une optique de soin.

Paragraphe 3. Liberté d'aller et venir et sécurité publique, une conciliation aux enjeux permanents

113. A l'échelle de l'histoire de la psychiatrie, telle que décrite précédemment, l'enjeu de sécurité publique semble avoir largement primé sur la reconnaissance et le respect des droits du patient, et plus particulièrement de son droit au respect de sa liberté d'aller et venir. En effet, une pleine liberté d'aller et venir pour le patient psychiatre implique de prendre le risque que ce-dernier soit un danger pour lui-même ou pour autrui (à condition que son trouble rende possible des passages à l'acte dangereux, bien sur).

De fait, à partir du moment où les droits des patients ont été établis et ont dû être appliqués, par principe, le secteur psychiatrique a sans doute été le plus éprouvé par cette évolution. En effet, laisser sa liberté d'aller et venir - ou du moins le plus possible - à un malade psychiatrique (services ouverts par exemples), c'est prendre le risque d'une tentative de fugue, ou encore le risque d'un passage à l'acte dangereux pour lui-même ou les autres. Dans les autres spécialités médicales, le patient est libre de sortir, mais sous couvert de la signature d'une décharge (si contre avis médical), et n'engage en principe que sa propre santé, en connaissance de causes, ce qui n'est pas le cas en psychiatrie.

« C'est un élément qui est très important mais avec toujours une particularité en psychiatrie ; on pose parfois des diagnostics complexes. Tout n'est pas blanc ou noir ; parfois on tatonne, le diagnostic n'est pas forcément juste immédiatement », souligne Violaine FAURE, directrice de la Clinique de santé mentale de Mauron les Bains.²⁶⁶

²⁶⁵ CE, 1^{ère} et 6^{ème} sous-sections réunies, 30 septembre 2011, n°337334, <https://www.legifrance.gouv.fr/ceta/id/CETATEXT000024615273/>

²⁶⁶ Extrait d'un entretien réalisé avec Madame Violaine FAURE, cf Annexe 27

De plus, comme l'évoque Madame Justine AUBRIOT, juge des libertés et de la détention, la sécurité publique revêt un caractère particulier en psychiatrie puisqu'il s'agit de « *prévenir les agressions et violences* » qui sont d'autant plus imprévisibles qu'elles sont le résultat d'un trouble mental, d'une maladie (contrairement à certaines formes de violences urbaines par exemples, qu'il est possible de limiter et/ou de prévenir). Elle rappelle également qu'« *en psychiatrie, il faut surtout essayer de protéger l'individu de lui-même, sans oublier de protéger les tiers... Le psychiatrique se porte atteinte à lui-même et/ou aux autres. La sécurité publique dans le contexte de tous les jours n'implique pas, en principe, de protéger les citoyens contre eux- même.* »²⁶⁷

114. L'encadrement de la privation de liberté d'aller et venir en psychiatrie pour garantir la sécurité publique varie considérablement selon les pays, en fonction de leur histoire juridique, de leur conception des droits fondamentaux et de leur approche des soins psychiatriques. Le droit comparé, bien qu'essentiel à la compréhension des différentes approches en matière de privation de liberté en psychiatrie, ne sera pas développé dans cette introduction. Ce choix est motivé par le fait que l'analyse comparée fera l'objet d'un traitement spécifique et approfondi dans la dernière partie de cette thèse, où seront étudiés les modèles étrangers les plus significatifs, afin d'enrichir la réflexion critique sur le système français. Il est cependant intéressant d'en ériger un rapide aperçu. Si le modèle français repose sur une logique de soins sous contrainte régulée par la loi et contrôlée par le juge, d'autres systèmes privilégient des approches plus ouvertes, voire des alternatives à l'hospitalisation forcée²⁶⁸. Au Royaume-Uni, le Mental Health Act 1983²⁶⁹, modifié en 2007, encadre de manière très stricte les hospitalisations sans consentement. Contrairement à la France, où le juge intervient principalement en aval (via le Juge des Libertés et de la Détention), le système britannique prévoit un examen psychiatrique collégial préalable, avec l'avis de plusieurs experts indépendants avant toute admission sous contrainte. De plus, le Tribunal des Affaires Mentales (Mental Health Tribunal)²⁷⁰ permet aux patients contestataires de demander un réexamen de leur situation à intervalles réguliers, limitant ainsi les risques de privation abusive de liberté. Les pays nordiques, en particulier la Finlande et la Norvège, ont adopté des modèles psychiatriques beaucoup plus respectueux des libertés individuelles. Le modèle Open Dialogue, développé en Finlande, repose sur l'idée que les patients en crise doivent être pris en charge sans hospitalisation forcée dans la mesure du possible. Ce modèle privilégie une prise en charge communautaire, où l'entourage du patient est activement impliqué dans le processus de soins.

²⁶⁷ Extrait d'un entretien réalisé avec la JLD, Madame Justine AUBRIOT, au Tribunal d'Instance de Lyon, cf Annexe 36

²⁶⁸ Cf Partie III, Titre 2, Chapitre 1 de la présente thèse

²⁶⁹ UK Government, Mental Health Act 1983, modifié en 2007

²⁷⁰ House of Lords, UK, Case R. (H) v. Mental Health Review Tribunal

Une étude menée par Seikkula et al.²⁷¹ montre que ce modèle réduit considérablement le recours aux hospitalisations sous contrainte et aux traitements médicamenteux à long terme.

Aux États-Unis, la psychiatrie repose sur une approche très différente, influencée par le principe de liberté individuelle absolue et la méfiance envers l'intervention de l'État. Depuis les grandes réformes de désinstitutionnalisation des années 1970-1980, la majorité des patients psychiatriques graves ne sont plus hospitalisés, faute de structures adaptées. L'hospitalisation sous contrainte est extrêmement difficile à obtenir, sauf en cas de danger imminent avéré²⁷². En conséquence, de nombreux patients se retrouvent sans prise en charge, livrés à eux-mêmes dans l'espace public, et une part importante de la population sans-abri souffre de troubles psychiatriques sévères²⁷³. Ce modèle met en évidence les limites d'une approche trop libérale, où le refus de soins sous contrainte aboutit paradoxalement à une plus grande vulnérabilité des patients. La France se situe dans une position intermédiaire, entre le modèle britannique, plus encadré juridiquement, et le modèle nordique, plus axé sur l'accompagnement en milieu ouvert. L'évolution récente du droit français, notamment avec la loi du 21 janvier 2022, marque une tendance à un renforcement des garanties procédurales, mais sans remettre en cause la logique même des soins sous contrainte. Cette courte étude met en évidence les enjeux politiques et culturels qui influencent la place accordée à la liberté d'aller et venir en psychiatrie. L'analyse comparée²⁷⁴ permettra d'éclairer les tensions du modèle français à la lumière d'autres constructions juridiques et éthico-politiques. Car comme le rappelle Isaiah Berlin, dans sa célèbre distinction entre liberté « positive » et liberté « négative »²⁷⁵, les systèmes juridiques diffèrent fondamentalement dans la manière dont ils conçoivent l'autorité légitime et le rôle de l'État dans la protection des individus contre eux-mêmes. Certains États valorisent la liberté comme non-ingérence, d'autres comme autonomie garantie par la puissance publique – deux conceptions qui influencent profondément la légitimation de l'enfermement psychiatrique. En outre, Hannah Arendt insiste sur le fait que la liberté ne peut être pleinement comprise sans un espace public de pluralité et de débat²⁷⁶. Le recours à l'isolement psychiatrique, lorsqu'il prive un individu de son accès à l'espace social, interroge non seulement sur la sécurité, mais aussi sur la conception même du sujet politique. Ainsi, la comparaison avec des systèmes juridiques reposant sur des philosophies politiques différentes – par exemple les modèles nordiques, plus contractualistes, ou certains modèles autoritaires à logique utilitariste – permet de mettre en perspective les choix normatifs du droit français en matière de soins sous contrainte. Le modèle

²⁷¹ SEIKKULA J., ALAKARE B. & AALTONEN J. The comprehensive open-dialogue approach (II). Long-term stability of acute psychosis outcomes in advanced community care: The Western Lapland Project, 2011

²⁷² US Supreme Court, O'Connor v. Donaldson, 422 U.S. 563 (1975)

²⁷³ APPELBAUM, P. S.. "The Insanity Offense: How America's Failure to Treat the Seriously Mentally Ill Endangers Its Citizens". *American Journal of Psychiatry*, 2008, 165(11), 1493-1494. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2008.08060938>

²⁷⁴ Une approche de droit comparé sera développée et approfondie en Partie III de la présente thèse

²⁷⁵ I. BERLIN, "Two Concepts of Liberty.", 1958, in I. BERLIN, *Four Essays on Liberty*, Oxford: Oxford University Press, 1969.

²⁷⁶ H. ARENDT, *La crise de la culture*, 1972, ed traduit de l'anglais par P. LÉVY, Gallimard, 1989.

français devrait-il renforcer le cadre juridique des hospitalisations sous contrainte, comme en Angleterre ? Ou devrait-il, au contraire, s'inspirer des modèles nordiques et encourager des alternatives non coercitives ?

115. Concilier sécurité publique et liberté d'aller et venir reste donc un enjeu qui continue aujourd'hui de poser question : en France également.

En effet, récemment encore, le Conseil constitutionnel a revu à la hausse l'éventail des contrôles des soins sans consentement exercés par le juge des libertés et de la détention (JLD)²⁷⁷. Effectivement, suite à des débordements constatés concernant l'abus des mesures d'isolement et de contention, une QPC du 19 Juin 2020 a étendu le pouvoir du JLD en la matière, afin de vérifier que les procédures d'isolement et de contention sont bien respectés et que les droits des patients ne sont pas disproportionnément impactés.²⁷⁸ L'idée est de garantir au maximum la liberté d'aller et venir du patient (autant que faire se peut, dans des services d'hospitalisation sans consentement, ou en unité pour malade difficile, c'est-à-dire en limitant l'entrave de cette liberté). La tendance serait donc au renforcement des droits des patients, dans la suite des contrôles du JLD concernant l'hospitalisation sous contrainte en elle-même²⁷⁹.

116. Cependant, malgré toutes les mesures législatives et réglementaires précédemment évoquées pour aplanir le fossé qui s'était creusé au fil des siècles entre la psychiatrie et les autres disciplines médicales, la psychiatrie (adulte et infanto-juvénile) reste considérée comme une discipline médicale particulière. Certes, le terme de « fléau social » n'est plus utilisé pour la qualifier, pourtant elle demeure l'unique discipline à faire toujours l'objet de mesures particulières dans le code de santé publique²⁸⁰, tout comme l'alcoolisme et les diverses formes de toxicomanie.

117. En outre, un autre élément est à considérer dans la quête de conciliation sécurité publique et liberté d'aller et venir. La réduction des places dans les hôpitaux psychiatriques et les diminutions budgétaires qui ont eu cours à partir de 1990, complexifie la tâche en apportant des considérations d'ordre économique. Le rapport Larcher²⁸¹ nous apporte une vision globale sur ce point. En effet, entre 1992 et 2006, par exemple, « la réduction est de 31 000 lits en psychiatrie (soit -35%) »²⁸².

²⁷⁷ INSTRUCTION N° DGOS/R4/2022/85 du 29 mars 2022 relative au cadre juridique des mesures d'isolement et de contention en psychiatrie et à la politique de réduction du recours aux pratiques d'isolement et de contention

²⁷⁸ Décision n° 2020-844 QPC du 19 juin 2020 : https://www.conseil-constitutionnel.fr/sites/default/files/as/root/bank_mm/decisions/2020844qpc/2020844qpc.pdf

²⁷⁹ Cf Partie I, Titre 2, Chapitre 1 de la présente thèse

²⁸⁰ CSP : Titre 1er (Modalités de soins psychiatriques), du livre II (Lutte contre les maladies mentales) de la 3e partie (lutte contre les maladies et dépendances), Chapitre II et III

²⁸¹ G. LARCHER, Rapport de la commission de concertation sur les missions de l'hôpital, 2008, www.social-sante.gouv.fr

²⁸² Cf Annexe 2

118. Il n'est donc plus à démontrer que la conciliation entre sécurité publique et droit du patient, en particulier le respect de sa liberté d'aller et venir, est un enjeu majeur du secteur psychiatrique. Cela dit, n'oublions pas que tous les malades psychiatriques ne raisonnent pas comme une personne « saine d'esprit ». Leur perception de la liberté d'aller et venir, de même que celle de la sécurité est bien différente de la nôtre, ce qui complexifie considérablement le débat. Un débat qui les concerne avant tout.

En ce sens, Marie-France CALLU²⁸³ a résumé à merveille l'enjeu de ce sujet qui alimente cette thèse : « *La psychiatrie c'est de la haute couture : le point suivant peut être différent du précédent parce que le tissu sera plus fragile. Aujourd'hui, il y a un changement de rapport au patient qui est phénoménal, positif et de plus en plus tourné vers l'éthique et l'humain. Il y a une volonté de donner au patient plus d'autonomie au sens éthique du terme, ce qui engendre plus de libertés au sens juridique. Il faut également avoir conscience que la liberté d'aller et venir est très différente pour les patients en psychiatrie. Certains ont peur d'une partie de leur lit et se cantonnent à celle qui les rassure ; ils s'auto contraignent, restreignent eux-mêmes leur espace. Favoriser leur liberté d'aller et venir, ce peut être dans ce cas les aider à ne plus avoir peur de l'autre partie du lit pour qu'ils retrouvent un espace agréable et sûr.* »

Ainsi, cette réflexion nous amènera à retracer l'évolution de la prise en charge psychiatrique et des droits du patient, marquée par une transformation progressive des pratiques et des mentalités (Partie I). Toutefois, cette évolution demeure profondément influencée par les impératifs de sécurité publique, qui encadrent et limitent la liberté d'aller et venir des patients en psychiatrie, parfois jusqu'à son abolition totale dans certaines situations (Partie II). Enfin, face à ces tensions, une réflexion sur l'équilibre entre respect des droits du patient et exigences sécuritaires s'impose, interrogeant les perspectives d'amélioration du système français à la lumière d'expériences étrangères et de réformes envisageables (Partie III).

²⁸³ Docteur en droit, maître de conférence à l'Université de Lyon (médecine et droit), membre de plusieurs comités d'éthique, parmi lesquels « Espace éthique régional Auvergne-Rhône-Alpes » (régional), « l'APF France-Handicap » et « l'APAGE » (nationaux) ; Extrait de son entretien, cf Annexe 38

PARTIE I. L'ATTEINTE GRADUELLE À LA LIBERTÉ D'ALLER ET VENIR EN PSYCHIATRIE : UN RISQUE INÉVITABLE

119. Afin de garantir au maximum les droits des patients, notamment en psychiatrie, deux lois sont venues clarifier les principes fondamentaux des droits des malades développés par la loi du 4 mars 2002.

La première est la loi 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*, laquelle a réformé l'accès aux soins psychiatriques.²⁸⁴ En effet, elle réaffirme d'abord la règle du consentement aux soins, par principe, faisant des soins sans consentement l'exception. Elle a également permis de mettre en place la période d'observation de 72 heures précédant la décision d'hospitalisation sans consentement ou non, ainsi qu'un examen somatique durant les premières 24 heures de ce laps de temps, afin d'écartier tout risque de passer à côté d'un diagnostic autre que celui de la maladie mentale.²⁸⁵ Cette même loi a également introduit une diversité de soins sans consentement, au-delà de l'hospitalisation complète : soins en ambulatoire, soins à domicile, consultations régulières, etc. Cette diversification a permis d'élargir le choix et les possibilités de soins pour qu'ils soient toujours plus adaptés au malade. La procédure d'urgence reste néanmoins maintenue. Cette loi instaure surtout un nouveau contrôle concernant les hospitalisations sans consentement, le contrôle systématique par un Juge des Libertés et de la Détention (JLD). Enfin et surtout, la loi de 2011 nomme clairement les différents modes d'hospitalisation que sont l'hospitalisation libre, l'hospitalisation à la demande d'un tiers et l'hospitalisation d'office (à la demande d'un représentant de l'État).

Mais cette loi de 2011 s'était avérée lacunaire concernant les modalités de placement des individus atteintes de trouble mental ayant commis au même moment des infractions pénales, mais aussi celles des individus admis en unité pour malade difficile (UMD), ainsi que les précision et qualité des définitions des formes de soins psychiatriques sans consentement, sans oublier le défaut de rationalisation des certificats médicaux et de notifications des droits et de décisions (dans l'établissement) durant la période de soins sous contrainte. Si la loi de 2011 a

²⁸⁴ 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, publiée au JORF n°0155 du 06 Juillet 2011, <https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000024312722/>; Alexandre BOT, « De l'utilisation du terme péril imminent dans la pratique. Réflexions et implications concernant le terme péril imminent. », Thèse de doctorat en médecine, Université de Lille, 2021.

²⁸⁵ 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, Titre I, Article 1, I, 5° : « (...) *Dans les soixante-douze heures suivant l'admission, un nouveau certificat médical est établi dans les mêmes conditions que celles prévues au deuxième alinéa du présent article.*

*Lorsque les deux certificats médicaux ont conclu à la nécessité de maintenir les soins psychiatriques, un psychiatre de l'établissement d'accueil propose dans un avis motivé, établi avant l'expiration du délai de soixante-douze heures mentionné au troisième alinéa du présent article, la forme de la prise en charge mentionnée aux 1° et 2° de l'article L. 3211-2-1 et, le cas échéant, le programme de soins. (...) » ; R. HOLCMAN, *Management hospitalier : Manuel de gouvernance et de droit hospitalier*, 2015, (2e ed.). Dunod, 800 p.*

introduit l'intervention du JLD (une mesure visant à garantir les droits du patient), elle apporte aussi - comme sus-évoqué – une certaine lourdeur juridique et administrative qui a complexifiée la prise en charge hospitalière et rendue quasi utopique le respect des droits des malades mentaux.

120. Ces irrégularités législatives ont conduit à une nouvelle QPC le 20 avril 2012, ayant entraîné précisément la censure - par le Conseil constitutionnel - des dispositions relatives aux modalités de placement en milieu hospitalier d'un individu ayant commis des infractions pénales alors qu'il était en état de trouble mental au moment des faits, ainsi que celles relatives à l'admission en UMD. Une échéance avait été fixée alors : des modifications législatives devaient être instaurées avant le 1er Octobre 2013.

C'est ainsi que la loi du 27 septembre 2013²⁸⁶ est venue réformer celle de 2011, afin de renforcer toujours plus les droits des patients. Elle a notamment modifié l'article L. 3211-2-1 du Code de la santé publique (CSP), qui précise désormais les différentes modalités de prise en charge des patients hospitalisés sous contrainte : hospitalisation complète, soins ambulatoires, soins à domicile exercés par l'intermédiaire de l'établissement psychiatrique, séjour à temps partiel ou complet (mais de courte durée) dans ce même type d'établissement.²⁸⁷ Elle a également intégré la possibilité d'une hospitalisation libre pour les personnes détenues atteintes de troubles mentaux en unité hospitalière spécialement aménagée.

121. A l'heure actuelle, le code de santé publique régit en détail toutes les catégories de soins psychiatriques. Les articles L. 3211-1 à 13, ainsi que l'article R. 3211-1, énumèrent globalement les droits des personnes faisant l'objet de soins psychiatriques, quels qu'ils soient. Les articles L3212-1 à 12 développent quant à eux le contexte des soins psychiatriques à la demande d'un tiers ou en cas de péril imminent. Enfin, les articles L3213-1 à 11 disposent, eux, des soins psychiatriques sur décision du représentant de l'État. Les évolutions législatives concernant les différentes catégories de prise en charge psychiatrique et les soins pratiqués pour

²⁸⁶ 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, publié au JORF n°0227 du 29 Septembre 2013, <https://www.legifrance.gouv.fr/loda/id/JORFTEXT000027996629/>

²⁸⁷ Article L3211-2-1 du CSP : « I.-Une personne faisant l'objet de soins psychiatriques en application des chapitres II et III du présent titre ou de l'article 706-135 du code de procédure pénale est dite en soins psychiatriques sans consentement.

La personne est prise en charge :

1° Soit sous la forme d'une hospitalisation complète dans un établissement mentionné à l'article L. 3222-1 du présent code ;

2° Soit sous toute autre forme, pouvant comporter des soins ambulatoires, des soins à domicile dispensés par un établissement mentionné au même article L. 3222-1 des séjours à temps partiel ou des séjours de courte durée à temps complet effectués dans un établissement mentionné audit article L. 3222-1.

II.-Lorsque les soins prennent la forme prévue au 2° du I, un programme de soins est établi par un psychiatre de l'établissement d'accueil et ne peut être modifié, afin de tenir compte de l'évolution de l'état de santé du patient, que dans les mêmes conditions. Le programme de soins définit les types de soins, leur périodicité et les lieux de leur réalisation, dans des conditions déterminées par décret en Conseil d'Etat. »

chacune d'entre elles seront évoquées dans le Titre 1 de la présente thèse, en détaillant les différentes catégories de soins psychiatriques et leur degré potentiel d'atteinte à la liberté d'aller et venir du patient²⁸⁸.

Chacune de ces catégories de soins psychiatriques est sujette à son propre cadre législatif et réglementaire, et porte atteinte suivant un degré plus ou moins important à la liberté d'aller et venir du patient (Titre 1). Néanmoins, si cet impact est parfois inévitable, la loi vise toujours à privilégier le respect des droits du patient (Titre 2).

²⁸⁸ Projet de loi relatif aux droits et à la protection des personnes faisant l'objet de soins psychiatriques et aux modalités de leur prise en charge, Assemblée Nationale, texte adopté n°692, 22 juin 2011

Titre 1. Une Atteinte inexistante ou partielle à la liberté d'aller et venir

122. Comme évoqué, lorsqu'un individu présente des troubles psychiatriques légitimant une hospitalisation, il peut y être admis de trois manières différentes, chacune d'elles ayant une procédure bien spécifique.

Il y a les soins psychiatriques libres (SPL), c'est-à-dire à la demande du patient lui-même, qui sont dispensés dans la majorité des cas et qui représente la règle juridique de principe en la matière²⁸⁹.

Trois exceptions aux soins libres existent cependant : les soins psychiatriques à la demande d'un tiers (SPDT ou SPDTU²⁹⁰), les soins psychiatriques en cas de péril imminent (SPPI) et les soins psychiatriques à la demande d'un représentant de l'Etat (SPDRE). Ces deux catégories de soins sont réalisées sans le consentement du patient concerné. Elles permettent en effet de prodiguer des soins psychiatriques nécessaires au patient sans l'accord de ce dernier, c'est-à-dire contre son gré, mais toujours dans son intérêt, dans un établissement de santé approprié à son état de santé mental.²⁹¹

Les SPDT et SPDTU sont des mesures prises par le Directeur de l'établissement, sans nécessité de faire intervenir les pouvoirs publics. Ils sont inscrits aux articles L. 3212-1 et L. 3212-3 du CSP et sont utilisés lorsque le patient a de tels troubles qu'il ne peut consentir aux soins mais que son état impose tout de même une prise en charge immédiate, avec une surveillance permanente (via l'hospitalisation). Ce qui différencie les SPDT et les SPDTU, c'est la notion d'urgence. Pour prodiguer des SPDT, il suffit qu'une demande soit rédigée en ce sens par un tiers qui connaît le patient dont il est question (il le connaît d'avant la crise et agit sans aucun doute dans son intérêt). Deux certificats médicaux doivent ensuite être rédigés pour valider cette admission, dont l'un des deux émane d'un médecin extérieur à l'établissement. Dans le cas des SPDTU, un seul certificat suffit, pouvant émaner d'un praticien interne à l'établissement d'accueil. La levée des SPDT/U peuvent résulter en une sortie totale ou en un retour en SPL pour faciliter la « réinsertion » du patient dans la vie quotidienne.

Les SPPI sont également des mesures prises par le Directeur d'établissement, sans intervention des pouvoirs publics, et surtout sans intervention d'un tiers. En effet, cette mesure a cours « *quand les troubles rendent impossible son consentement et mettent le malade en situation de péril imminent* » et lorsqu'il n'existe pas de proche susceptible de remplir la fameuse demande d'un tiers.²⁹² Dans ce cas, un seul certificat médical sera nécessaire pour admettre le patient,

²⁸⁹ Article L. 3211-2 du CSP

²⁹⁰ SPDTU : soins psychiatriques à la demande d'un tiers d'urgence

²⁹¹ JONATHAN, « Modes d'Hospitalisation en soins psychiatriques », Entraide ESI-IDE, 24 Février 2018, <https://entraide-esi-ide.com/modes-dhospitalisation-en-soins-psychiatriques/#:~:text=Elle%20met%20%C3%A0%20jour%20les,d'un%20repr%C3%A9sentant%20de%20l'>

²⁹² Article L. 3212-1 II 2 du CSP

émanent forcément d'un praticien extérieur à l'établissement (sans aucun lien avec le patient ou le Directeur). La famille (si existante) du patient doit être prévenue dans les 24h suivant son admission.

Enfin, les SPDRE sont une mesure de police administrative dont l'objectif est le maintien de l'ordre public et de la sécurité public. L'article L. 3213-1 du CSP dispose que cette mesure peut être prise dans le cas où les « *troubles mentaux [du patient] nécessitent des soins et compromettent la sûreté des personnes ou portent atteinte, de façon grave, à l'ordre public* ». Pour faire admettre le patient en SPDRE, il suffit d'un arrêté municipal provisoire ou d'un arrêté préfectoral, avec appui d'un certificat médical émanant d'un psychiatre extérieur à l'établissement accueillant le patient. Évidemment, la prolongation ou l'aménagement de ces mesures émanent également d'arrêtés préfectoraux. C'est encore une décision préfectorale ou judiciaire qui permettra la levée de la mesure de soin.

123. Il résulte de ces quatre catégories de soins différentes formes de prise en charge, avec plusieurs degrés dans l'échelle d'atteinte à la liberté d'aller et venir.

Il y a, en règle générale l'hospitalisation volontaire, dont la demande émane du patient. Cette hospitalisation se déroule généralement en clinique psychiatrique, souvent spécialisée dans un type de pathologies spécifique.²⁹³ La liberté d'aller et venir du patient n'est, par principe, pas restreinte puisque le patient décide de lui-même d'aller se faire soigner : tout au plus est-elle restreinte par les règles de l'établissement psychiatrique qu'aura éventuellement choisi le malade. Il consent alors pleinement au respect de ces règles puisqu'il s'y rend de son plein gré. Il existe ensuite une forme de soin intermédiaire entre les soins libres et les soins contraints. Il s'agit du « programme de soin »²⁹⁴. La Haute Autorité de Santé (HAS) le définit comme « *une modalité thérapeutique permettant une alternative à l'hospitalisation complète. Il s'inscrit dans le parcours du patient comme une étape possible entre une hospitalisation sans consentement et des soins librement consentis* »²⁹⁵ La liberté d'aller et venir du patient est restreinte partiellement, sans que ce-dernier y soit favorable, dans la mesure où il se voit obligé de restreindre ses déplacements et de se rendre régulièrement (suivant le programme établi) à ses rendez-vous médicaux liés audit programme dont il ne maîtrise pas le calendrier.

Enfin, il existe l'hospitalisation sous contrainte qui, comme son nom l'indique est imposée au patient sans que celui-ci y ait consenti. La restriction de sa liberté d'aller et venir est alors

²⁹³ Entretien Madame Violaine FAURE, directrice de la Clinique Clôt Montaigne à Montrond les Bains (groupe Korian), cf Annexe 27

²⁹⁴ 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. Publié au Journal Officiel le 6 Juillet 2011, n°11705.

²⁹⁵ HAS, Guide « Programme de soins psychiatriques sans consentement, Mise en œuvre », Validé par le Collège le 25 mars 2021, https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2021-04/programme_de_soins_psychiatriques_sans_consentement_guide.pdf

Le programme de soins sera explicité dans cette thèse, au Titre 1, Chapitre 1 de la présente thèse

pratiquement totale puisqu'il doit se cantonner à l'environnement hospitalier qui lui est permis de fréquenter par les soignants.

124. Il peut donc être constaté une atteinte graduelle à la liberté d'aller et venir suivant les soins psychiatriques prodigués. Peuvent être distingués les atteintes inexistantes ou mineures à la liberté d'aller et venir du patient lors de ses soins psychiatriques (Chapitre préliminaire²⁹⁶), les atteintes partielles (Chapitre 1) ou encore majeures voire totales (Chapitre 2).

²⁹⁶ Le sujet de cette thèse porte majoritairement sur l'atteinte à la liberté d'aller et venir du patient durant sa prise en charge psychiatrique, justifiée le plus souvent par une volonté de protéger le patient lui-même, ses proches ou de garantir la sécurité publique. De fait, il s'agit de s'intéresser davantage aux soins impactant cette liberté d'aller et venir (dans le sens problématique du terme), plutôt qu'à ceux n'apportant pas de restriction à cette même liberté (du moins pas sans l'accord de l'intéressé) : les soins libres. Cependant, cette forme de soin restant celle devant être exercé par principe et étant la plus répandue, il paraissait important d'en faire état avant de rentrer dans le vif du sujet, à l'aide d'un chapitre préliminaire.

Chapitre 1. Les soins libres, le principe du respect de la liberté d'aller et venir du patient

125. Selon le Dr Gérard KIERZEK, « *environ 80% des hospitalisations en psychiatrie se font avec le consentement. Les gens sont tout à fait d'accord pour être hospitalisés, que ce soit en urgence ou pas.* »²⁹⁷

La règle générale en psychiatrie reste, comme dans les autres spécialités médicales, le principe du consentement aux soins. Il existe bon nombre de soins psychiatriques effectués à la demande du patient lui-même, comme l'hospitalisation libre par exemple (Section 1). Néanmoins, si la liberté d'aller et venir du patient n'est pas tellement atteinte dans ce cas de figure, elle peut l'être par les limites du contexte hospitalier ou des règles de bonne pratique en général (Section 2).

Section 1. Volonté de soin émanant du patient : une atteinte à la liberté d'aller et venir choisie et consentie

126. Les soins libres trouvent leur origine dans la loi du 30 juin 1838, qui est venue introduire la notion de « placements volontaires ». L'article 25 de cette loi dispose que « *les aliénés dont l'état mental ne compromettrait point l'ordre public et la sûreté des personnes y seront également admis [dans les asiles d'aliénés] dans les formes, dans les circonstances et aux conditions qui seront réglées par le Conseil général sur la proposition du Préfet et approuvées par le ministre.* »

Cette disposition imposait à tous les départements d'organiser le traitement gratuit des malades non dangereux qui en formulaient la demande ou le besoin. Malheureusement, malgré ce texte législatif, la majorité des départements ont continué à n'admettre les patients que par la voie du placement d'office, ce qui paraît inutile lorsque le patient en question consent pleinement à ses soins. Il arrivait même que, devant la détresse de patients s'étant vu refuser leur demande de placement volontaire, certains maires soient obligés de demander à un praticien de rédiger un certificat médical certifiant l'aliénation du malade afin qu'il soit accepté dans le cadre d'un internement d'office. Le caractère volontaire de l'internement était alors totalement effacé et les droits du patient davantage exposés, étant donné la catégorie d'internement à laquelle il était soumis. Cette absence de distinction entre internement d'office et placement volontaire impactait les conditions d'entrée en établissement, mais aussi les conditions de sortie. Le patient qui devait être en placement volontaire mais qui se retrouve en internement d'office reste dépendant de la décision des soignants pour pouvoir en sortir, même pour une simple sortie

²⁹⁷ Interview dans Le Magazine de la Santé, émission du 6 Avril 2016 sur le thème « Urgences psychiatriques : quand faut-il hospitaliser ? »

d'essai. En outre, vivre un internement d'office lorsque l'on n'en a pas besoin peut s'avérer très néfaste pour le patient, voire aggraver son cas (en termes de santé mentale).

127. Pour que ce placement volontaire à titre gratuit ne soit jamais confondu avec l'internement d'office, une première procédure d'admission a été pensée et élaborée dans la Circulaire du 4 août 1930 afin de faciliter cette distinction.²⁹⁸ Les demandes d'admission pouvaient être formulées par le malade ou un de ses proches (parent, tuteur légal, ami) ou encore le maire de sa commune de résidence. Cette demande d'admission devait être réalisée par écrit et contenir les informations sur l'identité du patient (nom, prénom, âge, profession, adresse du patient et du demandeur s'il est différent). La demande devait également être accompagnée d'un certificat du médecin traitant. Toutes les demandes d'admission devaient ensuite être remises au maire du domicile de l'aliéné qui donnait acte de la demande au Préfet, en y joignant son avis la concernant et un certificat détaillant les biens du malade et de ses parents, afin de déterminer le montant de la participation financière qui leur serait demandée (non pas pour les soins en eux-mêmes, gratuits, mais pour la nourriture et les besoins vitaux du patient).²⁹⁹

Désiré FERRY, Ministre de la santé en 1930, avait justifié la mise en place du placement volontaire en ces termes : « *en définitive, il ne s'agissait pas d'envoyer à l'asile d'aliénés n'importe quel malade présentant de vagues symptômes d'aliénation mentale, ceux-ci relèvent des consultations psychiatriques et des services ouverts là où ils existent, mais plutôt de ne jamais différer à demander l'admission de ceux chez lesquels la maladie aura été indubitablement établie et qui en font la demande. Cette méthode, en permettant d'accélérer la guérison du malade, profitera aux communes dont elle ménagera les souffrances.* »³⁰⁰

128. Les soins libres constituent aujourd'hui une part importante des soins psychiatriques et la catégorie de soins psychiatrique pour laquelle les droits des patients sont respectés au même titre que ceux de n'importe quel patient pris en charge dans un secteur autre que celui de la psychiatrie. Ils sont la règle (Paragraphe 1) et respecte le principe du consentement du patient (Paragraphe 2).

Paragraphe 1. Les soins libres : la règle et non pas l'exception

129. Anciennement connus sous le nom d'hospitalisation libre (HL), les soins libres correspondent aux cas d'hospitalisation les plus fréquents. Dans ce contexte, le patient est évidemment conscient de son trouble ou de sa maladie et demande de son plein gré d'être soigné en structure spécialisée.

²⁹⁸ Circulaire du 4 Aout 1930 relative aux placements volontaires gratuits, Ministère de la Santé, https://www.ascodocpsy.org/wp-content/uploads/textes_officiels/Circulaire_4aout1930.pdf

²⁹⁹ Idem 198

³⁰⁰ Idem 249

Bien que l'hospitalisation en psychiatrie reste une catégorie particulière – où l'on traite des troubles et maladies mentales et non physiques comme dans les autres services – le patient qui choisit d'entrer en SI dispose très exactement des mêmes droits que n'importe quel patient. Ainsi, tout comme les patients hospitalisés dans n'importe quel service médical, le malade psychiatrique en SI est relativement libre de ses mouvements et a la possibilité de quitter le service dès qu'il en formule la demande. Evidemment, cette sortie ne doit pas le mettre en péril ou engendrer un péril potentiel pour les autres, auquel cas le passage en soins sans consentement s'avèrerait nécessaire. Il dispose du même régime hospitalier que dans n'importe quel service de santé classique.

130. C'est la loi du 27 Juin 1990 – sur le fondement de la loi de 1838 évoqué précédemment - qui introduit juridiquement la notion d'hospitalisation libre en psychiatrie comme étant « *légalement consacrée et érigée en principe* »³⁰¹. Cependant, c'est le psychiatre Edouard TOULOUSE qui est à l'origine de ce principe, dès 1894, lorsqu'il imagine un mode d'accueil des malades mentaux dont la capacité de décision n'est pas ou peu altérée. Il pensa donc des lieux de services médicaux psychiatriques libres, bien différent du modèle asilaire connu jusqu'alors.³⁰² Ce modèle a fait ses preuves et a fini par être développé par les pouvoirs publics, notamment via la circulaire du nom de « Ricart » du 13 octobre 1937³⁰³ qui recommandait aux préfets de mettre en place de tels services libres dans les hôpitaux psychiatriques existants. Tout établissement de 200 lits ou plus a dû se doter de son propre service libre. Le fonctionnement et la gestion de ces services ont été détaillés dans plusieurs autres circulaires³⁰⁴, dont celle du 1^e Mars 1949. Celle-ci spécifiait que « *les conditions d'admission et de sortie devaient être identiques à celles qui étaient prévues dans les hôpitaux ordinaires* »³⁰⁵. Cette même circulaire a donc permis de reconnaître l'hospitalisation libre comme un mode d'hospitalisation « *qui consiste à entrer dans un établissement accueillant des personnes atteintes de troubles mentaux de son plein gré et à en sortir de la même manière, a pour critère unique le consentement de la personne hospitalisée* », c'est-à-dire le mode d'hospitalisation par principe, l'hospitalisation sans consentement devenant l'exception par extension.

131. En toute logique, par principe, l'hospitalisation libre est un cadre d'hospitalisation qui ne suppose et ne tolère qu'un minimum de contrainte ou de privation. Initialement, la loi du 27

³⁰¹ C. LOISEAU, *L'hospitalisation psychiatrique : loi du 27 juin 1990*, TSA Editions, 1991, p. 12.

³⁰² Circulaire n°51.63 du 17 sept. 1951 concernant les « services libres » annexes aux hôpitaux psychiatriques publics ou privés, www.ascodocpsy.org.

³⁰³ Circulaire du 13 oct. 1937 relative à la réorganisation de l'assistance psychiatrique dans le cadre départemental, op. cit.

³⁰⁴ Circulaire du 2 sept. 1946, www.psychiatriinfirmiere.free.fr ; Circulaire du 28 fév. 1951 sur les services ouverts des hôpitaux psychiatriques, www.ascodocpsy.org

³⁰⁵ Circulaire santé n°61 du 1er mars 1949, relative à l'organisation des services libres pour le traitement des malades mentaux, www.ascodocpsy.org

Juin 1990 – dans la continuité des lois précédentes en la matière, précédemment évoquées - prévoyait que « *toute personne hospitalisée avec son consentement pour troubles mentaux dispose des mêmes droits liés à l'exercice des libertés individuelles que ceux qui sont reconnus aux malades hospitalisés pour une autre cause* »³⁰⁶.

Aujourd'hui, l'hospitalisation libre est définie au sein de l'article L. 3211-2 du CSP qui dispose qu'« *une personne faisant l'objet de soins psychiatriques avec son consentement pour des troubles mentaux est dite en soins psychiatriques libres. Elle dispose des mêmes droits liés à l'exercice des libertés individuelles que ceux qui sont reconnus aux malades soignés pour une autre cause.* »

Paragraphe 2. Une hospitalisation basée sur le consentement du patient

132. Ainsi l'hospitalisation libre a pour socle le consentement du patient. Le patient dans le cadre de son hospitalisation doit consentir aux soins ainsi qu'au principe même de l'hospitalisation. Par ailleurs, au regard de l'article L3211-1 du code de la santé publique, nul ne peut faire l'objet de soins psychiatriques sans son consentement ou celui de son représentant légal. De fait, le consentement au soin est le principe et la contrainte l'exception.

L'orientation du malade psychiatre en soins libres est généralement initiée par un avis médical (proposition du psychiatre le plus souvent) soumis à l'accord du patient lui-même.

Si le patient est seul à l'origine de cette demande (sans avis médical spécifique nécessaire), les conditions d'admission en hospitalisation libre en psychiatrie sont les mêmes que pour n'importe quelle hospitalisation médicale classique.

Le patient est accueilli au service des admissions et remplit les documents administratifs nécessaires à son hospitalisation (documents à fournir, sécurité sociale et assurance maladie, pièces médicales éventuelles, réalisation de l'arrêt de travail pour l'employeur, etc.). Un livret d'accueil lui est remis dès le début de l'hospitalisation, explicitant les règles (conditions de visites, droits et obligations du patient, gestion des effets personnels, etc.) et l'organisation de l'établissement choisi (plan, activités, services, espaces religieux, horaires, etc.). La charte de la personne hospitalisée³⁰⁷ y est annexée ainsi qu'un questionnaire de sortie.³⁰⁸ Les droits des patients doivent être garantis et énoncés ; ils le sont également par le biais de cette charte du patient et énoncés au patient au sein du livret d'accueil qui lui est remis lors de son arrivée au sein de l'établissement.

133. Durant l'hospitalisation, là encore, le patient en psychiatrie est soumis au même régime que dans les autres services médicaux. L'information lui est communiquée en continue et/ou à

³⁰⁶ Article L326-2 de l'ancien CSP

³⁰⁷ Charte de la personne hospitalisée : https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/charte_a4_couleur.pdf

³⁰⁸ Articles L1112-1 à 6 du CSP

sa demande.³⁰⁹ L'établissement met à disposition le linge de lit et de table mais pas les vêtements personnels, vêtements de nuit y compris. Le patient hospitalisé en psychiatrie peut (outre le fait de recevoir des visites dans le cadre imposé par l'établissement), si l'établissement ne s'y oppose pas de façon claire dans le livret d'accueil, demander un lit et un repas pour un proche (prestation souvent payante). L'usage du téléphone portable peut être autorisé ou interdit, suivant l'établissement. Cela dit, en psychiatrie, la suppression de cet appareil peut être utilisée à des fins thérapeutiques. La communication épistolaire est autorisée. La télévision est généralement accessible dans la plupart des établissements psychiatriques, souvent moyennant finance, et si son usage n'interfère pas avec la visée thérapeutique du séjour hospitalier.

134. La sortie est normalement organisée par le médecin psychiatre qui doit donner son aval (tout comme le ferait le médecin en charge du patient dans n'importe quel service médical), en accord avec le patient. Néanmoins, le patient peut décider d'interrompre seul son hospitalisation, y compris contre avis médical, en signant une attestation de sortie déresponsabilisant l'établissement.³¹⁰

135. En résumé, le respect de la liberté du patient est, en principe, total puisque l'hospitalisation bien que décidée et contrôlée par le médecin, doit toujours se faire en accord avec le patient ou son représentant légal. En théorie, la perte de liberté d'aller et venir du patient étant consentie par le patient. Elle est réelle mais non imposée au patient, qui choisit de se soumettre notamment au règlement de l'établissement. C'est d'ailleurs la seule « restriction » apportée à la liberté du malade : le respect des règles fixées par le règlement intérieur de l'établissement au sein duquel il effectue son séjour. Bien que spécifique à chaque établissement, aucun règlement intérieur ne peut suspendre la liberté de mouvement des patients, en interdisant les sorties ou les allers et venues du patient vers l'extérieur. Ces considérations ne sauraient en revanche s'appliquer aux normes de sécurité et divers horaires de visite qui ne peuvent être perçus comme des restrictions mais des démarches liées au bon fonctionnement de tout établissement de santé. Donc, la restriction à la liberté d'aller et venir, c'est-à-dire de mouvement du patient ne repose que sur la volonté de ce dernier, qui dans le cadre de l'hospitalisation libre consent à limiter ses déplacements et donc à accepter une part de restriction de sa liberté d'aller et venir dans le cadre des soins prodigués par l'établissement.

136. Le patient garde donc le plein contrôle sur sa liberté d'aller et venir dans la mesure où, bien qu'il soit soumis aux règles de l'établissement dans lequel il a choisi d'être soigné, cette soumission est volontaire de sa part et peut prendre fin quand il le souhaite.

³⁰⁹ Articles R1112-1 à 9 du CSP

³¹⁰ Article R1112-62 du CSP

Bien évidemment, si son état s'avère trop sérieux, soit parce qu'il peut pousser le patient à se mettre en danger ou à mettre en danger les autres, sa sortie sera impossible et une hospitalisation sous contrainte sera alors envisagée.³¹¹

137. L'hospitalisation libre doit également garantir, par principe, l'ensemble des droits du patient. Cependant, il existe de réelles atteintes à la liberté d'aller et venir du patient en soins libres, parfois dénoncées par les soignants eux-mêmes.

Section 2. Des formes d'atteinte à la liberté d'aller et venir du patient en soins libres : constatations sur le terrain

138. Les soins libres en psychiatrie sont, par principe, l'ensemble des prises en charge respectueuses des droits et libertés du patient. Cependant, en pratique, l'héritage historique a laissé des traces dans les établissements de soins compétents (Paragraphe 1), le contexte hospitalier n'est pas toujours propice à une forme de soin optimal, respectueux de la liberté d'aller et venir du patient (Paragraphe 2) et la crise sanitaire est venue complexifier davantage cet impératif (Paragraphe 3).

Paragraphe 1. Hospitalisation libre, le recours à des soins sans consentement

139. Hospitalisation libre et soins sans consentement sont par nature incompatibles. Pourtant, il existe aujourd'hui encore des débordements, notamment via l'utilisation des mesures d'isolement et de contention³¹² (A) pourtant réservées au cadre de l'hospitalisation sous contrainte. En outre, il existe des lacunes dans le contrôle du respect des droits et libertés du patient en soins libres, ayant donné lieu à de multiples entraves à sa liberté d'aller et venir (B).

A. L'isolement et la contention, les excès en hospitalisation libre

140. Rappelons avant tout qu'en 1993, la circulaire adoptée par le ministère de la Santé alors en exercice, avait été envoyée à l'ensemble des établissements de psychiatrie et rappelait plusieurs principes essentiels à la bonne poursuite des soins³¹³. Ainsi dans le cadre des hospitalisations pour lesquelles les patients ont consenti aux soins, la liberté du patient d'aller et venir ne doit aucunement être entravée. Seuls les établissements étant habilités à pratiquer des hospitalisations sous contrainte peuvent légitimement avoir recours à des mesures de

³¹¹ Cf Titre I, Chapitre 2 (Atteinte majeure, voir totale, à la liberté d'aller et venir du patient en psychiatrie) de la présente thèse

³¹² Cf Partie 1, Titre 1, Chapitre 3, Section 2 de la présente thèse

³¹³ Circulaire DGS/SP 3 n° 48 du 19 juillet 1993 portant sur le rappel des principes relatifs à l'accueil et aux modalités de séjours des malades hospitalisés pour troubles mentaux

contention, d'isolement et dès lors sont en position de restreindre la liberté d'aller et venir de certains de leurs patients, et uniquement dans le cadre de soins contraints. La circulaire précise par ailleurs que « *Si l'évolution de l'état de santé d'un patient jusque-là consentant aux soins exige qu'on transforme son mode d'hospitalisation, l'article L. 332 [L. 3222-1] du code de la santé publique oblige le directeur de l'établissement à prendre, dans les quarante-huit heures, les mesures nécessaires à son transfert dans un autre établissement qui, lui, est habilité à recevoir les malades en hospitalisation sous contrainte* »³¹⁴. Cette circulaire aujourd'hui actualisée au sein de l'article L3222-1 du code de la santé publique, interdit toute restriction apportée aux patients dans le cadre de l'hospitalisation libre.

141. Pourtant, il arrive aujourd'hui encore de trouver des mesures visant à restreindre la liberté d'aller et venir au sein d'un établissement de santé ne disposant pas d'une habilitation à la pratique de la contention, de l'isolement, plus largement de la contrainte. Prenons l'exemple de Madame FAURE, directrice de la Clinique Clôt Montaigne à Montrond les Bains (groupe Korian), une clinique psychiatrique qui ne pratique que de l'hospitalisation libre. Madame FAURE a pris ses fonctions de directrice il y a maintenant 5 ans. A son arrivée dans la clinique, une des premières mesures qu'elle a prises a été la suppression des chambres d'isolement encore présentes dans la clinique, bien que les textes législatifs l'interdisent. Elle a par ailleurs interdit toute mesure de contention au sein de la clinique à l'égard des patients. Ces mesures nécessaires pour être en conformité avec la loi, viennent considérablement réduire la possibilité pour un établissement pratiquant l'hospitalisation libre d'atteindre la liberté d'aller et venir des patients. Cependant bien que ces mesures préservent la liberté du patient, elles viennent également réduire la marge de manœuvre des praticiens auprès de leurs patients en cas de crise. Pour reprendre le même exemple, Madame FAURE confie qu'en cas de « crise » d'un patient, les praticiens de sa clinique ne pouvant prendre les mesures nécessaires, se voyaient contraints de demander l'hospitalisation sans consentement pour ces patients récalcitrants.³¹⁵ Dans ces conditions et avec l'accord du médecin, le patient est transféré au sein d'un établissement habilité à recevoir des hospitalisations sans consentement. Dès lors le patient jusqu'ici dans le cadre d'une hospitalisation libre voit son consentement suspendu puisqu'il passe sous le régime d'une hospitalisation sous contrainte. Plusieurs problèmes ressortent ici, en effet le patient voit sa liberté suspendue dès lors qu'il est hospitalisé sous contrainte pour au moins les prochaines 72 heures suivant la décision rendue à la suite de l'examen de sa situation. Par ailleurs

³¹⁴ Op. cit. Article L1111-4 du CSP

³¹⁵ Entretien Madame Violaine FAURE, directrice de la Clinique Clôt Montaigne à Montrond les Bains (groupe Korian), cf Annexe 27

Extrait : « *Le personnel soignant est toujours plein d'empathie, mais ils ne sont pas là non plus pour se faire taper dessus ou se faire injurier. Il y a un cadre à poser. Avant, sur mon établissement il y avait des chambres d'isolement, qui sont pourtant interdites en établissement ne dispensant pas de soins sous contrainte. On ne peut avoir que des chambres d'apaisement, qui sont des chambres ouvertes, contrairement aux chambres d'isolement.* »

l'établissement qui suivait jusqu'alors le patient, voit son rôle suspendu voire arrêté, dans l'attente d'un éventuel retour du patient.

142. Un autre problème entrave le bon fonctionnement des soins libres. Les manques de moyens et de personnel amènent à des déviances institutionnelles inévitables, souvent non par choix mais par nécessité. En 2019, une pédopsychiatre (souhaitant garder l'anonymat) ayant participé au deuxième rassemblement du mouvement « Pour un printemps de la psychiatrie », rapportait également que, faute de lit adapté à ces jeunes patients, il lui a fallu garder « *un gamin de douze ans en chambre d'isolement en psychiatrie adulte* ». Elle finit par conclure qu'« *il faut en finir avec l'augmentation continuelle du recours à l'isolement et à la contention, le non-respect des droits des patients, qu'ils soient ou non hospitalisés* » et en finir avec « *la violence institutionnelle, qui touche en premier lieu les soignés mais atteint aussi les soignants* ». ³¹⁶ Il est effectivement nécessaire que le personnel soit qualifié, constant et suffisamment nombreux pour garantir une bonne prise en charge de ces patients qui ont besoin de retrouver une routine, un cadre de vie stable et rassurant et un entourage médical correctement formé pour pallier leurs troubles. ³¹⁷

B. Un contrôle contestable du respect des droits et libertés des patients

143. Concernant les droits des patients, Adeline HAZAN, contrôleur général des lieux de privation de liberté, avait estimé dans son rapport que les contrôles réalisés par la HAS et les ARS sur le respect des droits des patients hospitalisés en psychiatrie étaient insuffisamment poussés, voir insuffisant tout simplement ³¹⁸. En effet, deux alertes d'urgence concernant des cas de violations sérieuses des droits des patients, au Centre psychothérapeutique de l'Ain ³¹⁹ et au Centre hospitalier universitaire (CHU) de Saint-Etienne ont été effectuées courant 2016,

³¹⁶ Hospimédia, « Les manifestants du Printemps de la psychiatrie visent la "convergence des luttes hospitalières », publié le 21/03/19, <https://abonnes.hospimedia.fr/reportages/20190321-dialogue-social-la-mobilisation-du-printemps-de-la>

³¹⁷ Interview du Dr Pierre LAMOTHE, psychiatre lyonnais.

³¹⁸ DUPONT M., LAGUERRE A. et VOLPE A., *Soins sans consentement en psychiatrie : Comprendre pour bien traiter*. Presses de l'EHESP, 2015 <https://doi.org/10.3917/ehesp.dupon.2015.01>.

³¹⁹ « *Le contrôleur général des lieux de privation de liberté (CGLPL) publie au Journal officiel (JO) ce 16 mars des recommandations en urgence relatives au Centre psychothérapeutique de l'Ain (CPA) à Bourg-en-Bresse. Cet établissement de santé privé d'intérêt collectif (Espic) de 412 lits, géré par l'association Organisation pour la santé et l'accueil (Orsac), est le seul établissement psychiatrique du département, précise le CGLPL. Lors d'une visite du 11 au 15 janvier, les contrôleurs ont fait le constat de "conditions de prise en charge portant des atteintes graves aux droits fondamentaux des personnes hospitalisées dans cet établissement". Les contrôleurs ont en effet observé des "pratiques de contrôle des faits et gestes des patients d'une rigueur exceptionnelle, ces derniers étant soumis à des restrictions disproportionnées de leur liberté d'aller et venir au sein [du CPA], de l'accès à leurs effets personnels ou encore de leurs communications avec l'extérieur". Ils ont en outre constaté "un recours à l'isolement et à la contention dans des proportions qu'ils n'ont observées dans aucun autre établissement visité". Une situation qui a conduit le CGLPL à mettre en œuvre cette procédure d'urgence.* » : Extrait d'Hospimédia, « Le CGLPL alerte en urgence pour violations graves des droits au Centre psychothérapeutique de l'Ain », publié le 16/03/16, <https://abonnes.hospimedia.fr/articles/20160316-psychiatrie-le-cglpl-alerte-en-urgence-pour-violations>

alors même que ces deux établissements avaient reçus la HAS pour des visites de certification. Cette dernière avait d'ailleurs délivré, entre autres, la certification « *bonne prise en charge des patients* » au CHU de Saint-Etienne quelques mois avant que leurs agissements ne soient découverts par le CGLPL. Cette visite avait permis de dénoncer des atteintes graves à la liberté d'aller et venir des patients même en soins libres : « *Les patients sont enfermés la majeure partie de la journée et de la nuit "alors que les locaux disposent d'un potentiel certain, avec des espaces extérieurs qu'il est possible d'ouvrir vers des terrains de sport voisins du site, avec une cafétéria et diverses salles d'activités" »*³²⁰.

Plus récemment encore, « *le centre de santé mentale Jean-Baptiste Pussin à Lens doit faire l'objet de mesures urgentes pour garantir le respect des droits des patients hospitalisés en soins libres ou sans consentement. La visite des contrôleurs de la CGLPL a identifié des dysfonctionnements "d'une particulière gravité" mais aussi anciens, déjà dénoncés.* »³²¹

144. Cela pose la question d'une éventuelle insuffisance de critères de qualité concernant les droits des patients pour la délivrance des certifications. Dans le cas de l'établissement de l'Ain, le contrôle du CGLPL a eu pour conséquence le sursoit à statuer en faveur d'une certification par la HAS. Cette dernière a fini par statuer favorablement à la demande de certification en 2017, après que l'établissement en question est apporté des garanties de respect des droits des patients et se soit engagé à poursuivre dans cette voie.³²² Pour le CHU de Saint-Etienne, la certification a également été accordée en 2017, cependant les experts-visiteurs ne sont restés que quinze jours pour délivrer ce césame de « *très bonne qualité des soins* ». Madame HAZAN n'a pas manqué de s'interroger sur ce délai relativement court accepté par la HAS pour juger d'un point aussi important. Elle n'a pas homis non plus de s'interroger sur les méthodes de contrôle des ARS et le recours à ces dernières en cas de manquement constaté. En effet, concernant l'établissement de l'Ain, à Bourg-en-Bresse, l'ARS n'avait jamais reçu le moindre signalement.

145. Interrogée sur le sujet, l'ARS Auvergne-Rhône-Alpes a justifié l'absence de mise en évidence de ces débordements par le fait que les visites restent ponctuelles et que, surtout, l'ARS a confiance dans le fait que les équipes hospitalières essayent toujours de respecter les droits du patient (meilleure prise en charge possible), tout débordement restant la conséquence

³²⁰ Idem

³²¹ Géraldine TRIBAULT, « Des dysfonctionnements graves et anciens sont constatés au centre de santé mentale de Lens », Hospimédia, publié le 01/03/22, <https://abonnes.hospimedia.fr/articles/20220228-psychiatrie-des-dysfonctionnements-graves-et-anciens-sont-constates>

³²² Cf Partie, Titre I, Chapitre 3, Section 2 de la présente thèse, sur l'isolement et la contention

de situations de crises passagères pour laquelle une réponse plus proportionnée s'avère difficile en raison de l'urgence d'une crise par exemple ou du manque de personnel à ce moment-là.³²³

146. Cependant, comme son nom l'indique, le CGLPL contrôle les lieux de privation de liberté. Ce n'est, en principe, pas le cas des établissements de santé mentale accueillant des patients en soins libres. Leurs dérives concernant le respect des droits des patients sont donc plus difficilement détectables mais pourtant bien existantes³²⁴.

Si les contrôles effectués par la HAS et les ARS sont aussi peu concluants que le démontrent ces deux cas, il paraît justifié de s'interroger sur le respect des droits du patient en soins libres.

Paragraphe 2. Capacités d'accueil limitées, une forme d'atteinte à la liberté d'aller et venir du patient

147. Déjà en 2018, le rapport annuel du contrôleur général des lieux de privation de liberté (CGLPL) faisait état du problème de démographie médicale en psychiatrie. Il y est mentionné que la faible attractivité de certains territoires impactait le recrutement de professionnels de santé compétents dans le secteur psychiatrique. Par exemple, selon le CNEH, si la répartition des psychiatres entre la ville et l'hôpital est équilibrée avec 47,3 % d'entre eux qui exercent en ville, leur répartition territoriale est, elle, à l'image de celle des autres médecins, avec une prédominance marquée des centres urbains et une disparité très importante entre trente départements disposant d'un psychiatre pour 3 333 habitants et un groupe de 13 départements qui ne comptent qu'un seul psychiatre pour 8 473 habitants.³²⁵ De fait, et pour pallier ces manques, les établissements étaient obligés de recruter des « *médecins étrangers dont la maîtrise du français est parfois insuffisante pour bien comprendre les patients* » ou des médecins généralistes dont la qualification reste restreinte pour cette spécialité. Il évoque également le problème de la pénurie de psychiatres libéraux dans ces mêmes régions, ce qui est un facteur négatif évident s'agissant de la prévention des crises psychiatriques. Les surcharges hospitalières n'en sont que plus importantes.³²⁶

³²³ Hospimédia, « Le CGLPL s'interroge sur les modalités de contrôle du respect des droits en psychiatrie par la HAS », publié le 28/03/18, <https://abonnes.hospimedia.fr/articles/20180328-droit-le-cglpl-s-interroge-sur-les-modalites>

³²⁴ ARS Occitanie, Guide juridique et pratique d'accompagnement de la personne âgée en perte d'autonomie à domicile ou en situation de handicap, « Fiche 5.2. Les soins psychiatriques sans consentement », 2023

³²⁵ Rapport d'office parlementaire, « La psychiatrie en France : de la stigmatisation à la médecine de pointe », <http://www.senat.fr/rap/r08-328/r08-3282.html#fnref18>

³²⁶ Cf Annexe 3 sur la répartition du nombre de psychiatres par département

Rapport annuel du contrôleur général des lieux de privation de liberté (CGLPL) de 2018, dossier de presse, p. 10, http://www.cglpl.fr/wp-content/uploads/2019/03/CGLPL_Rapport-annuel-2018_Dossier-de-presse.pdf.

148. Les CGLPL ont également constaté que le manque de liens, d'interactions, entre les urgences générales et les services psychiatriques, ainsi que la « méconnaissance des troubles mentaux » par les soignants (médecins, infirmiers surtout) urgentistes, entraîne régulièrement une mauvaise interprétation des symptômes d'ordre psychiatrique, à une négligence du principe du respect des droits de ces patients dans un contexte de malaise des praticiens pour leur offrir une prise en charge (médication notamment) adaptée. Une meilleure communication entre urgences générales et services psychiatriques permettrait d'éviter ces désagréments et de laisser lesdits services « *qui détiennent l'expertise médicale et juridique nécessaire, (...) veiller aux conditions de prise en charge "en amont" des patients qu'ils reçoivent et (...) mettre en place des mesures adaptées d'échange, de formation, voire d'assistance* »³²⁷.

149. Si l'on considère, comme évoqué au-début de ce chapitre introductif, que la liberté d'aller et venir du patient en soins libres est liée à la possibilité de choisir l'établissement qui l'accueillera ou au moins son secteur géographique, la capacité d'accueil de ces établissements (voir leur existence pour certaines régions) est un facteur déterminant dans le respect de la liberté d'aller et venir en psychiatrie.

150. Pour remédier à ces soucis, les premières réclamations ayant fait grand bruit sous la présidence d'Emmanuel MACRON se sont tenues lors d'un débat consacré aux droits des femmes le 28 février 2019, en Gironde. Le Président de la République avait ainsi été questionné par des soignants sur les problématiques de santé mentale (manque de personnel, manque de place pour accueillir correctement les malades et suffisamment longtemps pour leur garantir une stabilité relative ou complète, manque de moyens pour proposer des thérapeutiques adaptées). Le Dr Chantal BERGEY, médecin-chef du service de psychiatrie d'urgence du Centre Hospitalier Charles-Perrens de Bordeaux a évoqué à cette occasion le regret constaté chez les soignants vis-à-vis des projets retenus en Novembre 2018 concernant les dix nouveaux dispositifs de prise en charge du psychotraumatisme. En effet, ces nouveautés ne feront que creuser les inégalités territoriales puisque, d'ores et déjà, aucune création d'établissement de ce type n'est en Nouvelle-Aquitaine, Pays de la Loire, Bretagne ou encore Normandie. La création de ces centres est pourtant primordiale, et avait été annoncée en 2018, puisqu'ils ont pour but la prise en charge des violences faites aux femmes, en permettant des soins psychiatriques en la matière. Le Président Emmanuel MACRON a alors répliqué que, de toute façon, de manière générale, « *il faut réinvestir dans la psychiatrie et le diagnostic précoce* » pour prévenir les situations qui peuvent l'être et éviter que certaines ne soient ainsi traitées trop tard, et de manière

³²⁷ Idem, p.10-11

inappropriée, « *par la lutte contre la délinquance et le carcéral* » d'individus qui auraient pu être accompagnés et traités en psychiatrie.³²⁸

151. En 2019, le mouvement « Pour un printemps de la psychiatrie » a rassemblé des centaines de professionnels et de patients de ce secteur, lors de deux manifestations. Les professionnels se plaignent tous d'un manque considérable de psychiatres et pédopsychiatres, ainsi que d'un manque de personnel soignant en général, le tout dû au contexte de restriction budgétaire. La fermeture de lits, les locaux vétustes, le manque de personnel compétent et donc de temps pour soigner les malades sont autant de problématiques auxquelles doivent faire face les professionnels du secteur et subir les patients concernés. Jean-Yves HERMENT, infirmier et secrétaire de la Confédération française démocratique du travail (CFDT) au Centre Hospitalier du Rouvray en Seine-Maritime, explique qu'« *il y a en permanence des difficultés, des grèves, des mouvements dans nombre d'hôpitaux qui assurent de la psychiatrie, partout sur le territoire* ». Il poursuit en disant que l'idée de ce mouvement « *n'est pas nécessairement de réunir un nombre record de personnes, c'est de permettre la convergence des luttes régionales au national, de créer des liens entre établissements, que les personnels puissent s'aider les uns les autres pour faire entendre les revendications* ».

152. Plus d'une quinzaine d'établissements participaient à ce mouvement, auquel se sont joints des libéraux. Les revendications se résument à demander des moyens supplémentaires et suffisants pour assurer une prise en charge psychiatrique correcte et humaine. Etant donné la complexité des maladies traitées, la psychiatrie est une discipline qui demande du temps. Monsieur HERMENT ajoute à ce propos que les soignants « *sont obligés de mettre des patients dehors, à la rue, faute de lits, faute de places, faute de fric* ». Des réalités qui sont soutenues par bon nombre de soignants participant à cette même manifestation. Ils citent des exemples qui posent questions en termes de sécurité publique (sorties précoces de patients délirants dont certaines ont eu des conséquences regrettables, des patients ayant fait une tentative de suicide renvoyés chez eux dès le lendemain, sans qu'un suivi post-urgences ne soit mis en place, etc). L'un des infirmiers participant à la manifestation (souhaitant rester anonyme), a rapporté que le directeur de l'établissement public de santé mentale (EPSM) dans lequel il travaille demande aux urgentistes du Centre Hospitalier voisin de lui envoyer un minimum de patients en hospitalisation psychiatrique au profit d'une orientation directement vers des structures ambulatoires. Ainsi, dit-il, « *le directeur peut justifier d'une file active en diminution sur le temps complet, peut continuer à fermer des lits, à faire ses restructurations et supprimer des postes* ».

³²⁸ Hospimédia, « Emmanuel Macron promet une "initiative d'ampleur" à l'automne pour "réinvestir" dans la psychiatrie », publié le 04/03/19, <https://abonnes.hospimedia.fr/articles/20190304-politique-de-sante-emmanuel-macron-promet-une-initiative>

153. Pour illustrer ce phénomène, Eric PLAT, infirmier au Centre hospitalier Laborit et secrétaire général CGT de l'établissement a évoqué la fermeture de 50 lits et la suppression de 90 postes programmés dans le cadre de la restructuration interne sur les années à venir. L'idée était de fermer des lits d'hospitalisation au profit de l'ambulatoire ou des structures médico-sociales. Monsieur PLAT précise cependant que dans lesdites structures, « *le ratio de soignants est beaucoup plus faible, donc lorsqu'on y envoie des patients qui n'étaient pas prêts à sortir, dans une logique purement économique, ils sont vite réhospitalisés* ».

D'autres exemples ont été relevés dans le cortège de soignants qui participaient à cette action : une unité de 20 lits surveillée par un agent de service hospitalier (ASH) la nuit ; un service comportant 50 patients à gérer, laissé aux mains d'une seule infirmière, faute de personnel.

154. Ces manques de moyens et de personnel découlent sur les déviances institutionnelles évoquées précédemment. Mais, si ces contraintes de terrains expliquent - sans pour autant les justifier – ces atteintes à la liberté d'aller et venir du patient en soins libres psychiatriques, le contexte de la crise sanitaire liée à la Covid-19 a eu un impact inévitable sur cette même liberté.

Paragraphe 3. La crise sanitaire liée à la Covid-19, un contexte favorable aux atteintes à la liberté d'aller et venir du patient

155. La crise sanitaire liée à la Covid-19 a complexifié le respect de la liberté d'aller et venir du patient en hospitalisation libre. En effet, pour limiter la propagation du virus, les horaires et possibilités de sorties ont dû être restreints.

Madame FAURE nous livre, là encore, un témoignage important sur cet état de fait. « *En Mars 2020, pendant la période du premier confinement, on a dû arrêter complètement les permissions, les sorties ; ça nous a fait fuir une bonne partie de notre patientèle, il y en a beaucoup qui n'ont pas voulu se faire hospitaliser durant cette période-là à cause de l'impossibilité de sortie. D'autant que, durant le premier confinement, les patients étaient confinés dans leur chambre ; une sorte d'isolement forcé, à cause du Covid. Donc la sortie était non seulement impossible mais la libre circulation au sein de l'établissement n'était pas autorisée non plus.*

Le contexte actuel Covid fait que, j'ai demandé au médecin de réduire drastiquement les permissions de sortie, sauf si cela a un vrai sens thérapeutique, parce que le Covid est souvent amené par les sorties ou les visites. Les visites ont donc été réduites également ; cette restriction a évidemment entaché la liberté du patient. Il y a beaucoup de patients qui s'interrogent par rapport à cela.

Quand je suis arrivée, les médecins donnaient beaucoup de permissions ; aujourd'hui, lors des périodes de recrudescence du Covid, on reste plutôt dans l'optique de restreindre les sorties au maximum en raison de la situation sanitaire.

Notre patientèle est constituée presque exclusivement de gens valides, avec de plus en plus de jeunes depuis la période Covid. C'est une patientèle qui a d'autant plus de mal à accepter l'absence de sortie. On leur explique que c'est une sécurité pour eux et pour le personnel. »

156. L'article 12 du Pacte international relatif aux droits civils et politiques (PIDCP)³²⁹ établit le principe de liberté d'aller et venir au même titre que l'article 13 de la DUDH³³⁰. Cependant, il précise également qu'il peut être apporté des limitations à cette liberté (alinéa 3 dudit article 12), si trois conditions sont remplies. En premier lieu, le cas de cette restriction doit être prévu par la loi. Deuxièmement, cette restriction doit être strictement nécessaire pour garantir la sécurité nationale, l'ordre public, la santé publique, la moralité et/ou les droits et libertés du plus grand nombre. Enfin, troisièmement, les mesures restrictives de la liberté d'aller et venir doivent être respectueuses des droits civils et politiques explicités dans le PIDCP.

157. Effectivement, dans le contexte de cette crise sanitaire liée à la Covid-19, la question du respect de la liberté d'aller et venir a été au centre des préoccupations, pour l'ensemble de la population, mais également dans le secteur de la santé, pour les patients.

Comme en fait état l'article 4 de la DDHC, « (...) *l'exercice des droits naturels de chaque homme n'a de bornes que celles qui assurent aux autres Membres de la Société la jouissance de ces mêmes droits. Ces bornes ne peuvent être déterminées que par la Loi* ». Autrement dit, une liberté peut être limitée par le biais de dispositions légales pour le bien du plus grand nombre. Ce fut le cas lors de la pandémie de Covid-19. La Loi n° 2020-290 du 23 mars 2020 d'urgence pour faire face à l'épidémie de Covid-19 a introduit provisoirement des dispositions relatives à l'état d'urgence sanitaire au sein du Code de la santé publique³³¹.

³²⁹ Article 12 du PIDCP : « 1. *Quiconque se trouve légalement sur le territoire d'un Etat a le droit d'y circuler librement et d'y choisir librement sa résidence.*

2. *Toute personne est libre de quitter n'importe quel pays, y compris le sien.*

3. *Les droits mentionnés ci-dessus ne peuvent être l'objet de restrictions que si celles-ci sont prévues par la loi, nécessaires pour protéger la sécurité nationale, l'ordre public, la santé ou la moralité publiques, ou les droits et libertés d'autrui, et compatibles avec les autres droits reconnus par le présent Pacte.*

4. *Nul ne peut être arbitrairement privé du droit d'entrer dans son propre pays. »*

³³⁰ Cf Introduction de la présente thèse

³³¹ L'article L.3131-15 du CSP prévoit que : « *Dans les circonscriptions territoriales où l'état d'urgence sanitaire est déclaré, le Premier ministre peut, par décret réglementaire pris sur le rapport du ministre chargé de la santé, aux seules fins de garantir la santé publique :*

1° *Réglementer ou interdire la circulation des personnes et des véhicules et réglementer l'accès aux moyens de transport et les conditions de leur usage ;*

2° *Interdire aux personnes de sortir de leur domicile, sous réserve des déplacements strictement indispensables aux besoins familiaux ou de santé ;*

3° *Ordonner des mesures ayant pour objet la mise en quarantaine, au sens de l'article 1er du règlement sanitaire international de 2005, des personnes susceptibles d'être affectées ;*

4° *Ordonner des mesures de placement et de maintien en isolement, au sens du même article 1er, à leur domicile ou tout autre lieu d'hébergement adapté, des personnes affectées ;*

5° *Ordonner la fermeture provisoire et réglementer l'ouverture, y compris les conditions d'accès et de présence, d'une ou plusieurs catégories d'établissements recevant du public ainsi que des lieux de réunion, en garantissant l'accès des personnes aux biens et services de première nécessité ;*

6° *Limiter ou interdire les rassemblements sur la voie publique ainsi que les réunions de toute nature ; (...) ».*

1. Un impact généralisé à tous les secteurs médicaux

158. En effet, concernant les visites des proches dans l'enceinte des établissements de santé, entre le 15 Mars et le 19 Avril 2020, aucune n'était autorisée. Le protocole gouvernemental publié le 19 Avril 2020 est venu assouplir ce point en permettant les visites à la condition que « *les proches signent une charte de bonne conduite par laquelle ils s'engagent à respecter l'intégralité du protocole et des mesures sanitaires. Le contenu de cette charte est adapté selon les contraintes de l'établissement* ». Evidemment, les gestes barrières devaient être respectés (distanciation physique, absence de contact, lavage des mains, port du masque) et la double circulation garantie par l'établissement.³³²

Les patients hospitalisés étaient eux aussi concernés par ces restrictions de liberté, et notamment de liberté d'aller et venir, en particulier sur les sorties en dehors de l'enceinte de l'établissement de santé.

159. Marie-France CALLU³³³ a pu constater les nombreux impacts de ces restrictions liées à l'état d'urgence sanitaire. « *Pendant la période Covid, la pire situation pour les résidents d'EHPAD a été l'isolement en chambre pendant des semaines, sans visite, sans possibilité de voir d'autres résidents, avec pour seules visites des professionnels qui étaient « déguisés ».* Cela a d'ailleurs beaucoup affolé certains résidents, notamment ceux avec des maladie d'Alzheimer et maladies associées (MAMA). Dans les établissements en situation de handicap, l'isolement était presque identique. Les patients ne pouvaient plus sortir, les familles ne pouvaient pas venir. Que ce soit dans les EHPAD ou dans les établissements en situation de handicap, lors du deuxième confinement, les recommandations données par les ARS laissaient des marges de manœuvre pour donner plus de libertés d'aller et venir aux patients afin de rendre cette période plus vivable ; ces marges de manœuvre n'ont pas toujours été utilisées par les établissements, par peur de voir les cas Covid s'accroître. Dans l'exemple des jeunes en situation de handicap, il était possible de laisser les jeunes aller dans leur famille le week-end ; certains établissements ont utilisé cette possibilité et d'autres l'ont permis mais en prévenant que le retour dans l'établissement après le week-end était impossible à cause des contaminations potentielles. Pour les familles, cela pose des problèmes logistiques énormes ; beaucoup préféreraient donc laisser les jeunes en établissement. Il faut comprendre les établissements qui ont également une responsabilité dans l'épidémie de Covid dans leurs locaux. »

³³² Charte des visites autorisées dans le cadre du COVID-19, publié par l'UNIOPSS, élaboré par la direction générale de la cohésion sociale (DGCS) du ministère des solidarités et de la santé.

³³³ Cf Annexe 38

2. Un impact évident dans le secteur de la psychiatrie

160. Cette crise sanitaire est venue amplifier les demandes d'hospitalisation en psychiatrie émanant des patients eux-mêmes, notamment à cause des confinements et des angoisses qui en découlent. « *Le Covid me faisait peur* » disait Monsieur S, en arrivant à l'Hopital Saint Anne de Paris en Avril 2020. Il a présenté, pour la première fois à 78 ans, un épisode dépressif extrêmement sévère.

Laurence PLOIX, infirmière en psychiatrie, a d'ailleurs constaté un changement de public concerné par les troubles mentaux, dans le cadre de la pandémie : « *On n'a plus les mêmes populations à hospitaliser. On a beaucoup de jeunes, beaucoup de personnes âgées qui ne supportent pas les confinements successifs. On a vu beaucoup de gens qui n'avaient jamais été hospitalisés en psychiatrie. C'est-à-dire que, évidemment, on a notre fonds de commerce, des gens qu'on prenait, qui viennent régulièrement et qui viennent moins dans ce contexte sanitaire qui les garde finalement à l'abri. Mais, en fait, on a plus de gens qui viennent pour la première fois.* »

161. Selon le Dr Clément GUILLET, psychiatre, « *un français sur cinq souffre de pathologies mentales ou pourrait en souffrir au cours de sa vie* ». Il explique en ce sens que « *la psychiatrie, ce n'est pas quelque chose qui est à l'écart de la société, ça fait partie de la société.* ».

Lorsqu'une patiente de son service a été testée positive au variant anglais de la Covid-19, tous les patients et soignants ont été testés. Les patients qui devaient rentrer chez eux se sont vu prolonger leur séjour hospitalier, étant cas-contact, restant isolés dans leur chambre jusqu'à la fin de la période d'incubation appliquée à l'époque.

Ce même praticien rapporte qu'« *au bout d'un an de pandémie, il y a des patients qui souffrent d'isolement et qui vont créer soit des premiers épisodes dépressifs, et ça c'est important, ce sont des gens qui n'avaient jamais eu auparavant de maladie psychiatrique. Et puis on a, par contre, des patients qui avaient déjà fait des épisodes dépressifs, qui vont être plus à même de rechuter.* »³³⁴

Le Dr MOUAFFAK, psychiatre, constate, lui aussi, cette recrudescence de nouveaux patients (de nouveaux psychotiques) directement liée à la crise sanitaire et aux mesures de restrictions de liberté.³³⁵

³³⁴ Reportage « 24 heures dans un service psychiatrique au temps du Covid », Loop sider, 6 Avril 2021

³³⁵ Dr MOUAFFAK : « *Il y a certains patients qui sont venus revendiquer avoir découvert un remède pour la maladie. D'autres qui sont persuadés que le virus circule sur la peau. D'autres qui viennent nous dire qu'ils sont à l'origine de l'épidémie.* » : le contexte socio-culturel peut influencer la quantité et les formes de maladies constatées.

162. Quant aux contrôles de ces restrictions, dans ce contexte sanitaire particulier, il s'avère qu'il n'était pas nécessairement efficace et se bornait à des contrôles de forme, autour des procédures mises en place en urgence. Le juge des libertés et de la détention s'est vu attribuer la compétence de statuer concernant les restrictions de la liberté d'aller et venir dans le contexte de la crise sanitaire.

La juge AUBRIOT témoigne sur ce point que *« concrètement, même dans le contrôle des quarantaines Covid, dans nos décisions on va être amené à écrire que « le préfet a dit que Monsieur/Madame X rentre dans les catégories de la loi, donc on maintient la quarantaine » ; on n'aura pas d'appréciation véritable à porter sur la situation de l'intéressé. Ce sont des contrôles de pure forme. Est-ce qu'on a besoin de multiplier tout ça ? Est-ce que la justice en a les moyens ? Je ne pense pas que la justice a les moyens, en effectif de greffe et de magistrat, en matériel ; on est en train de sinistrer totalement nos juridictions et de perdre véritablement le sens de ce qu'est juger. Juger ce n'est pas juste contrôler des mesures administratives. »*

163. Heureusement, ce contexte lié à la Covid-19 ayant impacté la pratique psychiatrique dans le cadre de l'état d'urgence sanitaire, n'était que temporaire. Les soins libres restent la catégorie la plus respectueuse des droits et libertés du patient, tout en garantissant sans trop de difficultés la sécurité publique.

En effet, la plupart du temps, les patients dont l'état ne nécessite pas plus que des soins libres sont rarement une menace à la sécurité publique. Tout juste sont-ils éventuellement une menace pour eux-mêmes, dans le cas des dépressifs sévères par exemple.

Comme le rappellent Karine BERARD et Violaine FAURE, toutes deux directrices d'établissement de santé mentale n'accueillant que des patients en soins libres, si le cas d'un patient s'aggrave de façon trop importante, la solution est de lui imposer certains soins ; on bascule alors dans une forme d'atteinte aux droits et libertés du patient en question, sans que ce dernier n'ait forcément la possibilité d'y consentir. La restriction à la liberté d'aller et venir peut alors être graduelle : modérée avant d'être complète.

Chapitre 2. Les soins sans consentement en ambulatoire, une atteinte modérée à la liberté d'aller et venir du patient

164. Si les soins sous contrainte évoquent le plus souvent l'hospitalisation complète, la loi du 5 juillet 2011 a prévu un élargissement du champ relatif à ce type de soin : les soins sous contrainte en ambulatoire.

165. Sur le plan international, les soins sans consentement extra-hospitaliers sont utilisés dans 75 pays.³³⁶ Ces méthodes de soins extra-hospitaliers sans consentement ont été initiées par les pays d'Europe et les pays anglo-saxons. Lors de leur mise en place, ces méthodes de soins ambulatoires ont suscité de nombreux débats, notamment sur les plans éthique, juridique, sociétal et concernant leur efficacité. Des travaux de recherche ont donc été menés sur la scène internationale afin de déceler le niveau d'efficacité de ces programmes de soins, que ce soit en termes d'amélioration de la qualité de vie des patients, d'optimisation du fonctionnement pour les soignants ou de résultats sur le patient (baisse de taux et/ou de la durée de ré-hospitalisation par exemple). Une étude en particulier démontre notamment que cette méthode de soin entraîne pour le patient une diminution du risque d'être violent.³³⁷ Les données de cette étude ont montré que les résultats du traitement communautaire obligatoire³³⁸ ne laissent présumer d'aucune différence claire dans l'utilisation des services, le fonctionnement social ou la qualité de vie par rapport aux soins volontaires ou à une brève sortie supervisée. Les personnes ayant bénéficié de ce traitement semblaient en revanche moins susceptibles d'être victimes de crimes violents ou non violents. Cependant, il n'est pas clair que cet avantage soit dû à l'intensité du traitement plutôt qu'à son caractère obligatoire. En effet, de courtes périodes de congé conditionnel peuvent s'avérer tout aussi efficaces (ou non) qu'un traitement formel obligatoire dans la communauté étudiée. Malheureusement, les conclusions de cette analyse sont basées sur seulement trois essais de petite envergure, avec un risque important de biais d'insu, et des preuves de qualité controversée. En outre, ces essais cliniques peuvent – dans l'autre sens – ne pas représenter tous les avantages potentiels de cette nouvelle forme de soins.

³³⁶ J. RUGKASA, Effectiveness of community treatment orders: the international evidence. *Can J Psychiatry* 2016, n°61, p.15-24. <https://journals.sagepub.com/doi/10.1177/0706743715620415> ; HAS, Recommandation de bonnes pratiques « Programme de soins psychiatriques sans consentement », 2021.

³³⁷ S-R. KISELY, LA. CAMPBELL, R. O'REILLY, Compulsory community and involuntary outpatient treatment for people with severe mental disorders. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2017, Issue n° 3, CD004408. <https://www.cochranelibrary.com/cdsr/doi/10.1002/14651858.CD004408.pub5/full>

³³⁸ En l'occurrence, dans le cadre de l'étude, il s'agit d'une thérapie comportementale et cognitive, exercée sur le même mode dans l'ensemble des services étudiés pour que la comparaison soit la plus neutre possible, car fondée sur des bases de traitements identiques.

166. Pour mieux appréhender ce nouvel ensemble de soins sous contraintes, intégrant les soins ambulatoires, rappelons qu'en France, la première loi à introduire le principe de soins sous contrainte est la loi Esquirol de 1838, dite loi des « aliénés ». Celle-ci prévoyait déjà trois modalités de soins : le placement volontaire (précédemment évoqué), la prise en charge du patient sous contrainte à la demande d'un membre de la famille ou sur demande de l'autorité publique (soins contraints). Cependant, dans chacun de ces trois cas, la loi ne prévoyait qu'une possibilité de sortie définitive.

La circulaire du 4 Juin 1957 est venue diversifier les possibilités de sortie en prévoyant des « sorties d'essai », ayant conduit à la mise en place d'une forme de prise en charge extrahospitalière, qui reste malgré tout sans consentement (même si le patient n'est pas enfermé). Ces nouvelles formes de soins ont permis de réduire les temps d'hospitalisations complètes et, de fait, de libérer des lits.

Par la suite, la loi du 27 juin 1990³³⁹, relative aux droits et à la protection des personnes hospitalisées en raison de troubles mentaux et à leurs conditions d'hospitalisation a introduit deux autres formes d'hospitalisations complètes, à la demande d'un tiers (HDT) et d'office (HO). Elle a également permis de légiférer sur les sorties d'essai et les hospitalisations libres qui restent le principe en psychiatrie comme dans toutes les spécialités médicales³⁴⁰.

Finalement, les lois du 5 juillet 2011³⁴¹ et du 27 septembre 2013³⁴² sont venues modifier les dispositions concernant les soins sans consentement. En effet, la loi de 2013 introduit une nouvelle forme de soins sans consentement, les programmes de soins psychiatriques. Elle a également étoffé le concept d'admission en soin psychiatrique sans consentement en cas de péril imminent (SPPI), dans le cas où l'admission via la demande d'un tiers s'avère impossible. En outre, une nouveauté majeure résulte de ces lois : un contrôle systématique des hospitalisations complètes par le juge des libertés et de la détention (JLD)³⁴³.

167. D'après une enquête réalisée par l'Institut de recherche et de documentation en économie de la santé (IRDES)³⁴⁴, il a été estimé en 2015, en France, que sur une population de 1,7 million de personnes suivies en établissements psychiatriques (publics ou privés), 92 000

³³⁹ Loi n°90-527 du 27 Juin 1990 relative aux droits et à la protection des personnes hospitalisées en raison de troubles mentaux et à leurs conditions d'hospitalisation. Publiée au Journal Officiel du 30 Juin 1990, n°7664.

³⁴⁰ Op. cit. HAS, Rapport d'élaboration, Fiche mémo « Aide à la rédaction des certificats et avis médicaux dans le cadre des soins psychiatriques sans consentement d'une personne majeure à l'issue de la période d'observation de 72 heures », mars 2018

³⁴¹ 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. Publié au Journal Officiel le 6 Juillet 2011, n°11705.

³⁴² 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. Publiée au Journal Officiel du 29 Septembre 2013, n°16230.

³⁴³ Op. cit. Rapport HAS, mars 2018

³⁴⁴ M.COLDEFY, S. FERNANDES, D. LAPALUS, « Les soins sans consentement en psychiatrie : bilan après quatre années de mise en oeuvre de la loi du 5 juillet 2011 », Institut de recherche et documentation en économie de la santé, Quest Econ Santé 2017, 222.

d'entre elles ont été prises en charge en soins sans consentement en psychiatrie (soit 5,4 % de la patientèle totale suivie en psychiatrie) dont 37 000 pris en charge en programmes de soins psychiatriques³⁴⁵ (2,1 % des patients suivis). Cette même enquête démontre également que les hospitalisations à temps plein en soins sans consentement représentent 24 % des admissions et qu'environ 40 % de ces patients hospitalisés sans consentement, ont bénéficié d'un programme de soins psychiatriques à la fin de leur séjour.

En outre, le nombre de patients ayant recours à ces soins ambulatoires (programme de soins) semble augmenter en France. En effet, d'après l'Atlas de la santé mentale (en France), en 2018, parmi environ 96 000 personnes ayant subi des soins sans consentement, plus de 42 000 ont été soignées via un programme de soins³⁴⁶.

Cette augmentation peut être expliquée par différents facteurs, notamment la prolongation de la durée moyenne de soins sans consentement en ambulatoire, via la mise en place de ces programmes de soins, mais aussi par l'augmentation des prises en charge pour péril imminent³⁴⁷. Ce dispositif de soins en cas de péril imminent a été créé pour faciliter - simplifier - l'admission d'un patient qui se trouve isolé socialement, mais dont l'état nécessite des soins d'urgence. Cependant, cette prise en charge spécifique implique tout de même de justifier de l'existence d'un péril imminent pour la santé du patient, ainsi qu'une preuve de la recherche du tiers restée infructueuse. Bien qu'importantes dans une optique de respect des droits du patient, ces vérifications sont pourtant disparates selon les territoires.

168. Diverses études³⁴⁸ ont démontré que la majorité des patients en programme de soins souffrent de troubles psychiatriques sévères, particulièrement de troubles psychotiques comme la schizophrénie, ou encore de psychose paranoïaque délirante, de troubles délirants, ou de troubles sérieux de l'humeur. La majorité sont des hommes, évidemment dans l'impossibilité de consentir aux soins (condition sine qua non pour justifier des soins sans consentement). Leur discernement se trouve altéré et, de fait, ils ne sont pas conscients de leurs troubles, ce qui implique qu'ils reçoivent des soins réguliers et une surveillance adéquate. La gravité de ces troubles mentaux (ceux le plus souvent concernés par les soins contraints) peut également être démontrée par la diminution de l'espérance de vie qui en découle. Cette diminution se chiffre en moyenne à hauteur de 16 ans chez les hommes et de 13 ans chez les femmes³⁴⁹.

³⁴⁵ Cf définition dans le Titre 1, Chapitre 2, Section 2 de la présente thèse

³⁴⁶ M. COLDEFY, C. GANDRE, *Atlas de la santé mentale en France*. Paris, IRDES, 2020. <https://www.irdes.fr/recherche/ouvrages/007-atlas-de-lasante-mentale-en-france.pdf>

³⁴⁷ Cf définition à l'Introduction, Section 2, Paragraphe 2, A) de la présente thèse

³⁴⁸ J. RUGKASA, « Effectiveness of community treatment orders: the international evidence », *Can J Psychiatry* 2016, n°61(1), p.15-24, <http://dx.doi.org/10.1177/0706743715620415>

³⁴⁹ M. COLDEFY, S. FERNANDES, D. LAPALUS, « Les soins sans consentement en psychiatrie : bilan après quatre années de mise en oeuvre de la loi du 5 juillet 2011 », *Institut de recherche et documentation en économie de la santé, Quest Econ Santé* 2017, 222.

169. Cet engouement grandissant pour cette forme de soins sans consentement s'explique sans doute par sa relative facilité de mise en œuvre, le fait qu'elle libère des lits en hospitalisation et qu'elle soit moins liberticide, notamment sur le plan de la liberté d'aller et venir du patient concerné. En effet, c'est une forme de soins très paradoxale dans la mesure où le programme de soins en lui-même n'est pas imposé au patient – puisqu'il est nécessaire qu'il l'observe au quotidien et donc qu'il soit d'accord sur ce principe – mais son contenu, en revanche, l'est. (Section 1). Cependant, malgré tous ses avantages, il existe des lacunes législatives qui engendrent des débats sur le bien-fondé de ces programmes de soins et l'impact réel qu'ils ont sur les libertés du patient, y compris sur sa liberté d'aller et venir. En effet, le paradoxe de l'absence de consentement sur le contenu du PDS, avec la volonté manifeste d'observance du PDS malgré cela, rend les limites de la liberté d'aller et venir du patient très floues dans ce contexte (Section 2).

Section 1. Le programme de soins : une atteinte relative à la liberté d'aller et venir du patient

170. À l'issue d'une hospitalisation complète sans consentement³⁵⁰, il peut être proposé au patient concerné un passage en programme de soins psychiatriques sans consentement, c'est-à-dire en soins sans consentement mais en ambulatoire, nommé « programme de soins psychiatriques sans consentement », dit PDS.

Il s'agit d'une forme nouvelle de soins sans consentement (Paragraphe 1) qui, pour être un succès, doit être envisagé correctement, en amont (Paragraphe 2), être correctement mis en œuvre en fonction des besoins du malade (Paragraphe 3) et procurer un suivi optimal au patient qui en bénéficie avant de lever la mesure si l'état clinique de ce dernier le permet (Paragraphe 4).

Paragraphe 1. Le programme de soins psychiatriques : un soin ambulatoire sans consentement

G. VIDON, MC HARDY-BAYLE, N. YOUNES, « Quelle place pour les soins sans consentement en ambulatoire ? », propos de l'enquête IDF sur les programmes de soins, Info Psy 2015, n°91(7), p.602-7., <http://dx.doi.org/10.1684/ipe.2015.1368>

Thèse (doctorat de médecine) de L. JOLIVET, « Le programme de soin, une nouvelle perspective du soin en psychiatrie : outil juridique ? Outil thérapeutique ? », Toulouse, Université Paul Sabatier, 2015. <http://thesesante.ups-tlse.fr/935/1/2015TOU31548.pdf>

Thèse (doctorat de médecine) de M. RAMUS-HOUSTIN, « Les programmes de soins : place, recours et efficacité des soins psychiatriques sans consentement en ambulatoire. Etude observationnelle d'analyse des pratiques au CHRU de Tours », Université François Rabelais, Tours, 2018, http://memoires.scd.univtours.fr/Medecine/Theses/2018_Medecine_RamusMalgorzata.pdf

Thèse (doctorat de médecine) de A. LAFOSSAS, « Le programme de soins : étude des pratiques dans le pôle universitaire de psychiatrie adulte du centre hospitalier Charles Perrens », Bordeaux, Université Victor Segalen, 2016.

M. COLDEFY, C. GANDRE, « Personnes suivies pour des troubles psychiques sévères : une espérance de vie fortement réduite et une mortalité prématurée quadruplée ». IRDES, Quest Econ Santé 2018, 237.

³⁵⁰ Cf Chapitre suivant de la présente thèse

171. Pour rappel, le dispositif des soins sans consentement issu de la loi du 5 juillet 2011 a introduit une catégorie de soins sans consentement autre que ceux dispensés sous forme d'hospitalisation complète. Il s'agit d'avoir recours à l'ambulatoire, dans le cadre de ces « programmes de soins psychiatriques sans consentement »³⁵¹.

En France, en 2018, il a été dénombré près de 42 000 patients ayant été suivis dans le cadre d'un PDS psychiatrique.³⁵² Pour aider à la bonne conduite de ces soins (et étant donné leur succès), la HAS a mis en œuvre un guide de bonnes pratiques professionnelles qui détaille environ 44 préconisations, et met trois outils pratiques à disposition des professionnels, pour la mise en œuvre de ces programmes et le bon déroulement de leur suivi.³⁵³

172. Ces préconisations portent sur la définition d'indications et de contre-indications au PDS, les différentes étapes de sa mise en œuvre, les étapes de la réintégration du patient en hospitalisation complète sans consentement si nécessaire, la méthode en cas d'hospitalisation à la demande du patient, l'accompagnement de ce dernier durant sa prise en charge en soulignant l'importance du renforcement de l'alliance thérapeutique pour favoriser un retour progressif à des soins consentis, les clés d'un meilleur suivi et d'une meilleure coordination acteurs/soins/services proposés aux patients (sans oublier une meilleure information de ce dernier). Les outils proposés par la HAS sont un outil d'autoévaluation des pratiques professionnelles, (ou « grille patient traceur ») qui permet d'évaluer le parcours du patient, un outil de prévention des rechutes du patient (dit « plan de prévention partagé ») et un outil livret d'information du patient.

173. Le programme de soins psychiatriques (PDS) est une méthode de soins sans consentement proposant une alternative à l'hospitalisation complète. Il s'inscrit dans le parcours de soins du patient et est, par exemple, une étape possible entre une hospitalisation sans consentement et des soins librement consentis³⁵⁴.

Le PDS est officialisé et matérialisé par un document écrit, rédigé après un entretien réalisé avec le patient durant lequel son avis est recueilli. C'est le psychiatre de l'établissement de santé d'accueil qui établit ce programme de soins en fonction des besoins du malade, généralement à

³⁵¹ 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. Publié au Journal Officiel le 6 Juillet 2011, n°11705.

³⁵² HAS, « Programme de soins psychiatriques sans consentement », mis en ligne le 21 avril 2021, https://www.has-sante.fr/jcms/p_3260568/fr/programme-de-soins-psychiatriques-sans-consentement-mise-en-oeuvre

³⁵³ Op. cit. Rapport HAS, 2018

³⁵⁴ AdESM, Programmes de soins, Unités pour Malades Difficiles : Parution du décret n° 2016-94 du 1er février 2016, mis à jour le 20 mai 2020, <https://www.adesm.fr/programmes-de-soins-unites-pour-malades-difficiles-parution-du-decret-n-2016-94-du-1er-fevrier-2016-portant-application-des-dispositions-de-la-loi-du-27-septembre-2013-relative-aux-droits-et/>

l'issue d'une période d'hospitalisation complète durant laquelle il aura eu le temps de déterminer le suivi nécessaire et les perspectives d'évolution. Le PDS est donc destiné à des patients qui doivent recevoir (ou continuer à recevoir) des soins et un suivi clinique réguliers sans pour autant nécessiter le maintien en hospitalisation complète, mais qui sont encore trop fragiles ou instables pour être placés en soins libres.³⁵⁵

174. La difficulté principale que l'on peut d'ores et déjà déceler, est d'évaluer la capacité du patient à consentir. Cinq éléments de réflexion peuvent aider à cette évaluation : la capacité du patient à recevoir une information adaptée, sa capacité à comprendre et écouter, sa capacité à raisonner « normalement », sa capacité à exprimer intelligiblement sa décision et la constance de sa décision dans le temps³⁵⁶. L'écrit du PDS précise les types de soins qui seront pratiqués et leurs conditions de réalisation (lieux, périodicité)³⁵⁷. Selon l'état clinique du patient, le PDS

³⁵⁵ Article L. 3211-2-1 du CSP

Article R. 3211-1 du CSP : « I.-Le programme de soins prévu à l'article L. 3211-2-1 est établi et modifié par un psychiatre qui participe à la prise en charge de la personne faisant l'objet de soins psychiatriques en application des chapitres II et III du présent titre ou de l'article 706-135 du code de procédure pénale. Ce document mentionne l'identité du psychiatre qui l'établit, celle du patient et le lieu de résidence habituel de ce dernier.

II.-Le programme de soins indique si la prise en charge du patient inclut une ou plusieurs des modalités mentionnées au 2° de l'article L. 3211-2-1 ainsi que l'existence d'un traitement médicamenteux prescrit dans le cadre des soins psychiatriques. Il précise, s'il y a lieu, les modalités du séjour en établissement de santé ou la fréquence des consultations ou des visites en ambulatoire ou à domicile et, si elle est prévisible, la durée pendant laquelle ces soins sont dispensés. Il mentionne l'ensemble des lieux où se déroulent ces prises en charge. Le programme ne comporte pas d'indications sur la nature et les manifestations des troubles mentaux dont souffre le patient, ni aucune observation clinique, ni la mention ou les résultats d'examen complémentaires. Lorsque le programme inclut l'existence d'un traitement médicamenteux, il ne mentionne ni la nature ni le détail de ce traitement, notamment la spécialité, le dosage, la forme galénique, la posologie, la modalité d'administration et la durée.

III.-L'élaboration du programme et ses modifications sont précédées par un entretien au cours duquel le psychiatre recueille l'avis du patient, afin de lui permettre de faire valoir ses observations. Au cours de cet entretien, le psychiatre lui délivre l'information prévue au II de l'article L. 3211-2-1 et lui indique en particulier que le programme de soins peut être modifié à tout moment pour tenir compte de l'évolution de son état de santé et qu'il peut proposer son hospitalisation complète notamment en cas d'une inobservance de ce programme susceptible d'entraîner une dégradation de son état de santé. La mention de cet entretien est portée sur le programme de soins et au dossier médical du patient. La modification du programme par un psychiatre qui participe à la prise en charge du patient peut intervenir à tout moment pour l'adapter à l'état de santé de ce dernier. Le psychiatre transmet au directeur de l'établissement le programme de soins et les programmes modificatifs lorsqu'ils ont pour effet de changer substantiellement la modalité de prise en charge du patient.

IV.-Lorsque la décision de soins psychiatriques a été prise en application du chapitre III du présent titre ou de l'article 706-135 du code de procédure pénale, le directeur de l'établissement de santé transmet sans délai au préfet du département ou, à Paris, au préfet de police, une copie du programme de soins prévu à l'article L. 3211-2-1 et du certificat médical prévu au troisième alinéa de l'article L. 3211-2-2. Il lui transmet les programmes suivants accompagnant les certificats médicaux mentionnés à l'article L. 3211-11 et au I de l'article L. 3213-3. Le représentant de l'Etat ou à Paris, le préfet de police est informé de la modification du programme de soins lorsque celle-ci a pour effet de changer substantiellement la modalité de prise en charge du patient, afin de lui permettre, le cas échéant, de prendre un nouvel arrêté. A cet effet, le directeur de l'établissement lui adresse le certificat médical proposant la modification substantielle du programme de soins ainsi que l'avis du collège mentionné à l'article L. 3211-9.

V.-Les décisions des directeurs d'établissement et les arrêtés préfectoraux décidant ou modifiant la forme de la prise en charge, ainsi que les programmes de soins les accompagnant, sont remis au patient par un membre de l'équipe soignante de l'établissement de santé d'accueil ou de la structure assurant la prise en charge du patient. »

³⁵⁶ HAS, Recommandation de bonnes pratiques, Programme de soins psychiatriques sans consentement, 25 mars 2021

³⁵⁷ Article R. 3211-1 du CSP

peut contenir des consultations externes à tout établissement de santé (en ambulatoire, chez un psychiatre indépendant par exemple), en centre médico-psychologique (CMP), en centre d'accueil thérapeutique à temps partiel (CATTP) ou dans le cadre de courts séjours hospitaliers, en hôpital de jour ou de nuit (avec évidemment une majorité de nuits et de jours en dehors de l'hôpital pour considérer que le patient n'est pas en hospitalisation). Le PDS peut également impliquer des soins et/ou hospitalisations à domicile, des soins de groupes, des consultations spécialisées (en addictologie par exemple), des entretiens avec les soignants (psychiatres, psychologues, infirmiers), des mises en situation en appartements thérapeutiques, en appartements associatifs, ou en établissements post-cure³⁵⁸. Évidemment, un suivi social est pratiqué le plus souvent, le PDS ayant pour principal objectif d'aider le patient à sa réinsertion dans la société avant un retour en soins libres, si possible.

175. En résumé, l'objectif d'un PDS est de proposer des soins et services adaptés aux besoins spécifiques des patients en sortie d'hospitalisation complète sans consentement mais qui nécessitent toujours une surveillance médicale régulière (et non plus suffisamment constante pour justifier le maintien en hospitalisation)³⁵⁹. Le PDS permet au patient de réintégrer la société tout en conservant un lien avec le milieu psychiatrique où il continuera à être suivi de manière obligatoire, par l'équipe qui en a la charge. Ce suivi peut évoluer au fil du PDS, et être ainsi renforcé ou assoupli par les différents professionnels de santé, voire réparti différemment entre les intervenants de l'hôpital et les professionnels indépendants. Ce programme nécessite une préparation conséquente pour sécuriser la sortie d'hospitalisation complète du patient et garantir au mieux l'observance médicamenteuse. Il est nécessaire d'accompagner le patient et de lui imposer un suivi régulier pour contrôler cette observance notamment. Outre le regain de liberté pour le patient, notamment de sa liberté d'aller et venir qui ne se trouve plus autant entravée que dans le cadre d'un établissement hospitalier (et surtout de l'hospitalisation complète sans consentement), le PDS permet à ce dernier de se responsabiliser vis-à-vis de sa maladie et de la façon de la gérer. Il devient acteur de ses propres soins par le biais de cette alliance thérapeutique existante entre l'équipe médicale qui le suit périodiquement et lui-même, maître de la bonne marche de son PDS.

176. En outre, le PDS a pour but de limiter la durée d'une hospitalisation sans consentement afin de libérer des lits mais aussi d'éviter le maintien d'une contrainte totale sur le patient, à long terme. Le PDS favorise également les soins psychiatriques ambulatoires, auprès des praticiens indépendants. L'idée est finalement de prévenir les ruptures de prise en charge et d'éviter un passage de brutal d'une hospitalisation complète aux soins libres, ce qui entraîne souvent des rechutes chez le patient pour qui la transition est trop rapide et insuffisamment

³⁵⁸ Op. cit Recommandation HAS, mars 2021

³⁵⁹ Ibid

préparée. Le PDS est, bien sûr, évolutif et doit être pensé dans une optique de stabilisation du patient, de facilitation de sa réhabilitation psychosociale, et au final de rétablissement (ou du moins d'absence de rechute si sévère qu'elle implique un retour à « la case départ », en hospitalisation complète).

177. En résumé, le PDS s'appuie sur une articulation entre les secteurs sanitaires intra et extra hospitaliers, les acteurs ambulatoires, ainsi que sur les secteurs social et médicosocial. Il s'inscrit donc, dans une logique de parcours de santé, en suivant un objectif transitionnel, à la recherche d'un retour progressif à des soins « libres » (c'est-à-dire consentis). De fait, le PDS ne peut constituer une fin en soi et reste limité dans le temps, permettant de créer une poursuite des soins personnalisée, jusqu'à guérison du patient si possible³⁶⁰. Le PDS est donc souvent réévalué pour être adapté aux changements de l'état clinique du patient, voire même suspendu si le besoin n'existe plus.

Paragraphe 2. Envisager un programme de soins : un ensemble d'étapes complexes

178. Le PDS n'est pas forcément prescriptible à tous les patients en psychiatrie. Il implique une procédure administrative bien précise (A), doit avoir un rapport bénéfice/risque positif pour le patient concerné (B) et doit faire l'objet d'une organisation précise autour de soins adaptés, après une sortie d'hospitalisation complète préparée (C).

A. Amorcer le programme de soins : entre possibilités et contraintes administratives

179. Avant tout, un PDS est toujours précédé d'une hospitalisation complète en soins sans consentement, puisqu'il est l'étape intermédiaire entre cette hospitalisation et le retour en soins libres³⁶¹.

Lorsqu'une personne est admise en soins psychiatriques sans son consentement (qu'importe le mode d'admission), elle doit faire initialement l'objet d'une période d'observation de 72 heures maximum, durant laquelle des soins sont pratiqués. Cette période doit permettre la rédaction de deux certificats par un psychiatre : un au bout de 24 heures et un deuxième, dit de 72 heures.³⁶²

³⁶⁰ Haute Autorité de santé. Démarche centrée sur le patient : information, conseil, éducation thérapeutique, suivi. Saint-Denis La Plaine: HAS; 2015. https://www.has-sante.fr/jcms/c_2040144/fr/demarche-centree-sur-le-patient-information-conseil-education-therapeutique-sui

³⁶¹ Articles L. 3211-2-1 et R. 3211-1 du CSP

³⁶² Article L3211-2-2 du CSP : « Dans les soixante-douze heures suivant l'admission, un nouveau certificat médical est établi dans les mêmes conditions que celles prévues au deuxième alinéa du présent article. Lorsque les deux certificats médicaux ont conclu à la nécessité de maintenir les soins psychiatriques, un psychiatre de l'établissement d'accueil propose dans un avis motivé, établi avant l'expiration du délai de soixante douze heures mentionné au troisième alinéa du présent article, la forme de la prise en charge mentionnée aux 1° et 2° de l'article L. 3211-2-2 du CSP et, le cas échéant, le programme de soins. »

Puis, dans les 72 heures suivant l'admission en hospitalisation, le psychiatre hospitalier va se prononcer soit en faveur d'une levée des soins sans consentement, soit en faveur de la poursuite de cette mesure de soins sans consentement, avec la possible mise en place d'un PDS (le passage en hospitalisation complète précédant ledit PDS peut donc être de moins de 72h seulement). Si le psychiatre décide la levée de ces soins, le patient peut quitter complètement l'hôpital ou demander une hospitalisation libre.

Rappelons que, en cas de soins à la demande d'un tiers (SDT) ou de soins en cas de péril imminent pour la santé du patient (SPI), ou encore pour des personnes en situation de précarité, c'est le directeur de l'établissement qui prononce l'admission en soins sans consentement. En revanche, dans le cadre d'une admission en soins sur décision du représentant de l'État (SDRE), le maire (ou le commissaire de police si l'on est à Paris) peut engager une mesure provisoire, mais c'est le préfet qui, au final, prononcera la mesure³⁶³.

Cette admission en soins sans consentement engendre une notification de décision qui est systématiquement remise au patient (qu'il s'agisse de celle du directeur d'établissement ou de l'arrêté préfectoral), et donne lieu à une information délivrée à intervalles réguliers quant au maintien ou non de la mesure sans consentement.

Au final, où se situent les contraintes ou possibilités dont vous parlez dans l'intitulé ? Ce n'est pas très clair.

B. Pertinence d'un programme de soins : une liberté d'aller et venir pas toujours souhaitable pour le patient

180. Si le PDS présente des avantages évidents dans le processus de soins psychiatrique, en proposant un retour en douceur à des soins libres après une hospitalisation complète sans consentement, cette phase de transition n'est pas forcément préconisée pour toutes les catégories de patients. Il s'agit d'en connaître les indications (1) et les contre-indications (2) pour apporter un bénéfice réel au patient concerné.

1. Indications en faveur du PDS

181. Le critère principal concerne le caractère justifié d'un PDS. Le patient doit avoir besoin d'une surveillance régulière mais plus constante (ce qui légitime l'arrêt de l'hospitalisation sous contrainte) mais ne doit pas être suffisamment autonome pour observer des soins seuls, de façon

³⁶³ Article L. 3213-2 du CSP : « En cas de danger imminent pour la sûreté des personnes, attesté par un avis médical ou, à défaut, par la notoriété publique, le maire et, à Paris, les commissaires de police arrêtent, à l'égard des personnes dont le comportement révèle des troubles mentaux manifestes, toutes les mesures provisoires nécessaires, à charge d'en référer dans les vingt-quatre heures au représentant de l'Etat dans le département qui statue sans délai et prononce, s'il y a lieu, un arrêté d'hospitalisation d'office dans les formes prévues à l'article L. 3213-1. Faute de décision du représentant de l'Etat, ces mesures provisoires sont caduques au terme d'une durée de quarante-huit heures. »

libre, sans nécessiter de suivi quant à l'observance de son traitement. Le PDS est prescrit par un psychiatre de l'établissement où est hospitalisé le patient.

Rappelons que, de manière générale, le recours aux soins sans consentement en psychiatrie est justifié à partir d'éléments cliniques chez le patient concerné, notamment lorsque la conscience de son trouble mental ou de son besoin imminent de soins est altérée voire inexistante, ou encore lorsque ce dernier présente des troubles psychiatriques sévères.

Le PDS s'adresse aussi bien à des patients présentant des pathologies psychiatriques à évolution chronique qu'à ceux atteints de troubles psychiatriques sévères (par exemple, des troubles schizophréniques, des épisodes psychotiques, des troubles bipolaires, des délires, des troubles graves de l'humeur ou de la personnalité, etc.).

Un PDS peut également être administré à des patients présentant des situations cliniques considérées comme à risque de rechute, comme les « moments féconds »³⁶⁴ (comprendre la réactivation de la pathologie), ceux ayant réalisé des ruptures de soins à répétition³⁶⁵, les patients ayant une mauvaise observance thérapeutique (souvent la source de rechutes à la sortie d'hospitalisation complète), ceux ayant commis une répétition d'hospitalisations ou de conduites à risque (comme les conduites addictives).

182. Cependant, si ces situations à risque n'excluent pas un PDS, la situation clinique reste à prendre en compte dans son élaboration et modifie grandement la teneur du programme établi. En effet, sa rédaction s'appuie sur des considérations médicales (prise en compte de l'ensemble des compétences de l'équipe pluriprofessionnelle référente), mais aussi sur des considérations d'ordre sanitaire, social et médico-social.

Plus précisément, les facteurs à prendre en compte sont les éventuelles alliances thérapeutiques déjà existantes et l'adhésion aux soins d'ores et déjà constaté, le parcours de soins antérieurs du patient évidemment (retour en hospitalisation à répétition, absence d'observance du traitement, etc.), le degré d'autonomie du patient concerné, son niveau de compréhension également et ses possibilités d'adhésion au PDS³⁶⁶, sans oublier le bilan social/familial du patient qui conditionne sa vie à l'extérieur de l'établissement hospitalier. Le PDS intègre les conditions de vie en prenant en compte la présence ou l'absence d'entourage rapproché ou

³⁶⁴ Termes d'affection employé par la HAS

³⁶⁵ Recommandation n° 57. Haute Autorité de Santé. Dangersité psychiatrique : étude et évaluation des facteurs de risque de violence hétéro-agressive chez les personnes ayant des troubles schizophréniques ou des troubles de l'humeur. Audition publique « Certains patients sont connus pour s'inscrire en rupture de soins à répétition. Plutôt que de répéter indéfiniment la mise en place de réponses en urgence, il peut être nécessaire de poursuivre des soins sans consentement en ambulatoire. »

³⁶⁶ Haute Autorité de Santé. Modalités de prise de décision concernant l'indication en urgence d'une hospitalisation sans consentement d'une personne présentant des troubles mentaux. Recommandations pour la pratique clinique. Saint-Denis La Plaine: HAS; 2005. https://www.has-sante.fr/jcms/c_272435/fr/modalites-deprise-de-decision-concernant-l-indication-en-urgence-dune-hospitalisation-sans-consentement-d-une-personne-presentant-des-troubles-mentaux ; HAS, Rapport d'élaboration, Fiche mémo « Aide à la rédaction des certificats et avis médicaux dans le cadre des soins psychiatriques sans consentement d'une personne majeure à l'issue de la période d'observation de 72 heures », mars 2018

même de famille (vie maritale, en couple, célibat, isolement, présence de mineurs à charge, etc.), ses ressources financières, son logement et l'état de ce dernier, sa situation de protection juridique (tutelle/curatelle), etc.

En fonction de ces différentes analyses des situation cliniques, sociales et environnementales du patient, un point régulier est effectué par le psychiatre prescripteur sur la balance bénéfiques/risques tout au long du déroulement du PDS (mais aussi du parcours de soins psychiatriques).

2. Contre-indications, précautions et points de vigilance

183. Un PDS peut également être contre-indiqué dans certains cas. Si le patient consent de lui-même aux soins et est engagé activement dans un suivi clinique, les soins sans consentement ont lieu d'être arrêtés au profit d'un suivi libre ; le PDS n'est donc pas nécessaire. Si, étant donné son état clinique, le patient a manifestement toujours besoin de soins et d'une surveillance médicale constante, l'hospitalisation complète sans consentement devra être maintenue et le PDS ne pourra être envisagé dans l'immédiat.

184. Outre ces cas de figure plus ou moins évidents, certaines caractéristiques de la situation clinique ou sociale du patient sont considérées par la HAS comme incompatibles avec la mise en œuvre d'un PDS. C'est le cas pour les pathologies ou troubles non psychiatriques tels que les troubles cognitifs ou neurodégénératifs majeurs entravant la capacité de consentement (démence, etc.). C'est également le cas lorsqu'il existe un désaccord du patient sur son traitement médicamenteux, entraînant un risque élevé de non-observance. Cette contre-indication peut cependant être temporaire si le patient finit par accepter son traitement. Le PDS s'avère impossible (en toute logique) pour les patients en soins pénalement ordonnés ou les détenus atteints de troubles mentaux, puisque leur liberté d'aller et venir est pénalement restreinte, dans le cadre de leur condamnation³⁶⁷. Enfin le PDS est contre-indiqué lorsque le patient ne dispose pas d'un hébergement pérenne (migrant, sans domicile fixe, exclus d'un foyer, etc.). Dans ce cas, le PDS ne sera possible que si un hébergement est trouvé afin de garantir la bonne observance des soins et le bon suivi du PDS extrahospitalier (visite des soignants par exemple).

A. La sortie d'hospitalisation avant l'entrée en PDS : une manœuvre à prévoir

³⁶⁷ Article L3214-1 II du CSP : « II.-Lorsque leurs troubles mentaux rendent impossible leur consentement, les personnes détenues peuvent faire l'objet de soins psychiatriques sans consentement en application de l'article L. 3214-3. Les personnes détenues admises en soins psychiatriques sans consentement sont uniquement prises en charge sous la forme mentionnée au 1° du I de l'article L. 3211-2-1. Leur hospitalisation est réalisée dans un établissement de santé mentionné à l'article L. 3222-1 au sein d'une unité hospitalière spécialement aménagée ou, sur la base d'un certificat médical, au sein d'une unité adaptée. »

185. Une fois les critères d'élaboration d'un PDS remplis, la préparation de la sortie d'hospitalisation est une étape tout aussi importante et s'envisage d'ailleurs dès l'admission du patient. Cette préparation implique aussi bien le patient que l'équipe pluriprofessionnelle référente, toujours sous la responsabilité du psychiatre référent qui reste maître de la décision finale de maintien ou non de l'hospitalisation.

La HAS préconise, dans le cadre de cette préparation, d'identifier et d'associer systématiquement l'entourage proche, la personne de confiance ou la personne chargée de la protection juridique du patient. L'accord du patient est évidemment nécessaire pour ce faire. Il est également préconisé d'associer à cette discussion le médecin traitant du patient concerné, qui sera évidemment un partenaire majeur de la prise en charge en PDS, ainsi que l'ensemble des acteurs impliqués dans le parcours de santé du malade. Le patient devra en être informé et ne pas s'y opposer manifestement. Plus précisément, un patient opposé à un passage en PDS ne pourra y être contraint : il restera en hospitalisation complète jusqu'à ce qu'il adhère au PDS ou qu'il puisse sortir directement de l'hôpital. Le bilan social et familial, effectué en amont de la phase de sortie d'hospitalisation complète, est également pris en compte pour débiter le PDS correctement et organiser la sortie en conséquence. La période d'hospitalisation du patient et de la stabilisation de son état de santé (du moins suffisamment pour envisager un PDS), permet d'instaurer un climat de confiance avec le patient pour amorcer une alliance thérapeutique stable.

186. Idéalement et selon l'état clinique du patient, des autorisations de sortie courtes³⁶⁸, accompagnées ou non, peuvent précéder la mise en place du PDS afin d'habituer le patient à davantage d'autonomie et de liberté d'aller et venir, tout en constituant un essai efficace pour permettant au psychiatre de conforter ou non son choix (capacité d'autonomie, respect des consignes, etc.). Cette étape préalable possible, reste non indispensable bien que fortement recommandée par la HAS dans son guide de bonne pratique du PDS. Ces sorties permettent une évolution progressive entre l'hospitalisation complète et le programme de soins.

³⁶⁸ Art.L3211-11-1 du CSP : « Pour motif thérapeutique ou si des démarches extérieures s'avèrent nécessaires, les personnes hospitalisées sans leur consentement peuvent bénéficier d'autorisations de sorties de l'établissement de courte durée n'excédant pas douze heures. La personne malade est accompagnée par un ou plusieurs membres du personnel de l'établissement pendant toute la durée de la sortie.

L'autorisation d'absence de courte durée est accordée par le directeur de l'établissement de santé après avis favorable du psychiatre responsable de la structure médicale concernée.

Dans le cas d'une hospitalisation d'office, le directeur de l'établissement transmet au représentant de l'Etat dans le département les éléments d'information relatifs à la demande d'autorisation, comportant notamment l'avis du psychiatre, quarante-huit heures avant la date prévue pour la sortie accompagnée. Sauf opposition du représentant de l'Etat dans le département, la sortie accompagnée peut avoir lieu au terme de ce délai. »

187. Lorsque le patient est encore en hospitalisation complète sans consentement, et qu'un PDS peut être envisagé, un plan de prévention partagé³⁶⁹ peut être préparé avec lui, première étape vers le PDS, si son état le lui permet évidemment.

Ce plan permet d'élaborer avec le patient (toujours dans une optique de construire l'alliance thérapeutique) des mesures spécifiques à réaliser en cas de mal-être ou de décompensation psychiatrique (ou tout autre signe évocateur d'une dégradation de son état de santé). Ainsi, lors du passage en PDS, ce plan s'avère rassurant pour le malade en lui offrant un point de repère en l'absence de soignant, avec des consignes élaborées avec ces derniers.

188. Pour l'organisation de la sortie du patient, le psychiatre prescripteur s'assure au préalable de la continuité des soins avec l'équipe référente extrahospitalière qui prendra le relais dans tous lieux de suivi appropriés et préalablement définis. Une rencontre avec un membre de l'équipe référente du suivi extrahospitalier est préconisée par la HAS.

Dans l'élaboration du PLS le psychiatre mobilise effectivement toutes les ressources disponibles sur le territoire afin de faciliter la prise en charge intra et extra-hospitalière (champ sanitaire, mais également social et médico-social). Il échangera également régulièrement avec le médecin traitant qui sera un lien essentiel durant le PDS. L'accès aux soins de proximité doit être favorisé pour permettre au patient d'être correctement suivi dans son environnement.

L'équipe référente intra et extra-hospitalière s'assure donc que les conditions sont favorables avant d'autoriser la sortie du patient.

Paragraphe 3. Mise en œuvre d'un programme de soins : de la rédaction à la gestion, dans le respect de la liberté d'aller et venir du patient

189. Pour initier le PDS, une procédure administrative bien spécifique est nécessaire, différente suivant la catégorie de la demande à l'origine de l'hospitalisation complète (A). Pour donner toutes les chances de réussite au PDS, une information complète doit être donnée au patient concerné ainsi qu'à l'ensemble des acteurs du PDS, qu'il s'agisse des soignants ou des proches (B). Un cas de figure diffère de la procédure classique de mise en œuvre du PDS : il s'agit du passage en PDS dans le laps de temps précédant une mainlevée d'hospitalisation sous contrainte décidée par le JLD (C). Dans tous les cas cependant, le contenu et la rédaction du PDS implique de prendre en considération un grand nombre de facteurs pour proposer des soins cohérents pour chaque patient (D).

A. Initier un programme de soins : une manœuvre administrative

³⁶⁹ Haute Autorité de Santé. Outil n°3. Plan de prévention partagé : une démarche travaillée avec le patient. Mieux prévenir et prendre en charge les moments de violence dans l'évolution clinique des patients adultes lors des hospitalisations en service de psychiatrie. Guide méthodologique. Saint-Denis La Plaine: HAS; 2016. https://www.has-sante.fr/jcms/c_1722310/fr/mieuxprevenir-et-prendre-en-charge-les-moments-de-violencedans-l-evolution-clinique-des-patients-adultes-lors-deshospitalisations-en-services-de-psychiatrie

190. La procédure initiale du PDS diffère suivant le type de mesure initiale de placement en hospitalisation sous contrainte (1) mais cette mise en œuvre ne peut se faire, quel que soit la mesure de soins contraints initiale, sans l'accord et l'investissement du patient lui-même (2).

1. Une manœuvre différente suivant le type de soins initiés

191. Pour initier le PDS, le psychiatre prescripteur transmet au directeur de l'établissement un certificat médical sollicitant la modification de la forme de la prise en charge des soins sans consentement, passant de l'hospitalisation complète au PDS (dont il joint l'écrit à ce certificat). Si l'hospitalisation sans consentement résultait d'une mesure de SDDE, ce dernier modifie la décision dans les meilleurs délais en joignant à celle-ci le PDS³⁷⁰. S'il s'agit d'une mesure de SDRE, le directeur transmet la demande de modification dans les 24 heures au préfet de département (ou de Police sur Paris), qui doit statuer sous 3 jours francs maximum après réception de la demande³⁷¹. Si le préfet refuse le passage en PDS, il doit en informer

³⁷⁰ Article L.3211-2-2 du CSP : « *Lorsqu'une personne est admise en soins psychiatriques en application des chapitres II ou III du présent titre, elle fait l'objet d'une période d'observation et de soins initiale sous la forme d'une hospitalisation complète.*

Dans les vingt-quatre heures suivant l'admission, un médecin réalise un examen somatique complet de la personne et un psychiatre de l'établissement d'accueil établit un certificat médical constatant son état mental et confirmant ou non la nécessité de maintenir les soins psychiatriques au regard des conditions d'admission définies aux articles L. 3212-1 ou L. 3213-1. Ce psychiatre ne peut être l'auteur du certificat médical ou d'un des deux certificats médicaux sur la base desquels la décision d'admission a été prononcée.

Dans les soixante-douze heures suivant l'admission, un nouveau certificat médical est établi dans les mêmes conditions que celles prévues au deuxième alinéa du présent article.

Lorsque les deux certificats médicaux ont conclu à la nécessité de maintenir les soins psychiatriques, le psychiatre propose dans le certificat mentionné au troisième alinéa du présent article la forme de la prise en charge mentionnée aux 1° et 2° du I de l'article L. 3211-2-1 et, le cas échéant, le programme de soins. Cette proposition est motivée au regard de l'état de santé du patient et de l'expression de ses troubles mentaux. »

Article L.3212-4 du CSP : « *Lorsque l'un des deux certificats médicaux mentionnés aux deuxième et troisième alinéas de l'article L. 3211-2-2 conclut que l'état de la personne ne justifie plus la mesure de soins, le directeur de l'établissement d'accueil prononce immédiatement la levée de cette mesure.*

Lorsque les deux certificats médicaux ont conclu à la nécessité de prolonger les soins, le directeur de l'établissement prononce le maintien des soins pour une durée d'un mois, en retenant la forme de la prise en charge proposée par le psychiatre en application du même article L. 3211-2-2. Il joint à sa décision, le cas échéant, le programme de soins établi par le psychiatre.

Dans l'attente de la décision du directeur de l'établissement, la personne malade est prise en charge sous la forme d'une hospitalisation complète.

Lorsque le psychiatre qui participe à la prise en charge de la personne malade propose de modifier la forme de prise en charge de celle-ci, le directeur de l'établissement est tenu de la modifier sur la base du certificat médical ou de l'avis mentionnés à l'article L. 3211-11. » ; HAS, Rapport d'élaboration, Fiche mémo « Aide à la rédaction des certificats et avis médicaux dans le cadre des soins psychiatriques sans consentement d'une personne majeure à l'issue de la période d'observation de 72 heures », mars 2018

³⁷¹ Article L.3213-1 du CSP : « *I.-Le représentant de l'Etat dans le département prononce par arrêté, au vu d'un certificat médical circonstancié ne pouvant émaner d'un psychiatre exerçant dans l'établissement d'accueil, l'admission en soins psychiatriques des personnes dont les troubles mentaux nécessitent des soins et compromettent la sûreté des personnes ou portent atteinte, de façon grave, à l'ordre public. Les arrêtés préfectoraux sont motivés et énoncent avec précision les circonstances qui ont rendu l'admission en soins nécessaire. Ils désignent l'établissement mentionné à l'article L. 3222-1 qui assure la prise en charge de la personne malade. Le directeur de l'établissement d'accueil transmet sans délai au représentant de l'Etat dans le*

immédiatement le directeur de l'établissement qui devra solliciter un deuxième avis médical auprès d'un autre psychiatre du même établissement, rendu dans les 72 heures maximum suivant la décision du préfet. Si ce deuxième avis médical va dans le même sens que le premier avis, le préfet devra accepter cette modification via un arrêté préfectoral auquel sera joint le PDS. Si, en revanche le deuxième avis préconise le maintien de l'hospitalisation complète, et que le préfet s'en tient à son refus, il doit confirmer cette décision au directeur de l'établissement d'accueil. En dernier recours, le JLD peut être saisi par le directeur pour statuer à bref délai sur cette demande³⁷².

2. Le PDS : une élaboration praticien/patient

192. Suite à un entretien avec le patient et dans la continuité des soins pratiqués durant son hospitalisation complète, le PDS est établi en cohérence avec le projet de soins du patient, qui lui est personnel. Le patient doit être impliqué le plus possible dans l'élaboration de son PDS pour garantir au maximum l'observance de ses soins et la collaboration avec l'équipe référente intra et extrahospitalière. Le passage en PDS ne peut pas lui être imposé, en revanche, il peut se voir contraint à l'observance de certains soins dans le cadre d'un PDS auquel il aura

département et à la commission départementale des soins psychiatriques mentionnée à l'article L. 3222-5 : 1° Le certificat médical mentionné au deuxième alinéa de l'article L. 3211-2-2 ; 2° Le certificat médical et, le cas échéant, la proposition mentionnée aux deux derniers alinéas du même article L. 3211-2-2.

II.-Dans un délai de trois jours francs suivant la réception du certificat médical mentionné à l'avant-dernier alinéa de l'article L. 3211-2-2, le représentant de l'Etat dans le département décide de la forme de prise en charge prévue à l'article L. 3211-2-1, en tenant compte de la proposition établie, le cas échéant, par le psychiatre en application du dernier alinéa de l'article L. 3211-2-2 et des exigences liées à la sûreté des personnes et à l'ordre public. Il joint à sa décision, le cas échéant, le programme de soins établi par le psychiatre. Dans l'attente de la décision du représentant de l'Etat, la personne malade est prise en charge sous la forme d'une hospitalisation complète.

III.-Lorsque la proposition établie par le psychiatre en application de l'article L. 3211-2-2 recommande une prise en charge sous une autre forme que l'hospitalisation complète, le représentant de l'Etat ne peut modifier la forme de prise en charge des personnes mentionnées au II de l'article L. 3211-12 qu'après avoir recueilli l'avis du collègue mentionné à l'article L. 3211-9.

IV.-Les mesures provisoires, les décisions, les avis et les certificats médicaux mentionnés au présent chapitre figurent sur le registre mentionné à l'article L. 3212-11. »

³⁷² Article L.3211-12 du CSP

Articles L. 3213-9-1 II et III du CSP : « II.-Lorsque le représentant de l'Etat décide de ne pas suivre l'avis du psychiatre participant à la prise en charge du patient, il en informe sans délai le directeur de l'établissement d'accueil, qui demande immédiatement l'examen du patient par un deuxième psychiatre. Celui-ci rend, dans un délai maximal de soixante-douze heures à compter de la décision du représentant de l'Etat, un avis sur la nécessité de l'hospitalisation complète.

III.-Lorsque l'avis du deuxième psychiatre prévu au II du présent article confirme l'absence de nécessité de l'hospitalisation complète, le représentant de l'Etat ordonne la levée de la mesure de soins sans consentement ou décide d'une prise en charge sous la forme mentionnée au 2° du I de l'article L. 3211-2-1, conformément à la proposition figurant dans le certificat médical mentionné au I du présent article. Lorsque l'avis du deuxième psychiatre prévu au II préconise le maintien de l'hospitalisation complète et que le représentant de l'Etat maintient l'hospitalisation complète, il en informe le directeur de l'établissement d'accueil, qui saisit le juge des libertés et de la détention afin que ce dernier statue à bref délai sur cette mesure dans les conditions prévues à l'article L. 3211-12. Le présent alinéa n'est pas applicable lorsque la décision du représentant de l'Etat intervient dans les délais mentionnés aux 1° et 2° du I de l'article L. 3211-12-1. »

globalement adhérent. La cohérence et le contenu du PDS sont discutés en réunion d'équipe pluriprofessionnelle.

B. L'information sur le PDS : un ensemble d'acteurs à considérer

193. Pour garantir au maximum la bonne marche du PDS, le patient doit être informé des détails de ce dernier et de son déroulement (1). Mais, dans la mesure où le patient n'est pas seul durant son PDS, l'ensemble des acteurs impliqués doit également recevoir l'information nécessaire pour l'y aider (2).

1. L'information du patient : premier acteur de son PDS

194. La mise en œuvre d'un PDS nécessite avant tout la délivrance d'une information au patient par le psychiatre prescripteur et le recueil formalisé de l'avis et des observations du malade concerné (inscrit dans son dossier médical)³⁷³.

Tous les moyens de recherche de l'adhésion du patient au PDS doivent être utilisés. Le psychiatre doit prendre le temps nécessaire à l'explication de cette mesure de soins moins liberticides mais aussi plus autonomisante, il doit prendre le temps de répondre aux questions du patient, s'assurer qu'il est d'accord avec cette modification de prise en charge, c'est-à-dire qu'il consent bien à la suivre (sans forcément consentir au changement en lui-même, l'observance du traitement étant l'élément fondamental), qu'il l'a pleinement comprise, trouver des solutions en cas de divergences d'opinions concernant le traitement médical proposé, élaborer si souhaité un plan de prévention partagé, s'accorder avec le patient sur les soins et démarches à suivre pendant le futur PDS, garantir les meilleures conditions pour une alliance thérapeutique optimale. Le PDS est évolutif tout au long de sa mise en œuvre. Il est censé préparer le patient à un passage en soins libres, donc il doit évoluer petit à petit vers un gain d'autonomie du patient, et sur la place laissée à son consentement face aux soins proposés au fur et à mesure.

195. Tout comme dans tout secteur médical, l'information du patient doit être délivrée avec une approche bienveillante et dans un climat de confiance (particulièrement nécessaire en psychiatrie). Pour que le PDS fonctionne, le patient doit avant tout être rassuré. Il doit avoir intégré les dispositions mises en place, le traitement, les échéances, l'appui et l'accompagnement dont il bénéficiera. Le patient doit également être informé qu'en cas de dégradation de son état clinique et de non-observance du PDS, un retour en hospitalisation complète sans consentement peut être demandé par le psychiatre³⁷⁴, de même que les

³⁷³ Article L. 3211-2-1 II

Article R. 3211-1-III du CSP

³⁷⁴ Article R. 3211-1 III du CSP

conditions et l'organisation de cette réintégration (dans les cas de figure évoqués). En outre, les échéances de réévaluation de la pertinence du PDS ont été établies avec le patient³⁷⁵ et sont tracées dans son dossier médical.

Une fois l'information délivrée, l'équipe soignante doit s'assurer que tout a bien été compris par le patient concerné. Le psychiatre peut alors rédiger le PDS et le certificat de situation donnant lieu à la décision du directeur d'établissement ou à l'arrêté préfectoral³⁷⁶.

³⁷⁵ Article L.3212-7 du CSP pour les SPDT et SPI : « A l'issue de la première période de soins psychiatriques prononcée en application du deuxième alinéa de l'article L. 3212-4, les soins peuvent être maintenus par le directeur de l'établissement pour des périodes d'un mois, renouvelables selon les modalités prévues au présent article.

Dans les trois derniers jours de chacune des périodes mentionnées au premier alinéa, un psychiatre de l'établissement d'accueil établit un certificat médical circonstancié indiquant si les soins sont toujours nécessaires. Ce certificat médical précise si la forme de la prise en charge de la personne malade décidée en application de l'article L. 3211-2-2 demeure adaptée et, le cas échéant, en propose une nouvelle. Lorsqu'il ne peut être procédé à l'examen de la personne malade, le psychiatre de l'établissement d'accueil établit un avis médical sur la base du dossier médical.

Lorsque la durée des soins excède une période continue d'un an à compter de l'admission en soins, le maintien de ces soins est subordonné à une évaluation médicale approfondie de l'état mental de la personne réalisée par le collège mentionné à l'article L. 3211-9. Cette évaluation est renouvelée tous les ans. Ce collège recueille l'avis du patient. En cas d'impossibilité d'examiner le patient à l'échéance prévue en raison de son absence, attestée par le collège, l'évaluation et le recueil de son avis sont réalisés dès que possible.

Le défaut de production d'un des certificats médicaux, des avis médicaux ou des attestations mentionnés au présent article entraîne la levée de la mesure de soins.

Les copies des certificats médicaux, des avis médicaux ou des attestations prévus au présent article et à l'article L. 3211-11 sont adressées sans délai par le directeur de l'établissement d'accueil à la commission départementale des soins psychiatriques mentionnée à l'article L. 3222-5. »

Article L3213-3 du CSP pour les SDRE : « I.-Dans le mois qui suit l'admission en soins psychiatriques décidée en application du présent chapitre ou résultant de la décision mentionnée à l'article 706-135 du code de procédure pénale et ensuite au moins tous les mois, la personne malade est examinée par un psychiatre de l'établissement d'accueil qui établit un certificat médical circonstancié confirmant ou infirmant, s'il y a lieu, les observations contenues dans les précédents certificats et précisant les caractéristiques de l'évolution des troubles ayant justifié les soins ou leur disparition. Ce certificat précise si la forme de la prise en charge du malade décidée en application de l'article L. 3211-2-1 du présent code demeure adaptée et, le cas échéant, en propose une nouvelle. Lorsqu'il ne peut être procédé à l'examen du patient, le psychiatre de l'établissement établit un avis médical sur la base du dossier médical du patient.

II.-Les copies des certificats et avis médicaux prévus au présent article et à l'article L. 3211-11 sont adressées sans délai par le directeur de l'établissement d'accueil au représentant de l'Etat dans le département et à la commission départementale des soins psychiatriques mentionnée à l'article L. 3222-5.

III.-Après réception des certificats ou avis médicaux mentionnés aux I et II du présent article et, le cas échéant, de l'avis du collège mentionné à l'article L. 3211-9 et de l'expertise psychiatrique mentionnée à l'article L. 3213-5-1, et compte tenu des exigences liées à la sûreté des personnes et à l'ordre public, le représentant de l'Etat dans le département peut décider de modifier la forme de la prise en charge de la personne malade.

IV.-Lorsque le représentant de l'Etat décide de ne pas suivre l'avis du collège mentionné à l'article L. 3211-9 recommandant la prise en charge d'une personne mentionnée au II de l'article L. 3211-12 sous une autre forme que l'hospitalisation complète, il ordonne une expertise dans les conditions prévues à l'article L. 3213-5-1. Lorsque l'expertise confirme la recommandation de prise en charge sous une autre forme que l'hospitalisation complète, le représentant de l'Etat décide d'une prise en charge sous la forme mentionnée au 2° du I de l'article L. 3211-2-1, conformément à la proposition mentionnée au premier alinéa du I du présent article. Lorsque l'expertise préconise le maintien de l'hospitalisation complète et que le représentant de l'Etat maintient l'hospitalisation complète, il en informe le directeur de l'établissement d'accueil, qui saisit le juge des libertés et de la détention afin que ce dernier statue à bref délai sur cette mesure dans les conditions prévues à l'article L. 3211-12. Le présent alinéa n'est pas applicable lorsque la décision du représentant de l'Etat intervient dans les délais mentionnés aux 1° et 2° du I de l'article L. 3211-12-1. »

³⁷⁶ Op. cit. HAS, Recommandation de bonnes pratiques, Programme de soins psychiatriques sans consentement, 25 mars 2021

196. La décision du directeur ou l'arrêté préfectoral est notifié au patient qui reçoit également la copie de son PDS³⁷⁷. La HAS préconise la signature de ladite notification par le patient pour attester que ces documents lui ont bien été remis. Enfin, l'équipe soignante référente doit informer le patient que, à moins qu'il ne s'y oppose, les informations utiles et nécessaires à sa prise en charge seront partagées entre les professionnels participants à son PDS, dans le respect du secret professionnel partagé bien sûr³⁷⁸.

2. L'information des proches et des acteurs du programme de soins : un complément indispensable

197. Dans le cas d'une SPDT ou SPDTU, le tiers à l'origine de la demande doit toujours être tenu informé de la mise en œuvre du PDS³⁷⁹. Après recueil de l'accord du patient, son entourage proche et/ou la personne de confiance reçoivent l'information sur la mise en place du PDS et de ses conséquences. Les numéros de téléphone permettant de joindre les membres de l'équipe référente sont donnés. L'accord du patient est toujours recherché pour permettre à l'équipe de les contacter en cas de problème durant le déroulement du PDS (patient injoignable, non observance des rendez-vous de contrôle). L'opposition au suivi du PDS entraîne le plus souvent une rechute, et donc un retour en hospitalisation sans consentement. En outre, dès son entrée en PDS, le patient retrouvera les acteurs des champs sanitaire et social qui assuraient son suivi avant à son hospitalisation. Ces derniers doivent être prévenus du PDS dans le respect des règles du secret professionnel, sauf opposition du patient.

Il ne faut pas oublier de rappeler au patient l'importance de maintenir ses contacts avec ses proches, son médecin libéral, etc., pour éviter une rupture de communication et de suivi pendant le PDS qui pourrait avoir pour conséquence un retour en hospitalisation complète.

C. Cas particuliers de mise en œuvre : la mainlevée d'une hospitalisation complète

198. Il arrive que le JLD décide d'une mainlevée d'une mesure d'hospitalisation complète sans consentement (décision motivée au vu du dossier médical du patient), avec un différé d'effet de cette mainlevée de 24h³⁸⁰. Dans ce cas, ce délai de différé peut permettre au psychiatre

³⁷⁷ Article R. 3211-1-V du CSP

³⁷⁸ Article L.1110-4 du CSP : « IV.-La personne est dûment informée de son droit d'exercer une opposition à l'échange et au partage d'informations la concernant. Elle peut exercer ce droit à tout moment. »

Article R. 1110-1 et suivants du CSP : « Les professionnels participant à la prise en charge d'une même personne peuvent, en application de l'article L. 1110-4, échanger ou partager des informations relatives à la personne prise en charge dans la double limite : 1° Des seules informations strictement nécessaires à la coordination ou à la continuité des soins, à la prévention, ou au suivi médico-social et social de ladite personne ; 2° Du périmètre de leurs missions. (...) »

³⁷⁹ Article L. 3212-5 du CSP

³⁸⁰ Article L. 3211-12 du CSP

de proposer la mise en œuvre d'un PDS. Cependant, pour que cette proposition soit recevable, elle doit être acceptée par le directeur ou le représentant de l'État (suivant la catégorie d'admission en soins contraints) dans ce délai de 24h. En effet, si tel n'est pas le cas, la décision du JLD de mainlevée prend effet.

Ce différé peut permettre au psychiatre de proposer dans ce délai, la mise en œuvre d'un PDS. La décision du directeur ou l'arrêté préfectoral doit intervenir dans ce délai. Au terme de ce délai, la levée de la mesure en hospitalisation complète est acquise.

199. Il existe une autre exception concernant les patients en soins sans consentement à la suite d'une irresponsabilité pénale³⁸¹. Dans ce cas, l'élaboration d'un PDS ne peut être envisagé qu'après recueil de l'avis d'un collègue soignant qui sera transmis par le directeur au préfet.³⁸² Si ce dernier refuse l'idée du PDS, il doit solliciter une expertise pour évaluer le bénéfice d'une telle mesure³⁸³. Si l'expert désigné en confirme le bénéfice, le préfet doit prendre un arrêté en faveur du PDS. En revanche, si l'expert tranche en faveur du maintien de l'hospitalisation complète, le préfet confirme sa position initiale et doit en informer le directeur. Ce dernier doit ensuite saisir le JLD qui représente le dernier recours pour cette demande et doit statuer dans les plus brefs délais.³⁸⁴

³⁸¹ Article L. 3211-12 II du CSP : « II.-Le juge des libertés et de la détention ne peut statuer qu'après avoir recueilli l'avis du collègue mentionné à l'article L. 3211-9 du présent code lorsque la personne fait l'objet d'une mesure de soins ordonnée en application de l'article L. 3213-7 du même code ou de l'article 706-135 du code de procédure pénale à la suite d'un classement sans suite, d'une décision d'irresponsabilité pénale ou d'un jugement ou arrêt de déclaration d'irresponsabilité pénale prononcés sur le fondement du premier alinéa de l'article 122-1 du code pénal et concernant des faits punis d'au moins cinq ans d'emprisonnement en cas d'atteinte aux personnes ou d'au moins dix ans d'emprisonnement en cas d'atteinte aux biens.

Le juge ne peut, en outre, décider la mainlevée de la mesure qu'après avoir recueilli deux expertises établies par les psychiatres inscrits sur les listes mentionnées à l'article L. 3213-5-1 du présent code.

Le juge fixe les délais dans lesquels l'avis du collègue et les deux expertises prévus au présent II doivent être produits, dans une limite maximale fixée par décret en Conseil d'Etat. Passés ces délais, il statue immédiatement. »

³⁸² Article L. 3213-1 III du CSP : « III.-Lorsque la proposition établie par le psychiatre en application de l'article L. 3211-2-2 recommande une prise en charge sous une autre forme que l'hospitalisation complète, le représentant de l'Etat ne peut modifier la forme de prise en charge des personnes mentionnées au II de l'article L. 3211-12 qu'après avoir recueilli l'avis du collègue mentionné à l'article L. 3211-9. »

³⁸³ Article L. 3213-3 IV du CSP : « IV.-Lorsque le représentant de l'Etat décide de ne pas suivre l'avis du collègue mentionné à l'article L. 3211-9 recommandant la prise en charge d'une personne mentionnée au II de l'article L. 3211-12 sous une autre forme que l'hospitalisation complète, il ordonne une expertise dans les conditions prévues à l'article L. 3213-5-1.

Lorsque l'expertise confirme la recommandation de prise en charge sous une autre forme que l'hospitalisation complète, le représentant de l'Etat décide d'une prise en charge sous la forme mentionnée au 2° du I de l'article L. 3211-2-1, conformément à la proposition mentionnée au premier alinéa du I du présent article.

Lorsque l'expertise préconise le maintien de l'hospitalisation complète et que le représentant de l'Etat maintient l'hospitalisation complète, il en informe le directeur de l'établissement d'accueil, qui saisit le juge des libertés et de la détention afin que ce dernier statue à bref délai sur cette mesure dans les conditions prévues à l'article L. 3211-12. Le présent alinéa n'est pas applicable lorsque la décision du représentant de l'Etat intervient dans les délais mentionnés aux 1° et 2° du I de l'article L. 3211-12-1. »

³⁸⁴ Article L. 3213-3 IV 3° alinéa du CSP

La Cour de cassation a d'ailleurs rappelé que, dans le cadre d'un PDS exécuté dans le cadre d'une hospitalisation, le JLD doit s'assurer que cette dernière est à temps partiel, et non complète, au sens de l'article R.3211-1 du CSP³⁸⁵.

D. Contenu et rédaction du PDS : des considérations multifactorielles à prendre en compte

200. Le PDS dans son corps de texte, énumère les types de soins prévus pour le patient concerné, les lieux de leur réalisation et leur périodicité³⁸⁶. Le PDS doit détailler l'identité du psychiatre qui le prescrit, celle du patient et son lieu de résidence habituel³⁸⁷. Il doit également préciser si les modalités de prise en charge incluent une ou plusieurs hospitalisation (à temps partiel, de jour par exemple), des soins ambulatoires, à domicile, détailler la prescription médicamenteuse (si elle existe) ainsi que la fréquence des soins, leur durée, et les lieux au sein desquels ils seront pratiqués.³⁸⁸ En revanche, le PDS ne doit pas comporter d'indications sur la nature et les manifestations des troubles mentaux dont souffre le patient, ni aucune autre observation d'ordre clinique, ni des données d'examen complémentaires ; ces éléments relèvent du secret professionnel. Lorsque le PDS inclut une prise en charge médicamenteuse, il ne doit pas non plus en mentionner la nature, les composantes, les spécificités (spécialité, forme galénique, dosage, posologie, modalité d'administration), ni la durée.³⁸⁹

201. Suivant la situation clinique du patient et l'accès aux soins dont il pourra disposer dans son environnement (médecine de ville plus ou moins développée par exemple), le PDS permet de prévoir une infinité de formes de soins, et notamment des consultations médicales (ou autres suivis infirmiers, psychologues, etc.) en CMP, un traitement médicamenteux spécifique, des visites de l'équipe soignante référente à domicile, des séjours d'hospitalisation (à temps partiel, à temps plein de courte durée, hospitalisation de jour, de nuit), des accueils en CATTP, des soins à temps complet (appartement thérapeutique, hospitalisation à domicile, etc.), des prises en charges spécialisées (addictologie par exemple).

Rappelons également que, si le PDS n'exclut pas les courts séjours en hospitalisation à temps plein, ces soins ne peuvent être réalisés sous la contrainte (afin de les différencier de l'hospitalisation complète sans consentement). Cependant, en cas de refus du patient, le retour en hospitalisation complète est toujours envisageable si son état clinique le nécessite.

³⁸⁵ Civ.1, 4 mars 2015, n°14-17.824, V. n°28

³⁸⁶ Article L. 3211-2-1 du CSP

³⁸⁷ France Assos Santé. « Les soins psychiatriques sans consentement ». Santé Info Droits Pratique, Paris, Assos Santé, 2019. <https://www.france-assos-sante.org/wpcontent/uploads/2020/01/Soins-psychiatriques-sansconsentement.pdf>

³⁸⁸ Article R. 3211-1 du CSP

³⁸⁹ Article R. 3211-1 du CSP

202. Enfin, le PDS peut prévoir une forme de suivi psychiatrique constant, paradoxalement sans recueil du consentement du malade mais non contraint. En effet, le malade ne choisit pas le rythme des séances, ni les conditions de prise en charge : il choisit d'observer le PDS tel qu'il lui est proposé ou non. Dans ce dernier cas, il reste ou retourne en soins hospitaliers sans consentement. Ce suivi peut avoir lieu dans des établissements substitutifs, plus adaptés aux besoins du malade. Ce peut être le cas d'un EHPAD par exemple. Cependant, bien que le malade soit pris en charge par un autre établissement (social ou médico-social), l'établissement psychiatrique reste responsable du PDS et de son bon déroulement.

203. Le PDS peut évidemment inclure des demandes particulières émanant du patient lui-même, après accord du psychiatre prescripteur évidemment (consultation chez un psychiatre ou un psychologue libéral connu du patient, par exemple). Cependant, ces dispositions spéciales ne figurent pas nécessairement dans l'écrit. De fait, quels que soient les acteurs impliqués dans le PDS, une cohésion et une bonne communication doivent être respectées tout au long du programme pour en garantir la réussite (continuité des soins, soutien du patient, communication sur l'évolution clinique, etc.). Quels que soient le nombre et les catégories d'intervenants dans le PDS, la responsabilité de son déroulement et du suivi administratif (certificat, etc.) pèse uniquement sur le psychiatre prescripteur.

Paragraphe 4. Le déroulement et la fin du programme de soins : un suivi permanent et interdisciplinaire

204. Durant toute la durée du PDS, le patient doit être correctement suivi par l'équipe soignante référente afin de s'assurer de la bonne observance de ses soins et de l'évolution favorable de son état clinique (A). Si cet état s'améliore, il sera sans doute possible d'envisager une levée du PDS, qui signifie de fait, la levée des soins sans consentement (B). Et pour garantir la bonne marche de ces soins, la HAS préconise des évaluations fréquentes pour en améliorer toujours plus la mise en œuvre (C).

A. Le suivi du patient : un travail inter-professionnels

205. Tout au long du PDS, le suivi du patient est effectué par l'équipe pluriprofessionnelle référente du CMP ou celle de la structure accueillant le patient (AFT, CATTP, HDJ, etc.). Les premiers rendez-vous de suivi doivent être suffisamment proches pour s'assurer que le PDS a débuté dans de bonnes conditions. Le rythme des rendez-vous dépend de la pathologie du patient et de ses capacités d'autonomie, d'adaptation. Ces rencontres doivent permettre de mesurer l'évolution clinique du patient, son adaptation à sa nouvelle forme de soin et l'observance des modalités de son PDS en général.

206. L'équipe intrahospitalière d'origine doit pouvoir transmettre toutes les informations nécessaires à la continuité des soins, à l'équipe extrahospitalière en charge du suivi si celle-ci en fait la demande, dans le respect des règles du secret professionnel, et sauf refus manifeste du patient. Pour mesurer l'adaptation du patient à son PDS, il est important de lui proposer un suivi rapproché durant les premiers mois suivant sa sortie d'hospitalisation³⁹⁰. Ce suivi rapproché va notamment lui permettre de se rassurer durant cette période d'adaptation via des contacts réguliers directs et indirects avec l'équipe référente qu'il connaît, des entretiens réguliers, des échanges téléphoniques, etc. En outre, il est important de s'assurer aussi bien du suivi médical que du suivi social et médico-social. Rappelons que cette période post-hospitalisation peut confronter le malade à des difficultés de réinsertion, notamment sur le plan social.

Un suivi somatique est aussi retracé dans son dossier médical, attestant de son état physique et de la régularité des contrôles. Le suivi de la prise en charge médicamenteuse l'est également. Les résultats des analyses sont ensuite régulièrement discutés en réunion d'équipe pluridisciplinaire. Il en résulte parfois une nécessité de réadapter le PDS à l'évolution du patient (de sa maladie) voire même de le lever. La HAS recommande dans son guide pratique de mettre en place des rappels de rendez-vous de suivi pour éviter au patient tout oubli (SMS, mail, etc.). Elle préconise également une réévaluation plus globale et méticuleuse du PDS au bout de 6 mois, en fonction de l'évolution de l'état clinique du patient (tracée là encore dans le dossier de ce dernier), à nouveau pour adapter ou lever le PDS. Cette évaluation prend en compte toujours les mêmes critères considérés depuis l'élaboration du PDS : l'état clinique du patient, le contexte social et familial, l'observance médicamenteuse, l'avis de l'équipe psychiatrique référente, et l'avis du patient lui-même. Cependant, si le PDS dure plus d'un an, le dossier du patient en question sera de nouveau analysé, mais devant une commission départementale des soins psychiatriques (CDSP). Dans un cas pareil, pour les patients en SDDE, le collège des soignants doit également se prononcer. Cet avis est ensuite transmis, dans le respect du secret médical, à la CDSP.³⁹¹

207. Pour améliorer la prise en charge à domicile, de nombreuses recherches sont en cours dont certaines prometteuses. C'est le cas, par exemple, d'une toute nouvelle forme de prise en charge. Il s'agit d'un jeu intégrant un programme de psycho-éducation et d'entraînement métacognitif, créé à l'EPSM Georges-Mazurelle situé à La Roche-sur-Yon en Vendée, où le

³⁹⁰ Haute Autorité de Santé. Dangerosité psychiatrique : étude et évaluation des facteurs de risque de violence hétéro-agressive chez les personnes ayant des troubles schizophréniques ou des troubles de l'humeur. Audition publique. Saint-Denis La Plaine: HAS; 2011. https://www.has-sante.fr/jcms/c_1069220/fr/dangerositepsychiatrique-etude-et-evaluation-des-facteurs-de-risque-de-violence-hetero-agressive-chez-les-personnes-ayant-des-troubles-schizophreniques-ou-des-troubles-de-l-humeur

³⁹¹ Article L.3212-7 al 3 du CSP : « Lorsque la durée des soins excède une période continue d'un an à compter de l'admission en soins, le maintien de ces soins est subordonné à une évaluation médicale approfondie de l'état mental de la personne réalisée par le collège mentionné à l'article L. 3211-9. Cette évaluation est renouvelée tous les ans. Ce collège recueille l'avis du patient. En cas d'impossibilité d'examiner le patient à l'échéance prévue en raison de son absence, attestée par le collège, l'évaluation et le recueil de son avis sont réalisés dès que possible. »

projet de recherche « Le Cercle des enfants égarés » est supervisé par le Dr Jonathan PIONNIER, pédopsychiatre. Le projet implique la mise en place d'un jeu de rôle thérapeutique réalisable en présentiel ou en distanciel, justement pour les patients en PDS, à domicile. Le programme s'effectue en neuf scénarios dont chacun se joue en quatre séances (trois de jeu et une d'analyse rétrospective). « *L'aspect psycho-éducatif est intégré à la narration et au mode de jeu. Dans un "monde de faux-semblants" nommé Prétensville, les joueurs incarnent des personnages, eux-aussi schizophrènes, avec des compétences physiques sociales, de perception et de contrôle de soi, chacune liées à des symptômes. (...) Le joueur peut choisir d'aller voir un psychiatre et de prendre des médicaments, qui permettent de réduire l'impact des symptômes : une manière d'aborder de façon plus légère la question de l'aide médicamenteuse.* » Le but de ce jeu est de permettre au malade et son entourage de mieux comprendre la maladie, ses symptômes et la prise en charge, tout en permettant un suivi à distance.³⁹²

B. Levée d'un PDS : synonyme de levée des soins sans consentement

208. La levée d'un PDS (sans retour en hospitalisation complète) signifie la fin des soins sans consentement. Elle est proposée par le psychiatre prescripteur, après concertation avec l'ensemble de l'équipe référente. La décision finale relève là encore du directeur, dans le cas de SDDE, ou du préfet si ce sont des SDRE.

Pour justifier la levée, il faut que l'état clinique du patient le permette, que ce dernier adhère complètement au traitement, que l'alliance thérapeutique soit toujours stable et efficace et que l'observance soit excellente pour que le patient poursuive ses soins de son plein gré une fois la mesure de soins sans consentement levée (et son passage en soins libres, de fait).

Les échanges et réflexions ayant permis de conclure à la possibilité de levée du PDS sont inscrites au dossier du patient pour que toute l'équipe référente en soit informée (intra et extra-hospitalière). La demande de levée doit être accompagnée d'un certificat médical. Évidemment, tous les acteurs impliqués dans le PDS doivent être informés de la levée de la mesure dans les meilleurs délais. Il existe cependant une lacune législative. En effet, si la loi prévoit une procédure de levée des soins sans consentement dans le cas d'une sortie d'hospitalisation complète (qui avait été décidée par une procédure de SDRE), même s'il y a désaccord entre le psychiatre et le préfet³⁹³, elle ne prévoit pas clairement le cas lorsque le patient termine un PDS. Donc ? Que proposez-vous ?

³⁹² P. DEBACKER, « Un jeu de rôle thérapeutique vendéen est testé en distanciel pour les jeunes schizophrènes », Hospimédia, publié le 11/08/22, <https://abonnes.hospimedia.fr/articles/20220811-psychiatrie-un-jeu-de-role-therapeutique-vendeen-est>

³⁹³ Article L. 3213-9-1 du CSP : « I.-Si un psychiatre participant à la prise en charge du patient atteste par un certificat médical qu'une mesure de soins psychiatriques sous la forme d'une hospitalisation complète n'est plus nécessaire et que la mesure de soins sans consentement peut être levée ou que le patient peut être pris en charge sous la forme mentionnée au 2° du I de l'article L. 3211-2-1, le directeur de l'établissement d'accueil en réfère dans les vingt-quatre heures au représentant de l'Etat dans le département, qui statue dans un délai de trois jours francs après la réception du certificat médical.

C. Évaluations des PDS sans consentement : une optique de bonne pratique médicale

209. Afin de maintenir un niveau d'exigence élevée et d'améliorer la prise en charge, des évaluations des PDS et de leur mise en œuvre sont préconisées par la HAS, qu'elles soient institutionnelles (1) ou inter-professionnelles (2).

1. Évaluation institutionnelle

210. La HAS préconise une évaluation institutionnelle annuelle en commission médicale d'établissement (CME), basée sur différents indicateurs qualitatifs et quantitatifs de suivi d'activité. Ce peut être la quantité de patients en soins psychiatriques sans consentement et la durée de leurs soins, la quantité de personnes prises en charge en PDS par catégorie (SDRE, SPI, SDT) et la durée moyenne dans chaque cas. Ce peut aussi être la quantité de malades pris en charge en PDS et/ou le nombre de patients suivis en soins libres. La répartition des levées de PSD peut aussi être analysée en fonction du motif de la levée (levée sur demande du psychiatre, réintégration du malade en hospitalisation complète, patients perdus, etc.). Ce ne sont que des exemples, les points pouvant être analysés étant infinis.

Ces évaluations sont cependant l'occasion de recenser la quantité de PDS instaurés dans les 24 heures après décision de levée d'hospitalisation sans consentement par le JLD, de dénombrer les refus de levée de SPDRE ou de mise en œuvre de PDS par le préfet, ou encore d'analyser le nombre de saisines du CGLPL et/ou de la commission départementale des soins psychiatriques (CDSP).

211. Pour ces évaluations, il est recommandé par la HAS d'organiser des rencontres entre les différents acteurs concernés (soignants, préfet, JLD, président de la CDSP, avocats), afin d'améliorer les interactions professionnelles et donc le suivi optimal des mesures de soins sans consentement. Ces évaluations peuvent être transmises aux conseils locaux de santé mentale (CLSM).

II.-Lorsque le représentant de l'Etat décide de ne pas suivre l'avis du psychiatre participant à la prise en charge du patient, il en informe sans délai le directeur de l'établissement d'accueil, qui demande immédiatement l'examen du patient par un deuxième psychiatre. Celui-ci rend, dans un délai maximal de soixante-douze heures à compter de la décision du représentant de l'Etat, un avis sur la nécessité de l'hospitalisation complète.

III.-Lorsque l'avis du deuxième psychiatre prévu au II du présent article confirme l'absence de nécessité de l'hospitalisation complète, le représentant de l'Etat ordonne la levée de la mesure de soins sans consentement ou décide d'une prise en charge sous la forme mentionnée au 2° du I de l'article L. 3211-2-1, conformément à la proposition figurant dans le certificat médical mentionné au I du présent article.

Lorsque l'avis du deuxième psychiatre prévu au II préconise le maintien de l'hospitalisation complète et que le représentant de l'Etat maintient l'hospitalisation complète, il en informe le directeur de l'établissement d'accueil, qui saisit le juge des libertés et de la détention afin que ce dernier statue à bref délai sur cette mesure dans les conditions prévues à l'article L. 3211-12. Le présent alinéa n'est pas applicable lorsque la décision du représentant de l'Etat intervient dans les délais mentionnés aux 1° et 2° du I de l'article L. 3211-12-1. »

2. Évaluation des pratiques professionnelles

212. La HAS recommande également une auto-évaluation des pratiques professionnelles à l'initiative des équipes référentes, dans le cadre du PDS, et tout particulièrement pour ceux impliquant des patients en situation complexe. Ces autoévaluations peuvent être réalisées par groupes d'analyse des pratiques, par le biais de réunions de concertation professionnelles ou via des patients traceurs.

213. Si la méthode choisie est la réunion, celles-ci peuvent accueillir d'autres confrères psychiatres et des membres de l'équipe psychiatrique du service ou de l'établissement de santé afin de confronter les points de vue entre les soignants de l'équipe référente et des soignants extérieurs au PDS. Cette évaluation est initiée par le psychiatre référent. Outre le fait que ces réunions peuvent apporter un véritable avantage au développement de la pratique professionnelle de chacun des soignants, elles peuvent aussi servir dans le cadre de la certification des établissements de santé.

214. En résumé, si le PDS s'avère être une forme de soins sans consentement qui confère une liberté d'aller et venir bien plus vaste au patient, en ce sens qu'il est une transition entre hospitalisation complète sous contrainte et soins libres, il n'en appartient pas moins à la catégorie des soins sans consentement. Le terme « obligation de soins en ambulatoire » caractérise d'ailleurs l'absence de nécessité du recueil du consentement du patient. Cette subtilité implique de toute façon un impact incontestable sur les droits et libertés du patient, et particulièrement sur sa liberté d'aller et venir.

Section 2. L'obligation de soin en ambulatoire : impact sur la liberté d'aller et venir du patient

215. Rappelons que la loi du 5 juillet 2011 a étendu la pratique des soins sans consentement à un nouveau concept, le programme de soins (PDS). En effet, les soins peuvent désormais être pratiqués « *sous la forme d'une hospitalisation complète* » ou « *sous une autre forme incluant des soins ambulatoires, pouvant comporter des soins à domicile* ». Celui-ci « *définit les types de soins, les lieux de leur réalisation et leur périodicité, dans des conditions déterminées par décret en Conseil d'État.* »³⁹⁴

³⁹⁴ C. GUIBET LAFAYE, « Au cœur du débat sur les soins sans consentement en ambulatoire », *L'information psychiatrique*, 2014, 90(7), 575-582. <https://doi.org/10.1684/ipe.2014.1236>.

Ces soins ambulatoires³⁹⁵ sont en fait la formulation législative d'une pratique déjà existante : les sorties d'essai. La sortie d'essai consistait cependant en une autorisation de sortie d'un ou plusieurs jours – sorte de pause au milieu de l'hospitalisation – visant à évaluer la capacité du patient à évoluer et s'adapter dans la société, à retrouver une vie « normale », à observer seul (ou du moins sans surveillance constante) son traitement, à trouver ses marques pour un retour potentiel en soins libres³⁹⁶. Il restait cependant dans une période exceptionnelle, qui faisait partie de son hospitalisation sans consentement. La sortie d'essai résultait inévitablement en un retour en hospitalisation complète à la fin du délai imparti. La particularité du PDS est le passage en soins ambulatoires. Le patient n'est plus dans le cadre de son hospitalisation complète, au contraire, il en est sorti. C'est une phase intermédiaire entre l'hospitalisation complète et le retour en soins libres (si évolution clinique favorable).

Cette différence est importante en ce sens qu'elle impacte également la question de la liberté d'aller et venir du patient. En effet, dans le cadre de la sortie d'essai, le patient est toujours soumis aux règles de l'établissement hospitalier puisqu'il est toujours en soins contraints, sous le régime de son hospitalisation complète. Le PDS offre un régime spécifique, hors du cadre hospitalier et de ses règles, ce qui confère une liberté d'aller et venir bien plus importante, l'encadrement spatial et les horaires de l'établissement ne régissant plus la vie du patient.

L'introduction des soins sans consentement en ambulatoire a suscité bien des débats chez les psychiatres lors de sa légalisation via la loi de 2011. Les raisons de ce clivage interprofessionnel chez les psychiatres peuvent être d'origine contextuelle, basées sur des règles universelles, des raisonnements inter-établissement différents, etc. Sans prendre en compte les considérations politiques, il s'agira de comprendre si ce clivage résulte d'une opposition pragmatique, basée sur des réalités de terrain, ou de simples convictions morales. Les questions qui ont alimenté le débat autour du PDS sont les suivantes : quelle place prennent réellement les arguments cliniques dans ces oppositions entre psychiatres au-delà des désaccords idéologiques ? La considération du patient en psychiatrie comme étant un individu physiquement sain (en principe) mais tout en étant partiellement malade (psychologiquement parlant) sert-elle toujours d'argument en faveur d'un traitement différencié de ceux que la société a tendance à considérer comme des citoyens « normaux » ? Dans le même temps, cette dichotomie de la représentation du malade psychiatrique n'est-elle pas à l'origine de l'impossibilité d'exercer une contrainte dans le cadre des soins ambulatoires (qui se déroulent au sein de la société) ?

³⁹⁵ Ces soins ambulatoires étaient différents du PDS actuels car ils n'impliquent qu'une courte période de sortie (souvent à la journée, ou pour un week-end), alors que le PDS s'étale sur une période bien plus longue, afin de faciliter le retour à la vie « normale » du patient sortant d'hospitalisation complète.

³⁹⁶ Tableau comparatif : loi n° 2013-869 du 27 septembre 2013 modifiant certaines dispositions de la loi n° 2011-803 du 5 juillet 2011 relative aux droits et à la protection des personnes faisant l'objet des soins psychiatriques, APHP, <file:///Users/celinegm/Downloads/2569.pdf>

216. Caroline GUIBET LAFAYE, directrice de recherche au CNRS, a réalisé un travail de recherche en 2013 sur les soins sans consentement en ambulatoire et leur perception par les professionnels de santé.³⁹⁷ Un des enquêtés, considère qu'il y aurait eu « *un saut épistémologique. Avant on disait à la personne "si tu n'arrêtes pas de déconner, je t'interne". Aujourd'hui, on lui dit "tu as une maladie, tu es obligé de te soigner dedans ou dehors" »* (G.V., infirmier). Les témoignages recueillis jalonnent cette analyse du PDS et de ses enjeux, notamment autour de la notion de liberté d'aller et venir du patient.

Il s'agira de comprendre davantage la notion d'obligation de soins ambulatoires et les controverses légales qu'elle suscite (Paragraphe 1), avant de faire le point sur l'état actuel du débat et la position du législateur et des juges constitutionnels sur la question (Paragraphe 2).

Paragraphe 1. La mise en œuvre et la gestion du programme de soins : des conflits de normes évidents

217. Alors que la règle du consentement prévaut aujourd'hui dans le secteur de la santé (ainsi que dans le secteur médico-social), le recours à des formes de contrainte, dans le cadre des soins, demeure très fréquent. En psychiatrie plus spécifiquement, la loi du 5 juillet 2011³⁹⁸ a étendu la possibilité de pratiquer des soins contraints, en introduisant notamment le programme de soins qui permet d'« [inclure] *des soins ambulatoires, pouvant comporter des soins à domicile* »³⁹⁹. C'est dans le rapport Strohl⁴⁰⁰ que cette méthode de soins commence à être soumise à l'exécutif, au motif qu'elle serait facilement adaptable aux modes de prise en charge modernes, la contrainte étant possible dans des lieux différents et sans nécessairement recourir à une hospitalisation⁴⁰¹.

Cette loi du 5 juillet 2011 confère de fait un cadre juridique précis aux « sorties d'essai », c'est-à-dire le processus par lequel les soignants autorisaient les sorties du cadre hospitalier, à titre probatoire. Les patients en psychiatrie peuvent dès lors être contraints à suivre des soins en ambulatoire, soit dès le début de leur prise en charge, soit après mainlevée d'une hospitalisation sous contrainte.

³⁹⁷ Travail de recherche réalisé par Caroline GUIBET LAFAYE, mené via une large campagne d'entretiens semi-directifs avec 90 psychiatres et 17 soignants travaillant dans différentes structures sur tout le territoire français (hôpital public, service fermé ou ouvert, cabinet libéral, grandes villes ou milieu rural), entre octobre 2012 et juillet 2013, présenté dans *L'Information psychiatrique*, « Au cœur du débat sur les soins sans consentement en ambulatoire », 2014/7, vol 90, p. 575 à 582

³⁹⁸ Op. cit. 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

³⁹⁹ C. GUIBET LAFAYE, « Contraindre en ambulatoire : quels droits constitutionnels pour les patients en psychiatrie ? », *Rhizome*, 2014, 52, p. 7-8. fihal-01153350f

⁴⁰⁰ H. STROHL et M. CLEMENTE, « Rapport du groupe national d'évaluation de la loi du 27 juin 1990 », Juin 1997 ; voir aussi E. PIEL et J.L. ROELANDT, Rapport de mission : « De la psychiatrie vers la santé mentale », Juillet 2001. ; voir aussi le Plan d'actions pour le développement de la psychiatrie et la promotion de la santé mentale de septembre 2003

⁴⁰¹ P. RHENTER, « La réforme des hospitalisations psychiatriques sans consentement : un éclairage historique », *Journal français de psychiatrie*, 2010/3, n°38, p.12 à 15

218. L'inscription du concept des soins sans consentement en ambulatoire dans la loi en 2011⁴⁰², a induit bien des débats dans le secteur de la psychiatrie. Si cette nouvelle forme de soins ambulatoires a pour origine l'idée de limiter l'atteinte aux libertés individuelles des patients de la psychiatrie, dans la société contemporaine, la critique principale était de dénoncer l'excessive inflation des libertés individuelles. De plus, beaucoup de soignants ont considéré que le fait d'imposer la contrainte, que ce soit en hospitalisation ou en ambulatoire, ne relève pas en premier lieu de l'éthique mais implique surtout des enjeux cliniques voire pratiques. En effet, la pratique des soins ambulatoires implique d'éviter le retour des patients en hospitalisation et donc de faire de leur réintégration dans la société une réussite, sans parler des patients qui ne respecterait pas le programme de soin dès son commencement. La question de la responsabilité d'un retour en hospitalisation complète est d'ailleurs un sujet qui préoccupe beaucoup les soignants.

219. A ce propos, comme en atteste un des médecins interrogés par C. GUIBET LAFAYE : si le patient ne respecte pas le programme de soins, « *qui va faire en sorte qu'il vienne ? Qui va aller le chercher ? (...) j'aurais un dispositif de loi qui permettra de dire "j'ai fait ça" mais, d'une manière pragmatique, ça ne va pas changer grand-chose hormis générer un certain nombre de trucs un peu complexes (...). C'est toujours pareil, la mise en œuvre de la loi dépend des moyens qu'on affecte à cette mise en œuvre* »⁴⁰³ (P.M.). Cette obligation de soin engendre une question de principe d'où découle un aspect pratique : comment peut-on réintégrer le patient en hospitalisation complète, qui se trouve être réalisée sous la contrainte, alors même que celle-ci n'est plus autorisée une fois passé en PDS (celui-ci ne pouvant être globalement imposé au patient) ? (A) En outre, dans la mesure où le PDS fait partie des soins sans consentement, ne faut-il pas instaurer un contrôle systématique par le JLD, au même titre que lors d'une hospitalisation sans consentement (l'autre soin de cette catégorie) ? (B) Pourtant, malgré l'émoi qu'elles suscitent, ces lacunes ne seront pas remises en cause par la justice, ne faisant qu'attiser le débat sur les bienfaits du PDS (C).

A. Première incohérence normative : le paradoxe de l'interdiction de la contrainte en soins sans consentement en ambulatoire

⁴⁰² 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. Publié au Journal Officiel le 6 Juillet 2011, n°11705.

⁴⁰³ Op. cit. C. GUIBET LAFAYE, « Au cœur du débat sur les soins sans consentement en ambulatoire », *L'information psychiatrique*, 2014, 90(7), 575-582. <https://doi.org/10.1684/ipe.2014.1236>.

220. Parmi les opinions et les jugements recueillis par la directrice de recherche⁴⁰⁴, l'important est d'arriver à rassembler les raisons « bien fondées » et les principes⁴⁰⁵ les expliquant. Effectivement, deux interrogations légitimes reviennent souvent : comment peut-on obliger le patient à suivre des soins alors même qu'il n'est pas dans l'enceinte de l'hôpital, et comment peut-on lui imposer un retour en hospitalisation en cas d'échec du PDS ? La liberté d'aller et venir du patient n'est-elle pas à nouveau mise à mal dans le cadre de cette régression ?

221. Ces problèmes soulevés suscités par le PDS ne posent pas que des difficultés fonctionnelles à proprement parler, mais plutôt des conflits de normes qui impliquent des problèmes de responsabilité des professionnels de santé chargés du suivi du patient concerné. « *Quand le patient oublie le traitement ou un rendez-vous et qu'il est dans un programme de soins, qu'est-ce que je fais ? Est-ce que je lui laisse une part de libre arbitre... mais alors, il y a le principe de précaution : s'il y a un problème, on va me dire que je n'ai pas fait ce qu'il faut. Je suis à Pau... Est-ce que je fais appel aux forces de l'ordre ?* »⁴⁰⁶ Décider de réintégrer un patient sous PDS en hospitalisation complète implique de mettre en relation des normes en apparence incompatibles, que sont le respect de la liberté individuelle et notamment de liberté d'aller et venir (qui est primordiale en l'occurrence puisque le retour en hospitalisation complète restreint totalement cette liberté que le patient avait partiellement retrouvée en PDS), le principe de précaution (garantir l'ordre public et la sécurité publique) et l'éventuelle responsabilité pénale du médecin.

222. L'un des points de divergence introduit par le PDS concerne la décision de réhospitalisation complète qui soulève, pour certains, des questions éthiques. En effet, il est évidemment plus facile, moralement parlant, pour certains psychiatres d'intervenir dans le cadre d'une hospitalisation sous contrainte lorsque la décision de cette mesure de soins a été prise par d'autres collègues. Dans le cadre du PDS, le psychiatre décisionnaire du retour en hospitalisation complète est forcément celui qui suit le patient dans le cadre de son PDS et avec qui ce dernier a construit une forme d'alliance thérapeutique, qui peut se fragiliser à tout moment. Dans cette optique, D.M., psychiatre, souligne : « (...) *en HO, on arrive à se dégager en disant qu'on est, et le patient et nous, soumis à une décision qui concerne... une décision prise par le représentant de l'État, et dans ce cas-là, nous, on est là pour soigner et on n'est pas là pour décider de la sortie ou pas, donc là j'essaie de faire un petit peu comme ça, en disant que ça n'est pas moi qui ai choisi l'hospitalisation, qu'il y a un programme de soins qui a été décidé... et que j'ai fait partie du programme de soins mais je ne l'ai pas choisi, que je ne*

⁴⁰⁴ Op. cit C. GUIBET LAFAYE, « Au cœur du débat sur les soins sans consentement en ambulatoire »

⁴⁰⁵ LALANDE, 1968 : le sens ici est celui d'une proposition posée aux prémices d'une déduction, qui n'a été déduite d'aucune autre dans le sujet évoqué, et qui, par la suite, est mise (jusqu'à nouvel ordre) en dehors de toute discussion.

⁴⁰⁶ P. A., un des praticiens interrogés par C. GUIBET LAFAYE, 2013

*suis pas allée la chercher, qu'il faut qu'on travaille ensemble... »*⁴⁰⁷. Ce malaise qu'impose le contexte légal de l'absence de contrainte en soins ambulatoires sans consentement et le lien de confiance qui existe entre le psychiatre prescripteur du PDS et le patient ne sont pas sans susciter chez les soignants référents des questions éthiques et normatives liées notamment au respect des droits des patients et à certains principes comme le respect de leur vie privée, de leur liberté d'aller et venir, sans oublier le respect du principe de bienfaisance que les soignants ont, dans leur vocation, à cœur de protéger.

223. En outre, certains soignants se sont tout de même posé des questions d'ordre éthique mais sur une base normative, concernant ces nouveaux soins sous contrainte en ambulatoire qui mettrait en cause, pour certains, la dignité des patients : « *Un patient n'est pas patient tout le temps, il peut être humain aussi [...] Avec les soins sans consentement en ambulatoire, on va contraindre le patient à ne jamais avoir cette espèce de dignité où il va avoir à un moment son mot à dire sur sa maladie – c'est un peu particulier en termes éthiques »*⁴⁰⁸.

En effet, la solution de facilité qui consistait à proscrire les soins sans consentement en ambulatoire au profit des hospitalisations complètes, sous prétexte qu'elles permettraient un meilleur suivi des patients, ne pouvait constituer un argument suffisant pour les légitimer dans tous les cas. Certains professionnels se sont donc rangés à l'avis des défenseurs des droits des patients, en argumentant que les soins sans consentement en ambulatoire conféraient aux patients, paradoxalement, une forme de liberté, en particulier concernant sa liberté d'aller et venir qui, bien qu'entravée par l'obligation de soin et de « pointage » à l'hôpital, restait tout de même plus existante que dans le cadre clos de l'hôpital (dans le cadre de l'hospitalisation sous contrainte). Cette différence majeure vis-à-vis de la liberté d'aller et venir du patient pourrait dissocier à elle seule les notions de « soins obligatoires » et « hospitalisations obligatoires ». L'enjeu des soins obligatoires est de rendre une forme d'autonomie au patient concernant sa prise en charge mais aussi sa vie, en lui permettant de s'épanouir dans un milieu qui lui est propre, qu'il a choisi (si bien sûr ce choix lui permet de suivre ses soins), tout en garantissant une bonne prise en charge (comme dans le cadre de l'hospitalisation).

La loi du 5 juillet 2011⁴⁰⁹ crée, avec le programme de soins, un « *“entre-deux” entre la contrainte exercée en hospitalisation complète et l'alliance thérapeutique consentie sur laquelle reposent les soins libres »*⁴¹⁰. Ce paradoxe légal est un des principaux moteurs du débat qu'a connu – et que connaît encore – l'avènement de cette forme de soins sans consentement.

⁴⁰⁷ D. M., un des praticiens interrogés par C. GUIBERT LAFAYE, 2013

⁴⁰⁸ C. GUIBERT LAFAYE, « Au cœur du débat sur les soins sans consentement en ambulatoire », *L'Information Psychiatrique*, John Libbey Eurotext, Montrouge (France), 2014 : extrait d'un entretien réalisé par l'auteur avec un psychiatre.

⁴⁰⁹ Op. cit. C. GUIBERT LAFAYE, « Au cœur du débat sur les soins sans consentement en ambulatoire », entretien P.A.

⁴¹⁰ D. ROBILIARD, « Rapport concernant la proposition de loi relative aux soins sans consentement en psychiatrie », n° 1284, enregistré le 17 juillet 2013.

224. Cependant, malgré la place plus importante laissée à la liberté d'aller et venir du patient en programme de soins, certains contemporains de la loi de 2011 n'ont pas manqué de souligner qu'avec la question des soins sans consentement exercés non plus en hospitalisation mais en ambulatoire, une représentation de la fonction de l'hôpital et des moyens de contrainte qui y sont pratiqués se trouve mise en jeu. La loi implique un arbitrage normatif entre normes médicales, éthiques, judiciaires et administratives pour tous les acteurs de ces soins. Cependant, comme l'évoque D. ROBILIARD, une confusion de ces registres normatifs traverse toutefois les justifications du programme de soins : *« il pèse (...) sur le patient en programme de soins une obligation légale et morale de respecter ce programme, obligation assortie d'une sanction : le retour éventuel en hospitalisation complète en cas d'échec. (...) La seule contrainte susceptible d'être exercée sur un patient en programme de soins est une contrainte "morale" ou psychologique résultant, d'une part, de l'obligation légale de le respecter et, d'autre part, du risque de retour en hospitalisation complète en cas d'inobservance »*⁴¹¹. La loi implique en fait de nouvelles obligations morales pour le patient qui, bien que recouvrant une part de sa liberté d'aller et venir, se trouve obligé d'observer de nouveaux cadres spécifiques à cette catégorie de soins, des cadres impliquant également des contraintes liberticides.

225. Dans une décision du 20 avril 2012⁴¹², le Conseil d'État a néanmoins rappelé *« qu'il incombe au législateur d'assurer la conciliation entre, d'une part, la protection de la santé des personnes souffrant de troubles mentaux ainsi que la prévention des atteintes à l'ordre public nécessaire à la sauvegarde de droits et principes de valeur constitutionnelle et, d'autre part, l'exercice des libertés constitutionnellement garanties ; qu'au nombre de celles-ci figurent la liberté d'aller et venir et le respect de la vie privée, protégés par les articles 2 et 4 de la Déclaration des droits de l'homme et du citoyen de 1789, ainsi que la liberté individuelle dont l'article 66 de la Constitution confie la protection à l'autorité judiciaire ; que les atteintes portées à l'exercice de ces libertés doivent être adaptées, nécessaires et proportionnées aux objectifs poursuivis »*. Par la suite, le Conseil constitutionnel a également souligné que l'exercice de la contrainte ne peut être pratiqué que dans la sphère hospitalière. La loi n° 2013-869 du 27 septembre 2013⁴¹³ est venue remédier à ces incohérences en confirmant qu'*« aucune mesure de contrainte ne peut être mise en œuvre à l'égard d'un patient pris en charge »*, que

⁴¹¹ Op. cit. C. GUIBERT LAFAYE, « Au cœur du débat sur les soins sans consentement en ambulatoire », entretien D.M.

⁴¹² CE, décision n° 2012-235 du 20 avril 2012

⁴¹³ 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. Publiée au Journal Officiel du 29 Septembre 2013, n°16230.

ce soit en ambulatoire ou à domicile⁴¹⁴. Légalement, les soins sous contrainte dispensés dans le cadre d'un programme de soins ne peuvent donc pas être soumis à une exécution forcée. Cependant, bien que théoriquement non soumis à la contrainte, le PDS reste un soin sans consentement (certes en ambulatoire). En tant que tel, il implique des règles liberticides qui mériteraient sans doute un contrôle pour éviter tout excès.

B. Seconde incohérence normative : l'absence de contrôle systématique du PDS, en tant que soin sans consentement, par le JLD

226. Rappelons que le statut et la protection des droits fondamentaux de l'ensemble des citoyens (tous les patients y compris) ne peuvent faire l'objet de traitements différenciés, et ce même dans un contexte médical ou en présence de pathologies considérées comme privant le malade de ses pléines facultés mentales. Pour résoudre cette dichotomie entre catégories de patients, certains psychiatres ont suggéré que le juge des libertés et de la détention contrôle les soins sans consentement en ambulatoire (comme le sont déjà ceux en hospitalisation). Cela permettrait d'éviter tout abus précédemment évoqué et qui alimentent aujourd'hui encore les débats sur les bienfaits de cette forme de soins aux aspirations moins « liberticides ».⁴¹⁵

227. A ce propos, le Conseil constitutionnel s'est prononcé le 20 avril 2012 sur saisine du Conseil d'État suite à une Question prioritaire de constitutionnalité (QPC)⁴¹⁶. Cette question était posée, à l'origine, par l'association Cercle de réflexion et de proposition d'actions sur la psychiatrie (CRPA). Il était question des dispositions relatives aux soins psychiatriques sans consentement issues de la loi du 5 juillet 2011⁴¹⁷. Il s'agissait plus précisément d'examiner l'absence du contrôle systématique par le juge des libertés et de la détention dans le cadre des programmes de soins ambulatoires sans consentement (comme c'est pourtant le cas en hospitalisation sans consentement, la différence résidant en pratique que dans le fait de résider ou non au sein de l'hôpital pour recevoir les soins). Cette QPC concernait également les mesures particulières pour les patients présentant un danger potentiel présumé. Le conseil constitutionnel s'est encore prononcé à cette occasion sur les fondements de l'article 66 de la Constitution⁴¹⁸ et du onzième alinéa du Préambule de la Constitution de 1946⁴¹⁹. De fait, le

⁴¹⁴ Titre 1, Chapitre 1, Article 1 de la loi n° 2013-869 du 27 septembre 2013 modifiant certaines dispositions issues de la loi n° 2011-803 du 5 juillet 2011 relative aux droits et à la protection des personnes faisant l'objet de soins psychiatriques et aux modalités de leur prise en charge, publiée au JORF n°0227 du 29 septembre 2013

⁴¹⁵ C. GUIBERT LAFAYE, « Au cœur du débat sur les soins sans consentement en ambulatoire », *L'Information Psychiatrique*, à 2014, John Libbey Eurotext, Montrouge (France).

⁴¹⁶ Conseil constitutionnel (CC). Décision n° 2012-235, QPC du 20 avril 2012.

⁴¹⁷ Op. cit. C. GUIBERT LAFAYE, « Au cœur du débat sur les soins sans consentement en ambulatoire »

⁴¹⁸ Article 66 de la Constitution du 4 octobre 1958 : « *Nul ne peut être arbitrairement détenu. L'autorité judiciaire, gardienne de la liberté individuelle, assure le respect de ce principe dans les conditions prévues par la loi.* »

⁴¹⁹ Onzième alinéa du Préambule de la Constitution de 1946 : « *Elle garantit à tous, notamment à l'enfant, à la mère et aux vieux travailleurs, la protection de la santé, la sécurité matérielle, le repos et les loisirs. Tout être*

conseil constitutionnel a confirmé la nécessité d'assurer la protection de la santé du malade et de ses proches, tout en garantissant la prévention des atteintes à l'ordre public. En même temps, les libertés individuelles garanties par les articles 2 et 4 de la Déclaration des droits de l'homme et du citoyen (DDHC) de 1789⁴²⁰ ainsi que par l'article 66 de la Constitution ont été préservés (rappelés). En outre, le Conseil constitutionnel a examiné l'article L.3211-2-1 du CSP⁴²¹ qui dispose qu'une personne faisant l'objet de soins psychiatriques sans consentement peut être soignée dans le cadre de soins pratiqués en ambulatoire, que ces soins s'effectuent à domicile, ou, si nécessaire, dans le cadre de séjours hospitaliers. Dans cette affaire, les requérants contestaient l'absence de contrôle par le JLD de ces mesures pouvant inclure, entre autres, de longues périodes d'hospitalisation. Au préalable, le Conseil d'État (CE)⁴²² avait souligné le sérieux de ce manquement concernant les dispositions législatives en la matière. En effet, selon le juge administratif, ces modalités exposées dans la loi ne précisaient pas dans quelle mesure un séjour hospitalier pouvait être imposé au patient lors de son programme de soins sans consentement réalisé en ambulatoire, sans oublier l'absence des modalités de contrôle par le juge. Selon le CE, ces dispositions portaient atteinte aux droits et libertés garantis par l'article 66 de la Constitution⁴²³.

228. Dans sa décision, le Conseil Constitutionnel a tout d'abord apporté une précision importante sur la notion de « soins contraints », en considérant que les dispositions de l'article L.3211-2-1 du CSP n'autorisent absolument pas l'exécution d'une telle obligation de soins sous

humain qui, en raison de son âge, de son état physique ou mental, de la situation économique, se trouve dans l'incapacité de travailler a le droit d'obtenir de la collectivité des moyens convenables d'existence. »

⁴²⁰ Article 2 de la DDHC du 26 août 1789 : « *Le but de toute association politique est la conservation des droits naturels et imprescriptibles de l'Homme. Ces droits sont la liberté, la propriété, la sûreté, et la résistance à l'oppression. »*

Article 4 Idem : « *La liberté consiste à pouvoir faire tout ce qui ne nuit pas à autrui : ainsi, l'exercice des droits naturels de chaque homme n'a de bornes que celles qui assurent aux autres Membres de la Société la jouissance de ces mêmes droits. Ces bornes ne peuvent être déterminées que par la Loi. »*

⁴²¹ Article L. 3211-2-1 du CSP : « *I.-Une personne faisant l'objet de soins psychiatriques en application des chapitres II et III du présent titre ou de l'article 706-135 du code de procédure pénale est dite en soins psychiatriques sans consentement*

La personne est prise en charge :

1° Soit sous la forme d'une hospitalisation complète dans un établissement mentionné à l'article L. 3222-1 du présent code ; 2° Soit sous toute autre forme, pouvant comporter des soins ambulatoires, des soins à domicile dispensés par un établissement mentionné au même article L. 3222-1 des séjours à temps partiel ou des séjours de courte durée à temps complet effectués dans un établissement mentionné audit article L. 3222-1.

II.-Lorsque les soins prennent la forme prévue au 2° du I, un programme de soins est établi par un psychiatre de l'établissement d'accueil et ne peut être modifié, afin de tenir compte de l'évolution de l'état de santé du patient, que dans les mêmes conditions. Le programme de soins définit les types de soins, leur périodicité et les lieux de leur réalisation, dans des conditions déterminées par décret en Conseil d'Etat.

Pour l'établissement et la modification du programme de soins, le psychiatre de l'établissement d'accueil recueille l'avis du patient lors d'un entretien au cours duquel il donne au patient l'information prévue à l'article L. 3211-3 et l'avise des dispositions du III du présent article et de celles de l'article L. 3211-11.

III.-Aucune mesure de contrainte ne peut être mise en œuvre à l'égard d'un patient pris en charge sous la forme prévue au 2° du I. »

⁴²² Conseil d'Etat (CE), Décision n° 352667-352668 du 8 février 2012. Renvoi de QPC.

⁴²³ Op. cit. Article 66 de la Constitution du 4 octobre 1958

la contrainte. Les patients pris en charge en programme de soin sous contrainte en ambulatoire ne peuvent donc se voir administrer leurs soins de manière coercitive, ni même être conduits ou maintenus contre leur gré pour accomplir les séjours en établissement prévus par le programme de soins. Le CC a ainsi conclu qu'« aucune mesure de contrainte à l'égard d'une personne prise en charge dans les conditions prévues par le 2° de l'article L.3211-2-1 (programme de soins) ne peut être mise en œuvre sans que la prise en charge ait été préalablement transformée en hospitalisation complète (...) ». Cette précision est donc contradictoire en ce sens qu'elle laisse supposer qu'un patient en soins sans consentement ambulatoires ne peut pas pour autant subir de soins contraints : paradoxe⁴²⁴.

229. Dans un second temps, le CC s'est également exprimé concernant la question du contrôle par le JLD de ces programmes soins ambulatoires sans consentement. Le juge constitutionnel a conclu que, dans la mesure où le JLD peut être saisi à tout moment par le patient lui-même, selon les modalités fixées par l'article L.3211-12 du CSP⁴²⁵, aux fins d'ordonner à bref délai la mainlevée immédiate, il n'y avait pas lieu de complexifier davantage ce point. Le Conseil constitutionnel rappelle donc qu'« en adoptant ces dispositions, le législateur a assuré, entre la protection de la santé et la protection de l'ordre public, d'une part, et la liberté personnelle, [...] d'autre part, une conciliation qui n'est pas manifestement déséquilibrée ». En résumé, indépendamment de la précision importante précitée, relative à la notion de contrainte, il a été considéré que la possibilité de saisine du JLD - au bon vouloir du patient notamment – rendait non nécessaire la mise en place d'un contrôle systématique par le juge. De fait, l'article L.3211-2-1 du CSP a été déclaré conforme à la Constitution.

C. Des décisions en faveur du maintien de ces incohérences : la porte ouverte à des débats sur le bien-fondé du PDS

230. Cette décision du 20 avril 2012 du Conseil constitutionnel a donc constitué une remise en cause profonde de la loi du 5 juillet 2011 et mérite plusieurs critiques. Tout d'abord, comme précédemment évoqué, l'article L.3211-2-1 du CSP relatif au programme de soins sans

⁴²⁴ Développé dans la suite de ce chapitre

⁴²⁵ Article L. 3211-12 du CSP : « I.-Le juge des libertés et de la détention dans le ressort duquel se situe l'établissement d'accueil peut être saisi, à tout moment, aux fins d'ordonner, à bref délai, la mainlevée immédiate d'une mesure de soins psychiatriques prononcée en application des chapitres II à IV du présent titre ou de l'article 706-135 du code de procédure pénale, quelle qu'en soit la forme.

Il peut également être saisi aux fins de mainlevée d'une mesure d'isolement ou de contention prise en application de l'article L. 3222-5-1. Dans ce cas, il statue dans les délais prévus au II de l'article L. 3222-5-1 ou, à défaut, dans un délai de vingt-quatre heures à compter de sa saisine.

La saisine peut être formée par : 1° La personne faisant l'objet des soins ; 2° Les titulaires de l'autorité parentale ou le tuteur si la personne est mineure ; 3° La personne chargée d'une mesure de protection juridique relative à la personne faisant l'objet des soins ; 4° Son conjoint, son concubin, la personne avec laquelle elle est liée par un pacte civil de solidarité ; 5° La personne qui a formulé la demande de soins ; 6° Un parent ou une personne susceptible d'agir dans l'intérêt de la personne faisant l'objet des soins ; 7° Le procureur de la République. (...) »

consentement s'en trouve validé. En faisant cela, le conseil constitutionnel a introduit une ambiguïté conséquente puisque, selon ses termes, un patient en soins ambulatoires sans consentement ne saurait être contraint aux soins, puisque cette contrainte ne peut être pratiquée que dans le cadre de l'hospitalisation complète. C'est sur ces données que le juge constitutionnel se base pour justifier le caractère facultatif d'un contrôle systématique par le JLD du programme de soins ambulatoires puisque ce dernier n'impacte pas suffisamment les droits et libertés des patients concernés pour justifier un tel contrôle.

231. Cette disposition a été lourdement contestée par de nombreux professionnels du droit et même de la santé, qui soulignaient une contradiction fondamentale⁴²⁶. En effet, si le patient est placé en soins ambulatoires sans consentement sur décision du représentant de l'État, les conditions de fond précisent que ces troubles mentaux nécessitent des soins et qu'ils compromettent la sûreté des personnes ou portent atteinte de façon grave à l'ordre public ; la contrainte de soin est bien réelle, le patient se trouve obligé de suivre ses soins s'il veut demeurer en ambulatoire et « échapper » à l'hospitalisation complète. Par cette décision de 2012, le juge constitutionnel a pourtant établi que ce même patient ne saurait être dorénavant contraint aux soins à cause du caractère ambulatoire de sa prise en charge. Selon ses termes, le Conseil constitutionnel définit cette obligation de soins comme une méthode qui « *a été conçue pour passer outre l'incapacité du malade à consentir à un protocole de soins, mais non pour briser par la force son éventuel refus de s'y soumettre* »⁴²⁷. Sur ce point, les juges se sont référés aux travaux préliminaires du Parlement, qui précisent également que le régime des soins psychiatriques ambulatoires permet une obligation de soins mais ne permet pas une administration de soins par la contrainte. Cependant, cette « absence » de contrainte en ambulatoire n'est qu'une façade puisqu'en cas de non-coopération du malade pour la bonne marche de son traitement avec le service de soins qui en a la charge, le patient peut se voir contraint de passer en hospitalisation complète, où la contrainte est bien réelle et incontestée. Dans ce cas d'ailleurs, le patient repassera dans le régime de contrôle systématique du JLD.

232. Au final, dans sa décision du 20 avril 2012, le Conseil constitutionnel a modifié la terminologie en transformant le « soin sans consentement » en « obligation de soins ». Il a ensuite défini cette obligation de soin comme une forme de soins non liberticides, ou du moins pas suffisamment pour justifier un contrôle systématique du JLD, notamment sur le plan de la liberté d'aller et venir du patient qui se retrouve effectivement libre de ses déplacements puisqu'en soins ambulatoires. Ces soins ambulatoires, en dehors de l'hospitalisation complète, sans consentement certes mais surtout sans forme de contrainte physique, n'impliquent donc pas les mêmes garanties que les soins contraints en hospitalisation sans consentement. Le

⁴²⁶ Cf explications ci-après

⁴²⁷ CC. Décision n° 2012-235, QPC du 20 avril 2012.

Conseil constitutionnel a considéré en résumé que cette obligation de soins repose avant tout sur une conciliation entre la protection de la santé et la protection de l'ordre et de la sécurité publics, sans oublier la protection de la liberté personnelle du patient lui-même⁴²⁸. Cette conciliation étant relativement équilibrée, l'article L.3211-2-1 du CSP a été considéré comme étant conforme à la Constitution. Donc, par cette décision, les juges constitutionnels ont adopté une définition de principe du dispositif de soins ambulatoires sans consentement. Sauf revirement ultérieur, c'est cette définition qu'il doit être retenue puisqu'ils lui ont conféré l'autorité de la chose jugée. En effet, selon l'article 62 de la Constitution « (...) *Les décisions du Conseil constitutionnel ne sont susceptibles d'aucun recours. Elles s'imposent aux pouvoirs publics et à toutes les autorités administratives et juridictionnelles* ».

233. Puisque cette décision exclut apparemment la contrainte dans le cadre des soins ambulatoires, cela permet de solutionner les problèmes potentiels d'atteinte à la vie privée des patients (la contrainte étant proscrite), sans oublier les risques professionnels consécutifs à l'intervention au domicile. Pourtant, cette décision ouvre également un large champ d'incertitudes, notamment dans la période précédant la réhospitalisation complète (sous contrainte), si elle est rendue nécessaire par l'absence de coopération du malade. En effet, et c'est là tout le paradoxe, il s'agit bien d'une obligation de soins à laquelle le patient en psychiatrie doit se plier mais qui ne supposerait pas la contrainte, s'il refuse. Face à un tel refus, idéalement – et pour respecter la décision du Conseil constitutionnel précédemment exposée - il faudrait l'amener vers les soins mais sans forme de coercition, ni usage de la force.

Il était déjà logique de s'interroger sur la compatibilité de ces soins ambulatoires avec certaines pathologies psychiatriques qui répondent pourtant aux critères exigés pour une telle méthode de soins⁴²⁹. Cette décision du Conseil constitutionnel ne clarifie pas la situation, surtout en évitant d'introduire le contrôle systématique du juge, puisqu'il contribue à une confusion législative évidente avec l'hospitalisation complète, forme de soins contraints également, et qui pourtant, elle, se trouve confrontée à ce contrôle systématique du JLD.

234. Certains professionnels n'ont cependant pu qu'apprécier la teneur de cette décision. C'est le cas du « Collectif des 39 », qui a considéré cette décision comme une victoire certaine⁴³⁰ : le fait d'exclure la contrainte des soins sans consentement en ambulatoire, bien que considérés comme des soins obligatoires selon la loi. Cette contradiction fondamentale introduite par la décision du Conseil constitutionnel implique l'impossibilité de l'application concrète de ces soins « contraints ». Selon le collectif, ces soins ambulatoires contraints ne sont

⁴²⁸ PANFILI J-M. « L'intervention du juge judiciaire dans les soins psychiatriques sans consentement : analyse de la jurisprudence depuis la loi du 5 juillet 2011 », Document support élaboré pour la formation continue des avocats, Ordre des avocats de la Haute-Garonne, barreau de Toulouse, mis à jour 24/03/2016

⁴²⁹ Cf Section 2 du présent chapitre détaillant les conditions de mise en œuvre d'un programme de soins

⁴³⁰ « Une nouvelle loi en psychiatrie pour la prochaine majorité ». Communiqué des 39 contre la nuit sécuritaire, le 21 avril 2012.

donc pas clairement envisageables dans notre cadre constitutionnel. En effet, cette décision vide la loi de tout fondement dans la mesure où le législateur l'a bâtie autour du concept de soins, notamment ambulatoires, et non plus d'hospitalisation. Dans cette optique, l'Agence de presse médicale⁴³¹ a rendu compte de l'étonnement et des interrogations des différents professionnels concernés. André BITTON, président du CRPA (qui était à l'origine de la QPC), a rétorqué : « *Nous demandons une clarification législative : que les programmes de soins soient absorbés dans les soins libres, de façon claire, ou qu'il y ait une judiciarisation des programmes de soins.* » En parallèle, Maître Corinne VAILLANT, avocate du CRPA, a également précisé que : « *Le Conseil constitutionnel estime qu'il n'y a pas de privation de liberté car le programme de soins prévoit une obligation de soins, mais pas de coercition et pas de contrainte de soins. Donc, obligation, sans contrainte. Nous allons pouvoir tous réfléchir...* ». Dans cette même lancée, le Dr Christine LAJUGIE, représentante du Syndicat des psychiatres d'exercice public, a porté la voix des psychiatres et leur étonnement face à cette décision en demandant que : « *La notion de soins ambulatoires sous contrainte doit être définie clairement [...] cette contrainte sans contrainte, avec obligation, cela n'a pas de sens pratique et c'est la porte ouverte à toutes les dérives dans certaines équipes qui ont des références éthiques flottantes.* »

235. Un exemple illustre très bien la contradiction évoquée précédemment : dans le cadre d'une requête facultative, le 18 septembre 2012, le JLD de Perpignan⁴³² a ordonné la mainlevée d'une mesure de soins sans consentement sur décision du représentant de l'État en hospitalisation complète après réintégration. En l'espèce, alors que le patient était en programme de soins sans consentement en ambulatoire, il a été réintégré en hospitalisation complète le 6 septembre, sur décision du préfet. Les forces de l'ordre accompagnées d'une équipe soignante sont allés chercher le malade à son domicile pour le contraindre à cette prise en charge complète en hospitalisation. Cette réintégration hospitalière a eu lieu sans que le représentant de l'État ait pris au préalable un arrêté de réadmission. L'arrêté préfectoral nécessaire n'a été fourni que le lendemain, en contradiction avec les apports de la décision du Conseil constitutionnel du 20 avril 2012. En effet, sur le fondement de cette décision, l'avocat du patient a rappelé qu'aucune mesure de contrainte envers un patient soumis à un programme de soins ambulatoires ne peut être exercée sans que la méthode de prise en charge n'ait été préalablement modifiée au profit d'une hospitalisation sous contrainte. En confirmant que la violation de la décision du 20 avril 2012 justifie à elle seule la mainlevée de la mesure d'internement, le juge de Perpignan a démontré dans un cas bien réel le caractère incohérent des soins sans consentement ambulatoires déjà évoqué. Maître FRIOURET, avocat spécialiste du droit de la santé mentale, a joué un rôle déterminant dans cette affaire en utilisant cette faille. Cependant, outre l'absence de changement d'état de la prise en charge en temps et en heure, le

⁴³¹ Vincent GRANIER, « Soins sans consentement : soignants, magistrats et usagers pointent l'incohérence du suivi ambulatoire sous contrainte », APM, Paris, 20 avril 2012.

⁴³² TGI de Perpignan. Ordonnance du JLD n° 12/477 du 18 septembre 2012.

juge a également relevé que les derniers certificats médicaux ne démontraient pas clairement (comme cela est nécessaire pour justifier d'une telle hospitalisation complète) que les troubles mentaux du patient mettaient en danger la sûreté des personnes ou portaient atteinte de façon grave à l'ordre public. Les critères légaux n'étaient donc pas correctement remplis mais le magistrat, par mesure de sécurité et pour laisser une chance aux soignants de dispenser les soins nécessaires, a précisé qu'une mesure de soins sur demande d'un tiers pouvait être mise en œuvre au besoin.

236. Dans cette même lignée, l'arrêt de 2011 de la Cour administrative d'appel (CAA) de Paris⁴³³, concernant les dispositions législatives antérieures relatives aux sorties d'essai est tout aussi critiquable. En l'espèce, le 26 avril 2010, le préfet de police avait demandé à la CAA de Paris d'annuler un jugement du Tribunal administratif (TA) de Paris.⁴³⁴ Ce jugement avait annulé l'arrêté du préfet du 16 novembre 2006, prononçant le maintien de l'hospitalisation d'office d'un patient, Monsieur A. Plus exactement, « *dans le cadre des sorties d'essai (...) M. A devait impérativement se présenter une fois par semaine à la consultation du centre médico-psychologique (...)* ». Monsieur A s'est bien rendu régulièrement audit centre les premiers temps mais « *(...) il ne s'est en revanche pas présenté aux consultations ultérieures* ». La Cour avait considéré « *que, compte tenu de son objet, de sa nature et de ses effets, le maintien d'une mesure d'hospitalisation d'office ne peut être décidé par le représentant de l'État (...) qu'après qu'un psychiatre a apprécié l'état de santé de la personne concernée et rendu un avis motivé sur sa nécessité* ». Il s'en est suivi que « *(...) le maintien de l'hospitalisation d'office de M. A au vu d'un certificat médical établi le 13 novembre 2006 constatant la carence de l'intéressé à se soumettre aux consultations médicales* » a conféré un caractère d'irrégularité à la procédure au regard de l'article L.3213-4 du CSP⁴³⁵. La Cour retenait que « *compte tenu de son objet, de sa nature et de ses effets, le maintien d'une mesure d'hospitalisation d'office ne peut être décidé*

⁴³³ CAA Paris n° 10PA02089. Inédit au recueil Lebon. Lecture du mardi 20 septembre 2011.

⁴³⁴ TA de Paris n° 0708956/3-1 du 2 mars 2010.

⁴³⁵ Article L.3213-4 du CSP : « *Dans les trois derniers jours du premier mois suivant la décision d'admission en soins psychiatriques mentionnée au I de l'article L. 3213-1 ou, le cas échéant, suivant la mesure provisoire prévue à l'article L. 3213-2, le représentant de l'Etat dans le département peut prononcer, au vu du certificat médical ou de l'avis médical mentionné à l'article L. 3213-3, le maintien de la mesure de soins pour une nouvelle durée de trois mois. Il se prononce, le cas échéant, sur la forme de la prise en charge du patient dans les conditions prévues au même article L. 3213-3. Au-delà de cette durée, la mesure de soins peut être maintenue par le représentant de l'Etat dans le département pour des périodes maximales de six mois renouvelables selon les mêmes modalités. Faute de décision du représentant de l'Etat à l'issue de chacun des délais prévus au premier alinéa, la levée de la mesure de soins est acquise.*

En outre, le représentant de l'Etat dans le département peut à tout moment mettre fin à la mesure de soins prise en application de l'article L. 3213-1 après avis d'un psychiatre participant à la prise en charge du patient attestant que les conditions ayant justifié la mesure de soins en application du même article L. 3213-1 ne sont plus réunies, ou sur proposition de la commission départementale des soins psychiatriques mentionnée à l'article L. 3222-5. Le présent article n'est pas applicable aux personnes mentionnées II de l'article L. 3211-12.. »

Note : Dans sa décision n° 2011-135/140 QPC du 9 juin 2011 (NOR : CSCX1115973S), le Conseil constitutionnel avait déclaré l'article contraire à la Constitution. La déclaration d'inconstitutionnalité prenait effet le 1er août 2011. La version ci-dessus mentionnée est en vigueur depuis le 30 septembre 2013. Elle ne modifie en rien le contenu de la décision du TA de Paris dont il est question dans le corps de texte.

par le représentant de l'État (...) qu'après qu'un psychiatre a apprécié l'état de santé de la personne concernée et rendu un avis motivé sur sa nécessité ». La Cour avait donc conclu au rejet de la requête du préfet et avait validé l'annulation de la mesure prononcée en première instance par le TA. En résumé, dans cet arrêt, la décision du préfet de police de maintenir le patient en hospitalisation d'office pour six mois supplémentaires, sur la base d'un certificat médical de carence, parce qu'il était constaté que ledit patient ne se présentait plus aux visites médicales de contrôle de sa sortie d'essai, a été annulée. Or, il est évident que, si un patient en soins sans consentement sur décision préfectorale ne se présente pas aux rendez-vous de contrôle prévus dans le cadre de son programme de soins, et qu'un psychiatre hospitalier établit un certificat médical en vue du maintien de la mesure, ce certificat ne peut qu'être un certificat de carence puisque le patient ne se présente plus (et ne peut donc plus être examiné). Légalement, ce certificat ne doit pas pouvoir servir à un nouvel arrêté de maintien en soins par le préfet, ce qui entraîne théoriquement la caducité de la mesure et donc la mainlevée automatique.

237. Si l'on met cette décision en parallèle avec celle du JLD de Perpignan, tout le paradoxe de la situation peut être révélé. Il en résulte que le certificat médical et la décision administrative relative à la réintégration d'un patient en hospitalisation complète doivent précéder cette prise en charge hospitalière. Cependant elle ne peut pas être réalisée dans un cadre coercitif mais, malgré tout, elle exige que le praticien examine le patient (patient qui ne souhaite plus se rendre aux rendez-vous de contrôle et ne peut donc être vu sans contrainte). Ces paradoxes restés sans résolution n'ont fait qu'attiser le débat pour/contre l'utilisation du PDS.

[Paragraphe 2. Les soins sans consentement en ambulatoire, une atteinte aux droits du patient et à sa liberté d'aller et venir, à l'origine de débats virulents](#)

238. Les problèmes soulevés par la réintégration des patients en hospitalisation complète semblent la principale source d'inquiétude des psychiatres. Rappelons cependant qu'il n'existe aucune obligation légale pour ces psychiatres de réintégrer le patient qui ne respecte pas son PDS. La loi énonce seulement qu'il peut, s'il le juge nécessaire, demander un retour en hospitalisation complète (auprès du directeur ou du représentant de l'État) ou – si l'état clinique du patient n'observant pas son traitement ne le nécessite pas ou pas encore – considérer qu'une simple modification du PDS est nécessaire.⁴³⁶

⁴³⁶ Article L. 3211-11-1 du CSP : « Pour motif thérapeutique ou si des démarches extérieures s'avèrent nécessaires, les personnes hospitalisées sans leur consentement peuvent bénéficier d'autorisations de sorties de l'établissement de courte durée n'excédant pas douze heures. La personne malade est accompagnée par un ou plusieurs membres du personnel de l'établissement pendant toute la durée de la sortie. L'autorisation d'absence de courte durée est accordée par le directeur de l'établissement de santé après avis favorable du psychiatre responsable de la structure médicale concernée. Dans le cas d'une hospitalisation d'office, le directeur de l'établissement transmet au représentant de l'Etat dans le département les éléments d'information relatifs à la demande d'autorisation, comportant notamment l'avis du

239. Rappelons que par sa décision du 20 avril 2012⁴³⁷, le Conseil constitutionnel a confirmé que les patients en soins sans consentement en ambulatoire « *ne sauraient se voir administrer des soins de manière coercitive ni être conduits ou maintenus de force* » pour accomplir les séjours en établissement prévus par le programme de soins. Cette décision du conseil constitutionnel et la législation même des soins sans consentement en ambulatoire interrogent non seulement sur la possibilité de contraindre le patient en dehors des murs de l'établissement psychiatrique, mais aussi sur les limites même du pouvoir médical en psychiatrie : jusqu'où peut-on étendre le champ de la contrainte ? Quel sens donne-t-on en psychiatrie à la liberté et à l'autonomie du patient, surtout en PDS ? Sur ce dernier point, le respect de la liberté d'aller et venir est particulièrement recherchée dans le cadre du PDS. Elle est l'une des libertés que retrouve le plus le patient en sortant d'hospitalisation complète, sans pour autant être pleinement recouvrée, puisque l'obligation de soin impose au patient de rester dans le secteur prévu pour ses soins et implique des visites « obligatoires » pour son suivi.

Le débat autour du PDS regroupe donc chacune de ces interrogations et découle sur une opposition de trois points de vue : celui des partisans au PDS (A), celui des mitigés, adoptant un point de vue très critique (B) et celui des anti-PDS (C).

A. Le débat autour du PDS : vers une vision favorable des soignants à l'égard de ces soins ambulatoires

240. Les partisans du PDS se sont basés sur des arguments très « terre à terre », pragmatiques et d'ordre utilitaire (1), les conduisant parfois à négliger l'impact de la contrainte sur le patient (2) et à justifier le recours à cette contrainte par un gain futur de liberté (3).

1. Un pragmatisme assumé comme argumentaire principal

241. Parmi les professionnels avec lesquels Caroline GUIBET LAFAYE s'est entretenue, certains psychiatres se prononcent en faveur des soins sans consentement en ambulatoire, pour des raisons majoritairement pragmatiques. L'un d'eux explique que « *Certains trouvent plutôt que ça n'est pas inintéressant, comme ça on a le patient sous la main mais après je trouve que ça c'est un vrai problème en termes d'élargissement de la surveillance...* »⁴³⁸. F.M., psychiatre également, résume quant à lui une position classique dans la profession, que l'on retrouve chez

psychiatre, quarante-huit heures avant la date prévue pour la sortie accompagnée. Sauf opposition du représentant de l'Etat dans le département, la sortie accompagnée peut avoir lieu au terme de ce délai. »

⁴³⁷ Cf Paragraphe 1, A) du présent Chapitre

⁴³⁸ S. S, un des praticiens interrogés par C. GUIBET LAFAYE, 2013

nombre d'interviewés : « *Il faudrait ne pas leur imposer des soins mais qu'elles [les personnes malades] puissent les accepter si elles souhaitent que la coercition diminue, elles devraient préserver leur intérêt. Ce serait utile cette distinction entre hospitalisation sans consentement et soins sans consentement – mais ce n'est pas majoritaire cette position en France.* »⁴³⁹

Le pragmatisme de cet argumentaire, relié à des considérations d'ordre utilitaire (praticité de cette forme de soin, lits libérés, suivi possible à plusieurs, etc.) semble plus fort pour certains praticiens que les problématiques engendrées par les questions de respect des libertés et droits des patients. Cependant, si ce détachement peut être bénéfique dans un cadre professionnel, pour le respect des règles de bonnes pratiques médicales, le risque reste de tomber dans une euphémisation du poids de la contrainte pour les patients concernés.

2. Dérive alarmante : l'euphémisation de la contrainte

242. Une partie des avis recueillis lors des entretiens de Caroline GUIBET LAFAYE démontre une tendance chez les praticiens à minorer la réalité et la valeur de la contrainte légale pour les patients concernés par les régimes de soins sans consentement (et sous contrainte si pratiqué), notamment lorsqu'il est question de la liberté d'aller et venir du patient, des contraintes sur la vie quotidienne et de l'obligation d'observance des soins. Cette euphémisation se traduit le plus souvent par une sorte de redéfinition du sens de la contrainte, comme démontré ci-après.

*« On le voit (...) assez régulièrement, chez les psychotiques... qui n'ont pas de loi, qui n'ont pas une clé de voûte qui leur permettrait d'avoir une boussole dans la vie, qui sont complètement déboussolés, ils sont fous, des vrais fous et chez qui la contrainte, la contrainte de l'autre : “tu dois prendre ton traitement, tu dois venir tous les mois”, est une boussole qui leur permet de ne pas faire de sortie de route. Mais ils ne le font que contraints. Avant, on faisait les sorties d'essai. C'est juste un mot ; la différence entre “sortie d'essai” ou dire “au revoir, vous revenez dans un mois” c'est juste qu'il y a ce qui peut faire autorité de l'autre, là où il n'y a rien qui fait autorité pour le patient sinon c'est pareil (...), la conséquence pratique est la même mais ça change tout, ça change tout. »*⁴⁴⁰

3. Accepter la contrainte pour un gain de liberté, principalement de liberté d'aller et venir

243. Dans la plupart des interviews en faveur du PDS, cette forme de soins sans consentement est défendue, paradoxalement, par le gain ou tout du moins le surcroît de libertés qu'elle apporte au patient, en particulier concernant la liberté d'aller et venir, avec l'absence de

⁴³⁹ F. M, idem

⁴⁴⁰ A. L, idem

restrictions temporelles et spatiales liées à l'établissement hospitalier (par opposition à la contrainte de l'hospitalisation complète)⁴⁴¹.

244. Le paradoxe est d'autant plus poussé que même les médecins les plus soucieux du respect des droits et libertés de leurs patients (et les plus engagés dans leur défense) justifient le bienfait des soins sans consentement en ambulatoire par ce gain de liberté d'aller et venir (entre autres bien sûr). Il est donc constaté qu'une attitude libertaire à l'égard des patients n'est pas synonyme d'une attitude similaire dans le cadre des soins sans consentement en ambulatoire. D'ailleurs, certains soignants pensent que « *La loi, elle aurait dû sortir la question de l'internement totalement de la main du psychiatre et mettre le juge à tous les temps (...). Au début, ce qui était assez bien prévu par la loi, c'était d'éviter au maximum que les patients soient enfermés, c'est-à-dire faire qu'on ait une évaluation rapide et qu'ils puissent rapidement se retrouver sous le mode de l'internement en ambulatoire ; c'est une bonne idée d'être contraint aux soins, en ambulatoire* »⁴⁴².

245. Ces avis favorables aux soins sans consentement en ambulatoire (PDS), inattendus pour certains (la procédure étant lourde administrativement parlant ou sur le plan de la responsabilité), s'expliquent entre autres par une aversion à l'hospitalo-centrisme. La plupart s'accompagnent d'un souhait voire d'une exigence d'un contrôle judiciaire systématique (comme c'est le cas en hospitalisation complète sans consentement), dans la mesure où la privation de liberté (et notamment de liberté d'aller et venir) est certes atténuée mais reste existante. On retrouvera cette exigence de contrôle judiciaire, qui est d'ailleurs nettement amplifiée chez les opposants aux soins sans consentement en ambulatoire.

⁴⁴¹ L. M, un des praticiens interrogés par C. GUIBERT LAFAYE, 2013 : « *Avec mon copain G., on souhaite depuis longtemps les soins sans consentement en ambulatoire car pendant longtemps, on a tordu la loi en faisant des placements volontaires pendant plusieurs années. Il y a des certificats de gens en permission depuis plusieurs années. Est-ce un problème éthique ? Quand est-ce que je vais arrêter de faire des certificats comme ça ? Il y a un cadre symbolique qui les libère de leur ambivalence. M.A. est un schizophrène dont je m'occupe depuis 1986 (...). Il est en permission d'HDT depuis 5-6 ans. Je pense que lever l'HDT, ce serait le mettre en position d'être demandeur de soins. Il est trop ambivalent pour l'être. On pourrait le tenter – ça serait une question éthique. Le tenter, ce serait courir le risque qu'il arrête et recommencer à zéro. Tant que c'est un moindre mal et que ça n'entrave pas ses libertés. C'est soi-disant sous contrainte mais il trouve qu'on ne le voit pas assez et que ça ne dure pas assez longtemps (les entretiens). Les libertés individuelles et la santé publique, ça n'est pas le problème car on est au cœur d'une pathologie ultra-complexe et paradoxale (...). Il faut voir ce que devient la contrainte au fil des mois et au fil des années ; ça leur donne de la liberté. Ça n'est pas prétentieux : il faut voir de qui on parle, il faut voir à quel niveau de pathologie ils sont. Ça n'est pas vous et moi. La psychiatrie publique, c'est gravissime. C'est de la survie psychique (...). Ce qu'on arrive à faire, c'est que les soins sous contrainte en ambulatoire ne se fassent pas sentir. Les gens viennent ici avec plaisir, avec une demande même si on garde le cadre global par sécurité, pour un tiers symbolique ou que sais-je. Ils viennent de leur plein gré.* »

⁴⁴² C. L, un des praticiens interrogés par C. GUIBERT LAFAYE, 2013, qui souligne également : « *Après, on contraint aux soins comme les délinquants sexuels, les alcooliques, ça existe en France tout ça ; je suis d'accord pour que la société contraigne les gens aux soins : je n'ai pas de problème, je suis tout à fait d'accord avec ça mais à condition que la décision soit prise par un juge... Avec une procédure contradictoire et pas avec des experts nommés par le juge* »

B. Le débat autour du PDS : position critique adoptée par certains soignants

246. La critique des soins sans consentement en ambulatoire tourne globalement autour de quatre questionnements. Le premier concerne la question du respect des droits et libertés des patients et le possible recours à un contrôle judiciaire systématique par le JLD. Le deuxième concerne le soin et sa nature, à savoir jusqu'où peut aller le soin, notamment concernant ceux sous contrainte. Le troisième touche à la nature de la relation thérapeutique soignants/patient : est-ce qu'elle repose sur un ensemble de négociations ? est-ce une sorte de contrat de confiance entre les protagonistes précités ? Enfin, le dernier questionnement concerne la représentation du patient en psychiatrie et, de fait, l'importance donnée à sa capacité de choix ou de refus, notamment par rapport aux soins qui lui sont proposés⁴⁴³.

Toutes ces critiques se basent en somme sur des arguments moraux et normatifs, en opposition au pragmatisme des pro-PDS.

247. Cependant, qu'elle soit imposée en milieu hospitalier ou en ambulatoire, la contrainte soulève toujours des questions éthiques, en cela qu'elle engendre forcément une privation de liberté, et tout particulièrement de la liberté d'aller et venir, mais également une forme d'ingérence dans le champ d'action d'autrui et le recours potentiel à des formes de violence (dans le cadre de la prise en charge). Cette problématique éthique est accentuée par le fait que la contrainte médicale mobilise un argumentaire bien rodé de la « bienfaisance thérapeutique », dans l'intérêt du patient, en utilisant notamment des normes morales, telles que « la fin justifie les moyens », en se basant sur les devoirs associés à la fonction de psychiatre de l'hôpital public. Plus largement, cette législation interroge les limites et les modalités de l'exercice de la psychiatrie car elle pose la question de l'extension du champ de la contrainte, des limites du pouvoir de la psychiatrie, du sens de la liberté et de l'autonomie des patients en psychiatrie, des attitudes à leur égard. Pour ces raisons, on peut douter qu'une approche simplement culturaliste recèle le dernier mot sur ces points, c'est-à-dire que « *l'éthique reflète grosso modo le consensus de règles de vie auxquelles se rallie la majorité d'une communauté à un moment donné et en fonction de l'état de sa culture, ce qui explique[rait] le polymorphisme des réponses apportées aux SCAI un peu partout dans le monde.* »⁴⁴⁴.

248. L'argument majeur opposé aux partisans du PDS résulte donc – pour un caractère plus incontestable - d'une considération purement normative, qui implique des considérations

⁴⁴³ Mathias COUTURIER, « L'individu est-il juridiquement responsable de sa santé ? », in *Santé et droit*, Revue générale de droit médical, n° spécial de décembre 2010, p. 171

⁴⁴⁴ G. VIDON, « Arguments en faveur des soins sans consentement en ambulatoire », *Interpsy*, n°15, 2014

morales, éthiques⁴⁴⁵. Il s'agit de l'impossibilité légale d'exercer une contrainte dans le cadre des soins sans consentement ambulatoire ; antinomie lourdement critiquée.

P.D., psychiatre, souligne à ce titre que « Ça [les soins sans consentement en ambulatoire] ne remplacera jamais le consentement du patient et l'alliance thérapeutique, même avec des patients schizophrènes. (...) pour une part non négligeable des patients, notamment schizophrènes ou bipolaires, même quand on fait tout ça bien (i.e. l'éducation thérapeutique), ça ne suffit pas et ça ne marche pas. Leur signifier l'obligation de se soigner à l'extérieur – dans la mesure où la police n'ira jamais leur distribuer leurs gouttes – ça ne sert strictement à rien. »⁴⁴⁶.

Les soignants du secteur psychiatrique sont partagés sur cette question du PDS puisqu'il met en jeu une représentation bien particulière de la fonction de l'hôpital et des moyens de contrainte qui y sont associés. « La loi (...) introduit le soin contraint à domicile. (...) Je vous ai expliqué pourquoi je pensais que le soin contraint, ça n'est pas vraiment du soin... au moins contraint sur une mesure permanente, même si c'est que quelques jours, la contrainte ne dure que quelques jours. (...) Mais être chez soi ou être dans un foyer, ce ne sont pas des lieux de soin ; c'est un lieu où on peut seulement y recevoir des soins si on décide (...). La contrainte ne peut s'exercer que dans un lieu de soin, pour moi c'est la question clé, c'est la question sur le plan éthique parce que la contrainte n'est pas une contrainte en soi mais une contrainte dans un but de pouvoir accéder à un travail relationnel par un traitement et pour enfermer la personne au nom de sa dangerosité par nature ou autre (...). Elle pose donc la question de quelles pratiques psychiatriques nous exerçons. »⁴⁴⁷ Les « anti-PDS » le récusent donc au nom d'une certaine conception du soin. Certains professionnels, outre cet argument normatif, mettent en évidence des arguments moraux et notamment celui du respect de l'humanité du malade psychiatrique.⁴⁴⁸

249. En résumé, le PDS est apprécié par ceux qui le perçoivent favorablement pour ses avantages pratiques/pragmatiques, dans une logique selon laquelle « la fin justifie les moyens ». En revanche, les positions les plus virulentes prises à son encontre puisent leurs fondements de références aux droits individuels et sont fondées sur une certaine représentation du soin.

⁴⁴⁵ 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. Publiée au Journal Officiel du 29 Septembre 2013, n°16230.

⁴⁴⁶ P. D., un des praticiens interrogés par C. GUIBET LAFAYE, 2013

⁴⁴⁷ J. M., idem

⁴⁴⁸ B. C., idem : « Un patient n'est pas patient tout le temps, il peut être humain aussi (...). Avec les soins sans consentement en ambulatoire, on va contraindre le patient à ne jamais avoir cette espèce de dignité où il va avoir à un moment son mot à dire sur sa maladie – c'est un peu particulier en termes éthiques ; je vois la logique : on veut le contraindre pour éviter une récurrence et un passage à l'acte à l'extérieur – en termes éthiques, ça pose des problèmes. On nie sa capacité d'être humain à se prendre en charge soi-même (...). Avec le soin sans consentement en ambulatoire maintenant, on nie qu'à un moment il échappe à la contrainte, qu'il échappe à la prise en charge. »

C. Le débat autour du PDS : vers une vision radicalement opposée à cette forme de soins sans consentement

250. Les critiques les plus virulentes à l'encontre du PDS ambulatoire s'appuient sur l'exigence du respect des droits individuels et constitutionnels. En effet, le respect de l'autonomie individuelle du patient est fortement contesté lorsque celui-ci est intégré dans un PDS à l'issue d'une hospitalisation sous contrainte, et tout particulièrement dans le cadre d'une HDT plutôt que d'une HO⁴⁴⁹. Ces critiques se basent également massivement sur la décision du Conseil constitutionnel du 20 avril 2012 qui rappelle qu'en dehors des cas d'hospitalisation complète, les soins sous contrainte ne peuvent pas impliquer la moindre forme de coercition.

251. Au-delà du secteur juridique, le secteur médical partage en partie cet avis tranché, en spécifiant que le PDS est également très liberticide (1), qu'il peut impliquer une accentuation de la discrimination à l'encontre des malades mentaux sévères (2), alors que ces derniers, au même titre que tous les patients en psychiatrie doivent pouvoir jouir des mêmes droits et libertés que n'importe quel citoyen (3).

1. Le PDS : une méthode indirectement mais massivement liberticide

252. Dans le secteur médical (et pas seulement du point de vue des psychiatres, IDE et aides-soignants confondus), il est souvent rappelé que, bien que la contrainte soit légalement interdite dans le cadre des PDS, elle reste indirectement pratiquée. M.J., psychiatre, considère à titre d'exemple que : « *Dans les faits, je ne crois pas que ça soit très efficace et, en pratique, s'octroyer la possibilité de se rendre... au domicile d'un patient dans sa vie privée pour le contraindre à des soins, je trouve que c'est un degré de plus dans le viol de la liberté des personnes* ». P.H. considère également que : « *Le côté liberticide de... supprimer certaines libertés, ça doit rester temporaire (...). C'est tout le paradoxe avec les soins ambulatoires sous contrainte, d'abord il n'y a pas le contrôle par le juge. C'est un paradoxe (...). La judiciarisation a débuté mais le problème c'est qu'elle se limite aux soins à l'hôpital et pas aux soins ambulatoires sous contrainte... ce qui fait que si un collègue met en place des soins ambulatoires sous contrainte, aucun juge n'ira contrôler, vérifier ce qui est en place, et ça, c'est un peu embêtant de ce point de vue-là...* »⁴⁵⁰. Des droits constitutionnels sont également utilisés à l'encontre des soins ambulatoires sans consentement : « *Le programme de soins signifie la possibilité de surveiller et d'enfermer, de traiter de force les gens chez eux (...). C'est attentatoire à la liberté fondamentale... à l'intégrité du domicile, à l'intégrité du corps humain.*

⁴⁴⁹ Ana MARQUES, « La loi du 5 juillet 2011 : protection des usagers ou question de formalité ? », *L'information psychiatrique*, 2013/2, Volume 89, pages 171-177

⁴⁵⁰ Praticiens interrogés par C. GUIBET LAFAYE, 2013

*C'est une obligation de soins sans qu'elle soit considérée comme une contrainte !!! Les injections retard chez soi ne sont pas considérées comme une contrainte !!! (...) Les choses se sont durcies avec la nouvelle loi car c'est le soin lui-même qui est maintenant une contrainte. En 1990, c'était l'hospitalisation qui était sans consentement. Aujourd'hui, c'est une contrainte qui ne se dit pas en tant que telle. Il y a un déni symbolique de la contrainte ».*⁴⁵¹

253. Si les exemples précédemment cités résultent d'entretiens restés anonymes, certaines associations et certains professionnels de santé ont néanmoins décidé d'exposer publiquement leur désaccord, notamment dans le texte « Pour une réforme de la loi du 5 juillet 2011 – La loi du 5 juillet 2011 : protection des usagers ou accentuation des devoirs pour les patients et les professionnels ? »⁴⁵², dans lequel sont défendus le principe de l'acceptation des soins par le patient concerné, « un contrat de soins, plus impliquant pour le patient et contrôlé par le juge comme dans le cas des obligations de soins », comprendre « une logique de partenariat » impliquant soignants, patient et pairs, ou encore, « un soin ambulatoire librement consenti »⁴⁵³. Le texte met également en cause les traitements retard injectables⁴⁵⁴ et l'intrusion dans la vie privée des personnes malades, ainsi que toutes les dérives qu'implique cette nouvelle forme de soins sans consentement.⁴⁵⁵

2. Le PDS, un cadre de soin favorisant les discriminations envers les malades mentaux sévères

254. Le dernier argument utilisé par les anti-PDS réside dans la considération et le sens même de la liberté chez les patients en psychiatrie, en particulier pour les plus gravement atteints. En effet, si le PDS paraît facilement applicable pour un malade considéré comme pas ou peu dangereux pour la société, il apparaît qu'un psychotique sévère (par exemple) au passé violent

⁴⁵¹ O. L, un des praticiens interrogés par C. GUIBET LAFAYE, 2013

⁴⁵² « Pour une réforme de la loi du 5 juillet 2011 – La loi du 5 juillet 2011 : protection des usagers ou accentuation des devoirs pour les patients et les professionnels ? » ; cf p.9 pour la partie « supprimer la contrainte de soins ambulatoires », https://santementalefrance.fr/media/documents/2015/01/pourreformeloi5juillet_2011.pdf
« La Fédération d'Aide à la Santé Mentale Croix-Marine œuvre depuis près de 60 ans pour faire en sorte que les troubles psychiques ne soient pas uniquement l'affaire des psychiatres, mais aussi celle des patients eux-mêmes, de leurs proches et que la société dans son ensemble se montre accueillante et solidaire aux plus démunis d'entre les siens. » : chapeau introductif dudit texte, qui donne le ton des objectifs de cet ensemble associatif et professionnel.

⁴⁵³ Idem 394

⁴⁵⁴ Définition : « Cette injection antipsychotique évite d'avoir à prendre des médicaments tous les jours. La piqûre libère lentement le principe actif dans l'organisme du malade, appelé à revenir toutes les deux à quatre semaines pour renouveler sa piqûre »

Source : A. CHAMPAGNE, « L'injection retard à la rue : du soin aux enjeux sécuritaires », *Nouvel Obs*, 25/01/2017, [https://www.nouvelobs.com/rue89/rue89-chez-francis/20111125.RUE3942/l-injection-retard-a-la-rue-du-soin-aux-enjeux-securitaires.html#:~:text=Le%20traitement%20%C3%A0%20effet%20retard,couverture%20maladie%20universelle%20\(CMU\).](https://www.nouvelobs.com/rue89/rue89-chez-francis/20111125.RUE3942/l-injection-retard-a-la-rue-du-soin-aux-enjeux-securitaires.html#:~:text=Le%20traitement%20%C3%A0%20effet%20retard,couverture%20maladie%20universelle%20(CMU).)

⁴⁵⁵ A. FRANCES, « La psychiatrie est en dérapage incontrôlé », *Books*, n° 42, avril 2013, pages 20 à 22 ; S. THERON, « De quelques remarques sur une évolution attendue de la prise en charge de la maladie mentale : l'instauration de soins ambulatoires sans consentement », *Revue de droit sanitaire et social*, 2010, p. 1088

et présentant une dangerosité certaine n'aura sûrement pas accès à un PDS et certainement pas dans les mêmes conditions. Évidemment, la même réflexion pourrait être faite sur les soins libres, l'accès étant réservé à des patients qui sont jugés aptes pour ce type de soins non contraints. Cependant, la différence réside dans le degré de contrainte. En effet, les soins libres n'impliquent aucune autre restriction de la liberté d'aller et venir du patient que celle qu'il décide lui-même de s'imposer (en acceptant un cadre hospitalier pour une hospitalisation libre par exemple)⁴⁵⁶. En outre, les soins libres en psychiatrie se rapprochent en tous points des soins libres exercés dans n'importe quel autre secteur médical (légalement et réglementairement parlant). De fait, la critique est différente. Dans le cadre du PDS, les soins contraints sont bel et bien présents.

255. Plus précisément dans le cadre du PDS, c'est sur le sens donné à l'autonomie et à la liberté individuelle des patients gravement troublés que les psychiatres ont des points de vue divergents. En effet, considérer que l'aliénation et la maladie engendrent déjà une privation de liberté (le patient s'enferme par lui-même) facilite grandement l'imposition de la contrainte, que ce soit au sein de l'hôpital ou en soins ambulatoires (légalement proscrit mais pratiquée malgré tout selon les dires des soignants).

256. A l'image du courant de pensée d'Henry EY⁴⁵⁷, un psychiatre intervenant dans l'étude de Caroline GUIBET LAFAYE s'exprimait sur sa perception des psychotiques : « *je ne peux pas envisager que le psychotique, en particulier, ait une liberté individuelle. Je considère, et c'est peut-être le défaut... qu'il est aliéné, au sens du a – privatif – avec le lien derrière donc – et qu'il est prisonnier de sa maladie, donc qu'il n'est pas libre. C'est là-dessus qu'il faut travailler, c'est sur son absence de liberté liée à sa maladie ; moi je suis là-dedans, sinon mon travail s'écroule (...). Pour moi, le malade mental, au sens grand malade, grand psychotique, n'est pas libre, donc il ne peut pas revendiquer sa liberté individuelle* »⁴⁵⁸. Un deuxième, sur la liberté du malade mental grave, disait : « *la liberté de l'aliéné ? ! Merci !!! Ce sont les moins libres de tous, nos aliénés. C'est la folie qui les aliène, ce n'est pas nous* »⁴⁵⁹. Sur l'ensemble des psychiatres interviewés, la majorité des psychiatres partage cette opinion.

⁴⁵⁶ Cf chapitre préliminaire sur les soins libres

⁴⁵⁷ H. EY et J. ROUARD, « Essai d'application des principes de Jackson à une conception dynamique de la neuropsychiatrie », in L'Encéphale, 1936

Henry EY (1900-1977), est à l'origine du concept de l'organodynamisme, sorte de synthèse entre les symptômes psychiatriques et les données neurophysiologiques, qui considère que l'écoute du patient et la considération de son caractère humain (échange, douleurs, sentiments, etc.) permettent d'améliorer son état clinique et de contribuer à sa guérison. Source : <https://www.universalis.fr/encyclopedie/henri-ey/>

⁴⁵⁸ F. C., un des praticiens interrogés par C. GUIBET LAFAYE, 2013

⁴⁵⁹ A. L., idem

Pourtant, même les plus convaincus des praticiens en viennent à récuser la pertinence de la liberté formelle que les patients en psychiatrie ont, au même titre que n'importe quel citoyen.⁴⁶⁰

3. La considération des libertés individuelles des patients en psychiatrie : réalité ou utopie ?

257. D'un point de vue philosophique, se pose la question du sens apporté à la liberté individuelle de ces patients. Les arguments mobilisés dans ce débat concernant la contrainte pour les soins en ambulatoire ont tendance à masquer le problème fondamental qui tourne autour des outils mis à disposition du secteur psychiatrique pour répondre aux besoins de ces patients, sans oublier le problème de l'intégration de ces patients dans la société. En effet, si les soins ambulatoires confèrent à ces derniers une liberté d'aller et venir retrouvée à l'extérieur de l'enceinte hospitalière, cette liberté peut s'avérer difficile à appliquer si leur statut de sujets de droit à part entière n'est pas pleinement reconnu au sein de la société. Pourtant, bien que leur autonomie et leurs libertés restent restreintes, malgré la prise en charge ambulatoire (rappelons qu'ils sont dans l'obligation de se soigner, en cela ils restent des patients spécifiques, différents de ceux des autres spécialités médicales qui jouissent de leurs pleines capacités mentales), ces patients conservent leurs libertés fondamentales et les droits constitutionnels de tout citoyen. En fait, la maladie est déjà en elle-même une forme de privation de liberté, puisqu'elle induit des comportements dangereux pour le patient et/ou les autres, éventuellement une altération de la communication, de la sociabilisation, de la compréhension du monde, des capacités d'intégration dans la société. Toutefois, le caractère liberticide de la maladie en elle-même ne doit pas devenir une excuse pour justifier des soins d'office liberticides (à l'extrême parfois, suivant les soins pratiqués), dans une forme de contrainte sévère.

258. Par le passé⁴⁶¹, la traduction paternaliste médicale voulait que ces patients soient considérés comme des aliénés (par leur maladie) et le caractère négatif de la contrainte était bien peu de chose comparé à l'impact de leur maladie sur leur personne et potentiellement sur la société : la contrainte se justifiait donc aisément, surtout en l'absence de traitement efficace. C'est là toute la complexité de la loi du 5 juillet 2011⁴⁶² qui confirme et perpétue un clivage entre catégories de patients (la psychiatrie étant particulièrement « infantilisante » en termes de

⁴⁶⁰ B. L., un des praticiens interrogés par C. GUIBERT LAFAYE, 2013 : « (...) l'erreur, y compris du Conseil constitutionnel dans la loi du 5 juillet 2011, vient du fait qu'on a considéré que c'était une privation de liberté comme les autres privations de liberté et d'ailleurs, on a désigné des juges des libertés et de la détention parce qu'on a assimilé ça aux deux autres situations que gèrent les juges des libertés et de la détention : les étrangers en situation irrégulière et les détenus. Et c'est une erreur qui est basée sur un déni, en donnant pour mission – ce qui montre bien qu'on est dans le déni – pour les juges des libertés et de la détention d'évaluer si la privation de liberté se justifiait par la gravité de la pathologie. Ça, le juge n'est pas en mesure, et n'a aucune légitimité, compétence à évaluer la pathologie (...) ».

⁴⁶¹ Cf Introduction de la présente thèse

⁴⁶² Op. cit. 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

respect des droits et libertés des patients). Comme évoqué en Introduction de la présente thèse, peu de raisons peuvent être soulevées pour justifier un manquement au respect des droits individuels constitutionnels de certains patients. Ceux-ci risquent pourtant d'être placés au second plan en psychiatrie, pour le bien public (ordre et sécurité). En outre, le patient est souvent considéré comme irresponsable et incapable de s'auto-gérer correctement, voire d'interagir correctement avec les autres (allant jusqu'à la dangerosité potentielle) : les protéger revêt une forme de paternalisme médical que les lois tentent d'encadrer, afin de redonner un semblant de maîtrise au patient, lorsque faire se peut.

Aujourd'hui d'ailleurs, nombre de praticiens considère que la contrainte ne fait qu'ajouter de la souffrance à un malade qui se trouve déjà très éprouvé par ses troubles mentaux, en ce sens qu'elle prive le patient de ses droits (qu'il sait pourtant être accordés aux autres adultes citoyens) et l'infantilise, de fait.

259. Mais la pratique médicale va au-delà de considérations philosophiques. En effet, la majorité des praticiens interrogés par Caroline GUIBET LAFAYE concluent qu'il est plus important d'accéder aux soins pour pouvoir jouir, par la suite, d'une liberté réelle, plutôt que de considérer une liberté totale avant même de considérer la nécessité des soins pour le patient qui, la plupart du temps en souffre directement ou indirectement (exclusion, etc.). En outre, l'accès à des soins de santé est une composante importante des droits et libertés individuelles : le patient en psychiatrie en profite incontestablement : *« mettre un fou souffrant 1 000 morts dans un monde d'horreur, le laissant se démerder avec ça sans le soigner, au nom des droits de l'homme, ça n'est pas les droits de l'homme (...). Le droit de l'homme, c'est d'être soigné et quand tu souffres, de pouvoir trouver un soulagement et non pas le droit d'aller souffrir tout seul dans son coin, au nom de la liberté. »*⁴⁶³

260. Si l'autonomie, telle qu'on la conçoit pour un adulte sain, peut être inadaptée aux personnes âgées, aux personnes malades et aux patients en psychiatrie (les plus sévères surtout), le droit à l'indépendance et à l'autonomie du citoyen, en tant que droits et libertés fondamentales, ne peuvent, en revanche, pas être négligés.

Il paraît effectivement inconcevable, dans un État de droit, de se soustraire à la difficulté qu'engendrent de telles pathologies concernant le respect des droits et libertés de ceux qui sont concernés.

De fait, les arguments apportés par chaque courant de pensée dans ce débat concernant le PDS, prennent des fondements divers mais toujours entendables, allant du pragmatisme à la défense de principes fondamentaux de rang constitutionnel. Chaque protagoniste avance des raisons

⁴⁶³ C. GUIBET LAFAYE, « Au cœur du débat sur les soins sans consentement en ambulatoire », *L'information psychiatrique*, 2014, 90(7), 575-582. <https://doi.org/10.1684/ipe.2014.1236>.

recevables. Ce débat aura, au moins, démontré qu'il reste encore courant de faire face à l'irrespect des droits individuels constitutionnels de certains patients pour des motifs pragmatiques ou sur fondement de considérations certes médicales mais indéniablement paternalistes et discriminantes. Ce constat s'intensifie dans le cadre de l'hospitalisation complète sans consentement, où la contrainte s'exerce légalement, avec son lot d'excès et de problématiques de mise en œuvre.

Titre 2. Une atteinte majeure à la liberté d'aller et venir

261. Encadrer l'hospitalisation sous contrainte est nécessaire pour plusieurs raisons. Tout d'abord, l'hospitalisation sans consentement restreint la liberté individuelle d'une personne en la privant de son droit fondamental d'aller et venir. Afin de prévenir les abus et garantir le respect des droits individuels, il est essentiel d'établir des lois et des procédures claires encadrant ces mesures. En établissant des lois et des règles précises, on minimise les risques d'erreurs ou d'abus dans le processus d'hospitalisation sans consentement. Le cadre normatif permet de définir des critères et des procédures strictes pour évaluer la nécessité de l'hospitalisation, protégeant ainsi les personnes contre des décisions arbitraires ou injustifiées. Ensuite, ce cadre offre également une base juridique solide pour guider les professionnels de la santé et les autorités judiciaires dans l'application de l'hospitalisation sans consentement. Elle définit les critères de l'hospitalisation, les procédures à suivre, les droits des patients, ainsi que les recours disponibles en cas de contestation. Cela assure une approche cohérente et équitable dans l'ensemble du système de santé. La législation impose des obligations légales aux professionnels de la santé et aux autorités impliquées dans le processus d'hospitalisation sans consentement. Elle établit des mécanismes de contrôle et de reddition de comptes pour s'assurer que les décisions prises sont justifiées, légitimes et respectent les droits des patients. Cela contribue à renforcer la responsabilité des professionnels de santé et la transparence dans le système de santé.

Enfin, l'encadrement normatif de l'hospitalisation sans consentement vise également à protéger la société en permettant une évaluation et une prise en charge adéquates des personnes atteintes de troubles mentaux graves. Les lois assurent que les personnes nécessitant des soins et un traitement sont identifiées, évaluées et prises en charge de manière appropriée, ce qui contribue à la sécurité publique⁴⁶⁴.

De fait, un cadre juridique s'est progressivement mis en place, assurant une protection relative des droits et libertés du patient au sein de ce régime d'exception⁴⁶⁵ qu'est l'hospitalisation sans consentement (Chapitre 1). Cependant, cette forme de soin liberticide reste controversée, tant sur son bien-fondé que sur les contrôles qui sont opérés à son sujet (Chapitre 2).

⁴⁶⁴ VELPRY Livia, « De l'hospitalisation aux soins sans consentement en psychiatrie », Journal français de psychiatrie, 2010/3 (n° 38), p. 16-18. DOI : 10.3917/jfp.038.0016. URL : <https://www.cairn.info/revue-journal-francais-de-psychiatrie-2010-3-page-16.htm>

⁴⁶⁵ Rappelons que la règle, en psychiatrie comme dans les autres secteurs médicaux, est de recueillir le consentement aux soins du patient. Les soins sous contrainte (sans consentement) sont donc un "régime d'exception" qui ne peut être employé que s'il est nécessaire et proportionné à l'état du patient psychiatrique qui, le plus souvent, n'a pas conscience de sa pathologie, et qui tout au moins représente un danger pour lui-même et/ou autrui. Définition régime d'exception : "*situation de fait exceptionnelle qui appelle un régime juridique spécial, distinct du droit commun*" (Lextenso.fr). Cf Chapitre 1 du présent Titre 2.

Chapitre 1. L'hospitalisation sous contrainte : une tentative de préservation de la liberté d'aller et venir du patient

262. Il existe différentes formes de contrôle des mesures de soins contraints en psychiatrie. La Commission Départementale des Soins Psychiatriques (CDSP) représente l'un d'entre eux. Elle a été instituée dans une loi du 27 juin 1990 relative à la protection des personnes hospitalisées en raison de troubles psychiatriques⁴⁶⁶. Elle est composée d'un psychiatre et d'un magistrat désignés par le Procureur près la Cour d'Appel territorialement compétente ainsi que d'un représentant d'une organisation représentative des familles de personnes présentant des troubles mentaux et d'un psychiatre, désignés eux par le préfet et le président du conseil général. La CDSP doit être informée de toute hospitalisation d'un patient sans son consentement, elle doit s'enquérir des conditions d'hospitalisation, elle a également pour mission de visiter et d'inspecter les établissements accueillant des patients présentant des affections psychiatriques. Dans les faits, ces visites sont peu effectuées ou alors de façon inégale entre les territoires et les établissements, dans la mesure où ces commissions ne sont pas en nombre suffisant et ont tendance à choisir de réaliser des contrôles en priorité dans les établissements les plus imposants ou les plus fréquentés, par manque de temps et de moyens humains pour ce faire. La CDSP doit rédiger des rapports sur les différents aspects de la procédure d'hospitalisation sans consentement afin d'opérer un contrôle de ce qui est effectué sur le terrain. A titre d'exemple, la procédure d'hospitalisation sans consentement sur demande du directeur d'établissement en cas d'urgence avec risque grave d'atteinte à l'intégrité du malade a été instituée à titre d'exception. Elle permet en effet de priver le patient de sa liberté d'aller et venir de façon rapide en cas d'urgence. Cette procédure a été mise en place à la marge comme une procédure d'exception, cependant il convient d'observer qu'en 2004 cette procédure d'urgence représentait 43% des hospitalisations sans consentement⁴⁶⁷. Ce chiffre est représentatif d'une procédure courante et non d'une procédure d'exception. Les rapports rédigés par la Commission Départementale des Soins Psychiatriques sont examinés par la Direction Générale de la Santé sans que ne soient observables de réelles réformes sur ces points. De plus cette commission voit son rôle effacé notamment en raison des difficultés économiques qu'elle rencontre, ses missions sont larges, ses financements faibles et elle peine également à recruter des psychiatres afin de l'assister dans ses missions. Cette commission est en théorie un bon moyen de contrôle de la privation des libertés des personnes atteintes de troubles psychiatriques mais dont les moyens d'actions sont limités et donc dont l'action est relative. Selon le Docteur CLAUDEL, ladite commission par manque de temps et de moyen se concentrait sur les

⁴⁶⁶ Loi n° 90-527 du 27 juin 1990 relative aux droits et à la protection des personnes hospitalisées en raison de troubles mentaux et à leurs conditions d'hospitalisation, JORF n°150 du 30 juin 1990 ; C. GUIBET LAFAYE, « Entre défense des droits et logique sécuritaire : le traitement politique du psychiatrique aux prises avec les faits divers », *Tétralogiques*, 2017, Troubles de la personne et clinique du social, 22, pp.461-489. fihal-01566376f

⁴⁶⁷ M. COLDEFY, *La prise en charge de la santé mentale*, recueil d'études statistiques, 2008

programmes de soins en ambulatoire en délaissant les visites en établissements et le contrôle des soins sans consentement au sein des établissements psychiatriques⁴⁶⁸.

Étant donné son caractère liberticide, l'encadrement de l'hospitalisation sous contrainte se doit d'être bien plus rigoureux. Il vise évidemment à respecter au maximum les droits et libertés des patients. Mais le législateur y est-il parvenu ? Étant donné l'impact de cette mesure de contrainte sur les droits et libertés des patients, principalement sa liberté d'aller et venir, la nécessité d'un encadrement juridique favorable au respect de ces droits paraît évidente (Section 1). Cependant, l'existence d'un encadrement n'implique pas indubitablement une application en bonne et due forme. Il est donc également nécessaire de prévoir un contrôle de ce régime d'exception par des acteurs compétents (Section 2).

Section 1. L'hospitalisation sous contrainte, un encadrement juridique théoriquement favorable au respect des droits du patient.

263. Rappelons que l'hospitalisation sous contrainte est la forme la plus liberticide parmi les cadres de soins permettant une prise en charge psychiatrique. L'hospitalisation sans consentement restreint la liberté d'aller et venir du patient en raison de la nécessité de protéger la personne elle-même ou autrui en cas de trouble mental grave. De prime abord, cette restriction se justifie tout naturellement par la nécessité de protéger la personne hospitalisée, de prévenir les risques pour sa sécurité et celle des autres, et de garantir l'accès aux soins et au traitement appropriés. Lorsqu'une personne présente un trouble mental grave et représente un danger pour sa propre sécurité, l'hospitalisation sans consentement vise à prévenir les actes d'automutilation, de suicide ou d'autres comportements risquant de causer des préjudices graves. Lorsqu'une personne présente un trouble mental grave et représente un danger pour la sécurité d'autrui, l'hospitalisation sans consentement est mise en place pour protéger les autres individus contre les risques de violence, d'agression ou de préjudice physique ou psychologique. Dans certains cas, l'hospitalisation sans consentement est nécessaire pour garantir que le patient reçoive les soins et le traitement appropriés pour son trouble mental. Cela peut impliquer une évaluation diagnostique, une stabilisation de la condition, une médication et d'autres interventions nécessaires à sa santé mentale.⁴⁶⁹

264. Cependant, si cette mesure semble pouvoir se justifier dans bien des cas, de part les bénéfices qu'elles apportent aux patients en fonction de leur stade pathologique, elle reste juridiquement très contestable, de par l'atteinte grave qu'elle porte à la liberté d'aller et venir

⁴⁶⁸ Entretien avec le Dr CLAUDEL, médecin psychiatre membre de la CDSP, cf Annexe 29 ; ARS, "Commission départementale des soins psychiatriques sans consentement (CDSP)", 23/02/2023, <https://www.iledefrance.ars.sante.fr/commission-departementale-des-soins-psychiatriques-sans-consentement-cdsp>

⁴⁶⁹ M. LANDROT, "L'internement d'office, une prison sur ordonnance", Télérama, publié le 14/06/2017 et mis à jour le 08/12/2020

du patient, ainsi qu'à la majorité de ses droits en général (Paragraphe 1). C'est pourquoi son encadrement juridique strict et minutieux est nécessaire pour les garantir autant que faire se peut (Paragraphe 2).

Paragraphe 1. Un constat d'atteinte potentielle majeure aux droits du patient, à l'origine d'un encadrement juridique progressif indispensable

265. Un premier constat sur l'étendu du respect de bon nombre de droits du patient nous laisse entrevoir, avant même de détailler les fondements du régime juridique en vigueur, des failles dans le système actuel (A). La judiciarisation progressive de cette forme de soin liberticide semble donc pleinement justifiée (B).

A. Le respect des droits du malade hospitalisé sous contrainte : un constat mitigé

266. Rappelons-le, le malade pris en charge en psychiatrie dispose des mêmes droits et libertés que dans tout autre service médical. La difficulté réside cependant dans la nature même de sa pathologie, principalement dans le cas de l'hospitalisation sous contrainte. En effet, la plupart du temps, ce type d'hospitalisation est nécessaire parce que le patient est dans un tel état qu'il devient incapable de prendre les bonnes décisions pour sa propre santé mentale (une prise en charge médicale), il devient potentiellement dangereux pour lui-même ou autrui, voire il n'est pas conscient de sa maladie mentale. Ce contexte particulier rendant difficile l'administration des soins appropriés, peut justifier - dans une certaine mesure tout du moins - que soit porté atteinte à certains droits et libertés du patient, liés de près ou de loin à sa liberté d'aller et venir. Mais - outre la liberté d'aller et venir du patient, *stricto sensu*, que l'hospitalisation sous contrainte atteint nécessairement (maintien du patient au sein de l'hôpital, dans une unité ouverte ou fermée, horaires et sorties restreints, etc.) - quels sont ces droits auxquels le malade hospitalisé devrait prétendre et qui ne sont pourtant pas nécessairement respectés, parfois abusivement ? Nous analyserons particulièrement le droit de choisir l'établissement d'accueil (1), le droit de correspondre librement (2) ainsi que le droit de recourir à la justice (3).

1. Le droit du patient de choisir son établissement hospitalier

267. Commençons par nous pencher sur le droit que possède le patient quant au choix de son établissement d'accueil et de son praticien. Il faut cependant distinguer deux types de patients. Le patient hospitalisé sans consentement sur demande d'un tiers (SPDT) pourra pleinement exercer son droit de choisir évoqué ci-dessus, contrairement à celui qui fait l'objet d'une mesure d'hospitalisation sans consentement sur décision d'un représentant de l'État (SDRE). Ce dernier est contraint de choisir parmi les établissements de santé habilités à cet effet par le

préfet. Rappelons qu'il existe néanmoins des cas de figure dans lesquels les contraintes liées à la gestion de l'établissement empêchent le patient de choisir son lieu de prédilection (nombre de lits disponibles, effectifs de personnel hospitalier suffisant). En outre, ce choix de la personne susceptible d'être admise sur demande d'un tiers dans un établissement public de santé mentale peut connaître des limites en raison du principe de la sectorisation psychiatrique⁴⁷⁰. Il s'agit de tenir compte, outre le choix du patient, de son lieu de résidence ou de son dernier domicile connu et de l'urgence. En effet, le Conseil d'État a considéré pour l'urgence pouvait justifier la non prise en compte de la demande du patient quant à son lieu d'hospitalisation et à son psychiatre⁴⁷¹.

2. Le droit de correspondre librement

268. Sur le droit du patient de correspondre, le Conseil d'État, dans un arrêt de 2007⁴⁷², a réaffirmé la portée de l'article L. 326-3 du CSP, repris à l'article L. 3211-3 en considérant que « le législateur a entendu assurer le plein exercice du droit des personnes placées d'office d'émettre ou de recevoir du courrier ; qu'en décidant que M. B. ne pourrait émettre des courriers qu'à la condition qu'ils soient adressés à leurs destinataires par l'intermédiaire d'un avocat, le centre hospitalier (...) a illégalement restreint le droit de M. B. d'émettre des courriers ». Dans cet arrêt, la plainte émanait d'un correspondant externe. Il a obtenu la condamnation du centre hospitalier qui accueillait une personne hospitalisée sans son consentement, au motif que ce correspondant avait subi des atteintes portées à sa liberté de correspondance avec la personne qui avait fait l'objet de l'internement d'office. Ce requérant était l'avocat dudit patient ; son avocat n'a pas pu transmettre à son client interné le projet de mandat lui permettant de le représenter dans les délais prescrits pour l'instruction d'une requête devant la CEDH contre la décision de placement. Bien que l'indemnité requise soit allée au correspondant et non au patient interné, cette décision n'est pas sans rappeler le préjudice moral subi par ce dernier ainsi que l'illégalité de la restriction du droit du patient hospitalisé sans consentement à recevoir des courriers de l'extérieur. Pour ce faire, le Conseil d'État a utilisé l'article 8 de la Conv.EDH sur le droit à la vie privée, rappelant implicitement l'applicabilité de cet article aux personnes sujettes à une hospitalisation sans consentement.

269. Concernant le droit du patient d'être conseillé par un médecin ou un avocat, en 2009, le CE a donné raison à la Cour administrative d'appel de Paris, qui considérait que « *l'obligation d'informer dès son admission la personne atteinte de troubles mentaux hospitalisée sans son consentement de sa situation juridique et de ses droits, et notamment de celui de prendre conseil*

⁴⁷⁰ Circulaire du 14 mars 1990 relative aux orientations de la politique de santé mentale

⁴⁷¹ CE, 21/10/1998, n° 189325

⁴⁷² CE, 06/04/2007, M. Bernardet, n°280494

d'un avocat de son choix (...), ne se limite pas aux seules hypothèses de l'hospitalisation sur demande d'un tiers et de l'hospitalisation d'office décidée par le préfet, (...) mais s'étend à l'ensemble des mesures d'hospitalisation (...); qu'il en résulte que les personnes conduites à l'IPPP doivent, dès leur admission, être informées de leur droit de prendre le conseil d'un avocat de leur choix : (...) Par suite, en refusant de mentionner dans la charte d'accueil le droit à avoir accès à un avocat au motif que ce droit ne s'appliquait pas aux mesures de rétention à l'infirmierie psychiatrique de la préfecture de police prises avant un éventuel arrêté d'hospitalisation d'office, le préfet de police a commis une erreur de droit. » Autrement dit, le droit de prendre conseil auprès d'un médecin ou d'un avocat est un droit majeur auquel il ne peut être porté aucune restriction.⁴⁷³ Néanmoins, en ce qui concerne les patients atteints de troubles mentaux, ce droit peut être exercé en leur demande par leurs parents ou les personnes susceptibles d'agir dans l'intérêt du patient. Cependant, un revirement jurisprudentiel a été opéré par le Tribunal administratif de Toulouse, dans un arrêt rendu le 18 février 2009,⁴⁷⁴ confirmée par la Cour d'appel administrative de Paris le 18 octobre 2011⁴⁷⁵. Cette dernière a considéré que le fait qu'une patiente qui n'avait pas *“été informée de ses droits d'avoir recours à un avocat ou à un médecin avant d'être conduite à l'infirmierie psychiatrique de la préfecture de police”* entachait la décision attaquée d'un vice de procédure substantiel de nature à justifier son annulation. Cette même jurisprudence rend insuffisante pour satisfaire la charge de la preuve toute attestation rédigée postérieurement à l'admission du patient par un praticien pour les besoins de l'audience judiciaire. D'ailleurs, même dans le cadre d'une hospitalisation d'urgence et même lorsque celle-ci ne dure que très peu de temps, le patient a le droit de recourir aux services d'un conseil dès son admission dans l'établissement hospitalier⁴⁷⁶. Le CSP précise que ce conseil peut aussi bien être un avocat qu'un médecin. Ce fut le cas, par exemple, dans une affaire jugée par la Cour d'appel de Bordeaux⁴⁷⁷ dans laquelle les services de conseil d'un médecin avaient été demandés par un patient pour l'assister au cours d'une expertise. Enfin, la loi du 4 mars 2002⁴⁷⁸ instaure la possibilité pour tout patient de recourir à une personne de confiance. Cette personne de confiance, choisie par le patient lui-même (désignée par écrit au début de l'hospitalisation), serait à même de recevoir l'information ou d'exprimer la volonté du patient au cas où celui-ci ne serait pas en état de recevoir ou exprimer quoi que ce soit. Depuis la loi de 2013⁴⁷⁹, le droit pour chaque patient d'être conseillé revêt un caractère plus

⁴⁷³ CE, 1ère et 6ème sous-sections réunies, 20/11/2009, 313598

⁴⁷⁴ TA de Toulouse, 18/02/2009 : *« la méconnaissance du principe selon lequel une personne hospitalisée sous contrainte (HSC) n'a pas été informée de la possibilité de prendre un Conseil (médecin ou avocat) est de nature à créer un doute sérieux sur la légalité de la décision d'admission du directeur du centre hospitalier »*

⁴⁷⁵ CAA de Paris, Civ. 4, 18/10/2011, Mme A, n°09PA05817

⁴⁷⁶ CAA de Paris, 21/12/2007, n°07PA00168

⁴⁷⁷ CA de Bordeaux, Civ.1, 13/12/2000, M. Baudoin

⁴⁷⁸ Loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé

⁴⁷⁹ 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

qu'obligatoire puisqu'elle impose au malade, à chaque hospitalisation sous contrainte, d'être assisté ou représenté par un avocat choisi ou commis d'office. En cas d'irrespect de cette procédure, une mainlevée de la mesure de placement sous contrainte est prononcée.

270. L'article L3211-3 b°) 1° dispose que les personnes hospitalisées en milieu psychiatrique ont le droit « *de communiquer avec les autorités mentionnées à l'article L3222-4* » du CSP, et que « *ces autorités reçoivent les réclamations des personnes admises en soins psychiatriques sans leur consentement ou de leur conseil et procèdent, le cas échéant, à toutes vérifications utiles* ». Ces autorités sont le préfet, le juge du TJ, le maire de la commune, le procureur de la République près du TJ dont relève territorialement l'établissement public de santé mentale (EPSM), la Commission des relations avec les usagers et de la qualité de la prise en charge⁴⁸⁰ et le contrôleur général des lieux de privation de liberté. Le droit de communiquer avec ces autorités est un droit intangible, pénalement protégé, qui ne peut souffrir d'aucune atteinte de quelque nature que ce soit ; aucune communication avec ces autorités ne doit donc être interceptée. Outre ce droit, l'usager en santé mentale peut également contacter des associations d'usagers qui l'aideront à tisser des liens sociaux mais aussi à saisir la Commission départementale des soins psychiatriques (CDSP), chargée d'examiner la situation des patients admis en soins psychiatriques sans leur consentement, au regard des libertés individuelles et de la dignité des personnes. L'article L.3222-5 du CSP affirme ce droit : « *dans chaque département une commission départementale des soins psychiatriques est chargée d'examiner la situation des personnes admises en soins psychiatriques en application des chapitres II à IV du titre Ier du présent livre ou de l'article 706-135 du code de procédure pénale au regard du respect des libertés individuelles et de la dignité des personnes.* » Cette commission est en mesure de proposer la main levée des soins du malade psychiatrique si la demande de ce dernier est justifiée. Ladite commission veille aussi au libre exercice d'un certain nombre de droits par le patient interné en hôpital psychiatrique, tel que le droit de prendre conseil auprès d'un médecin ou d'un avocat.

3. Le droit de recourir à la justice

266. Le droit du patient le plus important à mentionner dans le cas de l'hospitalisation sans consentement reste celui à un recours judiciaire. En effet, ce droit est primordial dans la mesure où il s'agit souvent de l'unique moyen pour le patient de demander une mainlevée de son

⁴⁸⁰ CRUQPC : la loi du 4 mars 2002 et le décret n°2005-213 du 2 mars 2005 ont créé une commission des relations avec les usagers et de la qualité de la prise en charge dans chaque établissement de santé public ou privé. Cette commission permet non seulement d'associer les représentants et les usagers au fonctionnement de l'établissement, mais aussi de veiller au respect des droits des usagers en facilitant leurs démarches et en contribuant à l'amélioration de leur prise en charge. Cette commission a également pour but de régler les litiges résultant des réclamations adressées à l'établissement par les usagers eux-mêmes ou par leurs proches. Cette médiation se fait en présence de deux médiateurs ; un médecin et un non-médecin.

hospitalisation sans consentement, une fois l'examen de ladite mesure par le JLD au sein même de l'hôpital. En effet, ses seules chances de retrouver le plein usage de sa liberté d'aller et venir réside dans une déclaration de mainlevée émanant du JLD lors de la procédure de contrôle exercée dans les 12 jours suivant le début de l'hospitalisation sous contrainte (ou tous les 6 mois en cas de prolongation de ladite mesure), ou prise lors d'une décision de justice rendue à la demande du patient lui-même. La CEDH a rendu deux arrêts⁴⁸¹ dans lesquels elle affirme que l'article 5 paragraphe 2 de la Convention EDH⁴⁸² garantit le droit au recours juridictionnel pour les malades mentaux internés. Le patient hospitalisé sans consentement peut ainsi s'adresser à un juge à des intervalles raisonnables pour réévaluer la nécessité de son placement. La CEDH a également spécifié que toute personne contrainte a une mesure de détention contre sans gré, sans que cette mesure soit motivée et réglementaire, peut demander réparation de son entier préjudice. Outre la Convention EDH, la Charte de la personne hospitalisée de 2006 et la Charte de l'usager en santé mentale de 2000 prévoient toutes deux que le patient interné sans son consentement dispose du droit d'être entendu par un responsable de l'établissement pour exprimer ses revendications et demander réparation des préjudices qu'il estime avoir subi, soit dans le cadre d'une procédure de règlement amiable des litiges, soit devant les tribunaux. Enfin, l'article 4 paragraphe 2 de la Recommandation du 22 février 1983⁴⁸³ dispose que le directeur de l'EPSM accueillant le patient hospitalisé sans son consentement doit veiller à ce que ce dernier soit informé de ses droits dont celui d'introduire un recours juridictionnel, à n'importe quel moment de l'internement, sur simple requête formulée auprès du président du TGI concerné. En cas de non-respect de cette obligation, l'EPSM peut se voir opposer des conséquences administratives et financières importantes. Ce fut le cas dans un arrêt de la CEDH⁴⁸⁴ qui a approuvé la décision des juridictions françaises ayant condamné un établissement de santé à des dommages et intérêts, sur le fondement de l'article 5 paragraphe 2 de la Conv.EDH. C'est en effet l'arrêt Van der Leer c. Pays-Bas⁴⁸⁵ qui a permis l'application dudit article pour le cas des personnes aliénées.

B. Une judiciarisation justifiée par un risque d'atteinte majeure aux droits du patient

267. L'hospitalisation sans consentement porte évidemment atteinte à divers droits fondamentaux des patients, évoqués précédemment. Cependant, dans le domaine de la psychiatrie, de telles restrictions sont possibles si tant est qu'elles soient justifiées et proportionnées. Pour contrôler ces mesures de contrainte et tout particulièrement

⁴⁸¹ CEDH, 05/11/1981, M. X c. Royaume Uni ; CEDH, 29/08/1990, M. E c. Norvège

⁴⁸² Article 5 paragraphe 2 Conv.EDH: « Toute personne arrêtée doit être informée, dans le plus court délai et dans une langue qu'elle comprend, des raisons de son arrestation et de toute accusation portée contre elle. »

⁴⁸³ Recommandation R. (83) 2 du 22 février 1983 du Comité des conseils des ministres du Conseil de l'Europe sur la protection juridique des personnes atteintes de troubles mentaux et placés comme patients involontaires.

⁴⁸⁴ CEDH, 30/09/2003, Luyen c. France, n° 46022/99

⁴⁸⁵ CEDH, 21/02/1990, Van der Leer c. Pays-Bas, n° 11509/85

l'hospitalisation complète, une judiciarisation de cette mesure a été progressivement mise en place. En effet, si la question de la judiciarisation des mesures d'hospitalisations psychiatriques s'est posée depuis déjà bien longtemps, c'est dans un contexte de recherche de sécurité et de délivrance d'information au patient⁴⁸⁶ qu'en 2011, les droits des usagers à un contrôle du respect de leurs libertés ont été obtenus grâce à l'intervention d'une association⁴⁸⁷. Cette dernière réclamait depuis les années 70 l'intervention de la justice dans le huis-clos psychiatrique. En effet, c'est en bombardant le système judiciaire de questions prioritaires de constitutionnalité que le Groupe Informations Asiles a pu mettre en évidence les discriminations notables envers les malades mentaux quant au respect de leurs droits fondamentaux et y remédier. A cette période, très peu d'avocats et de magistrats se sont mobilisés pour le droit des usagers dans le secteur de la psychiatrie. Pour la grande majorité des juristes, le principe même de contrôler les hospitalisations sans consentement est en dehors de leurs compétences et empiète sur le travail du médecin. Le risque craint par les corporations judiciaires est celui de laisser sortir une personne atteinte de troubles psychiques dangereux pour elle-même ou pour la société, contre avis médical, pour une simple vice de procédure purement juridique, dans un milieu relevant pourtant du domaine de la santé avant tout.

268. Du côté des soignants, le rejet est tout aussi virulent, si ce n'est davantage. Pour les hospitaliers, les audiences devant le juge pourraient être perçues par les patients comme ayant un caractère criminalisant à leur encontre. Cette procédure n'aurait alors pour conséquence qu'une complexification de l'hospitalisation sans consentement ainsi qu'un effet perturbateur et angoissant chez des patients déjà troublés. En outre, dans la mesure où les hôpitaux n'ont généralement ni les moyens ni les infrastructures nécessaires à l'éventualité de déplacements quotidiens des malades vers un tribunal, ces audiences allaient donc devoir se tenir au sein même de l'établissement hospitalier ; les soignants ne pouvaient faire l'éloge d'une telle mesure, arguant l'incompatibilité d'un lieu de soin avec un lieu de jugement.

⁴⁸⁶ « La loi du 5 juillet 2011, tournant sécuritaire et «putsch» judiciaire » Par André Bitton - L'Information psychiatrique 2013 ; 89 : 9-12 – Lien Internet : <http://psychiatrie.crpa.asso.fr/267> ; . « *La liberté individuelle ne peut être tenue pour sauvegardée que si le juge intervient dans le plus court délai possible ; [...] en prévoyant que l'hospitalisation sans consentement peut être maintenue au delà de quinze jours sans intervention d'une juridiction de l'ordre judiciaire, les dispositions de l'article L. 337 [actuel article L. 3212-7] méconnaissent les exigences de l'article 66 de la Constitution* », Conseil constitutionnel, décision n° 2010-71 QPC.

⁴⁸⁷ Le Groupe Informations Asiles a été fondé par des internes en psychiatrie, élèves infirmiers, et étudiants en dissidence. En 1973, le GIA traite son premier contentieux d'internement abusif. A partir du début des années 80, l'association s'est majoritairement composée de personnes ayant connu l'internement psychiatrique qu'ils considèrent comme abusif et illégal. L'intervention du GIA se caractérise par une systématisation du contentieux de l'hospitalisation illégale, sans consentement.

269. La loi du 5 juillet 2011⁴⁸⁸, modifiée le 27 septembre 2013⁴⁸⁹, est venue clore les débats en systématisant les contrôles de la régularité des mesures d'hospitalisation sans consentement dans les 12 jours suivant l'admission à l'hôpital du malade, puis tous les 6 mois. Le juge des libertés et de la détention peut ainsi, à tout moment de ce contrôle, maintenir ou lever cette mesure d'hospitalisation sous contrainte.

D'après la loi évoquée ci-dessus, pour que le juge statue en faveur d'une hospitalisation sans consentement, l'hôpital est contraint au respect d'une procédure rigoureuse. Il y a tout d'abord une liste précise de documents à joindre au dossier du patient ; cette liste varie en fonction des modalités des soins contraignants imposés au malade. Ainsi, un certain nombre de certificats médicaux doit notamment être émis, la mesure doit être correctement notifiée au patient concerné, qui doit également être informé de ses droits, etc.

270. Dans les premières années qui ont suivi la mise en place de cette procédure légale, les restrictions des juges ont été certes limitées, dans le respect de l'avis médical délivré à l'encontre des patients, sans pour autant être absentes. À titre d'exemple, en 2015, 78 000 décisions ont été prises par des juges des libertés et de la détention concernant des mesures de soins sans consentement ; en moyenne, 8% de ces mesures ont connu une mainlevée pour raison de faute dans la procédure.

271. En 2011 puis 2013⁴⁹⁰, le législateur a progressivement instauré et affirmé l'obligation d'informer le patient sur sa situation juridique et sur ses droits dès son admission et à chaque fois qu'il le réclame.

L'article L3211-3 du CSP permet l'application de ce principe sans pour autant donner de précision sur la personne titulaire de cette obligation ni sur la manière de délivrer l'information. La Cour d'appel administrative de Paris⁴⁹¹ a apporté une précision à ce sujet, en affirmant que ce droit est valable pour tout patient, quelle que soit la mesure d'hospitalisation à laquelle il est soumis. Une seconde décision rendue par le Tribunal de grande instance de Paris en 2008⁴⁹² a clarifié davantage la question de la personne sur laquelle repose l'obligation d'informer le patient sur sa situation juridique et les droits qui en découlent. Dans le cas d'espèce, le juge a considéré qu'un maire était soumis à une telle obligation à l'occasion d'une notification pour une personne ayant fait l'objet d'une mesure d'internement contrainte à l'initiative dudit maire.

⁴⁸⁸ 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

⁴⁸⁹ 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

⁴⁹⁰ Respectivement les lois du 5 juillet 2011 et du 27 septembre 2013, précédemment évoquées

⁴⁹¹ CAA de Paris, 21/02/2006, n°02PA02087

⁴⁹² TGI de Paris, Civ. 1, 10/03/2008, n° RG 06/00880

Concernant la forme, la Cour d'appel administrative de Paris⁴⁹³ a précisé que l'article L.3211-3 du CSP dispose que les personnes atteintes de maladies mentales et faisant l'objet d'une mesure d'hospitalisation sous contrainte doivent, dès leur admission, être informées de leur droit de recourir à un conseil, médecin ou avocat. Cette précision n'a cependant pas à être mentionnée dans la lettre qui en porte notification.

272. De même, en matière pénale, depuis la réforme de 2013⁴⁹⁴, les autorités judiciaires doivent informer, par tout moyen et de manière appropriée à son état de santé mentale, le patient de la décision d'irresponsabilité pénale dont il fait l'objet et donc des modalités de la procédure SDRE qui sera probablement prise à son encontre. Cette information est donnée au malade psychiatrique soit à la notification de la décision d'admission en EPSM, soit via le livret d'accueil qui lui est remis dès son arrivée à l'hôpital, soit en demandant directement d'être tenu informé de ses droits. Pour des raisons pratiques, généralement les EPSM remettent systématiquement au patient un livret d'accueil dès l'arrivée de ce dernier. Ce livret, outre la présentation de la structure et les règles qui la régissent, doit contenir des informations concernant le patient, notamment les conditions d'admission et de sortie, l'énoncé de ses droits (exercice de la voie de recours contre les mesures de contrainte prises à son encontre, la possibilité de saisir le JLD à tout moment afin de contester ladite mesure de contrainte, etc.), ses obligations et ses possibilités d'accès à ses dossiers administratif et médical.

Paragraphe 2. Un encadrement pour chaque stade de l'hospitalisation sous contrainte : un suivi rigoureux du respect des droits du patient

273. L'hospitalisation sans consentement suit généralement un processus juridique et médical spécifique en France. Avant tout, une évaluation initiale est réalisée. Lorsqu'une personne présente un trouble mental grave et représente un danger pour elle-même ou autrui, une évaluation initiale est réalisée par un psychiatre. Le psychiatre évalue la situation, les symptômes, le niveau de dangerosité et la nécessité d'une hospitalisation sans consentement. Pour procéder à l'hospitalisation sous contrainte, deux certificats médicaux sont généralement requis. Ces certificats doivent être établis par des psychiatres différents, agissant de manière indépendante. Les certificats médicaux attestent de la nécessité de l'hospitalisation sans consentement et sont basés sur l'évaluation initiale du patient⁴⁹⁵. S'ensuit une phase d'admission au sein d'un établissement hospitalier habilité.

L'état du patient est ensuite régulièrement réévalué par l'équipe médicale pour déterminer la nécessité de maintenir ou de lever l'hospitalisation sous contrainte. Des procédures de recours

⁴⁹³ CAA de Paris, 18/10/2011, Civ.4, Mme A, n° 09PA05817

⁴⁹⁴ 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

⁴⁹⁵ Article L3212-1 du CSP

et de contestation sont également disponibles pour le patient afin de faire valoir ses droits et de demander la levée de l'hospitalisation sous contrainte si les conditions ne sont plus remplies. Enfin, l'étape de sortie se profile⁴⁹⁶. La procédure d'hospitalisation sans consentement revêt un caractère différent selon qu'elle résulte de la demande d'un tiers ou d'un péril imminent. De ces différentes étapes précédemment évoquées, trois stades se distinguent cependant : l'entrée dans le dispositif de soins (A), le maintien (B) puis la levée (C) de l'hospitalisation contrainte.

A. L'entrée en hospitalisation sous contrainte, une multiplicité de procédures complexes

274. Lorsqu'une demande d'hospitalisation sans consentement paraît suffisamment motivée au regard des troubles psychiatriques du patient une décision d'admission en établissement est alors prise par un médecin psychiatre. Il convient de préciser ici qu'à ce stade peu de demande ne sont pas motivée et que l'idée reçue d'une demande d'hospitalisation d'un tiers pour des raisons de rancœur personnelles n'est qu'un fantasme de l'avis des différents professionnels interrogés⁴⁹⁷ et que la procédure mise en place en 2011⁴⁹⁸ permet notamment d'éviter ces abus. Le médecin psychiatre qui rédige ce premier certificat médical doit être extérieur à l'établissement dans lequel le patient va être accueilli. L'arrivée du patient au sein de l'institution marque le point de départ de sa privation d'aller et venir. Dès l'arrivée du patient au sein de l'établissement psychiatrique s'ouvre une période d'observation d'une durée de 72 heures, durant laquelle deux certificats médicaux sont alors rédigés. Ces certificats doivent être circonstanciés et ne doivent pas être rédigés par le même médecin exerçant au sein de la structure d'accueil dans laquelle le patient se situe. Les certificats initiaux sont celui rédigé par le médecin extérieur à la structure ainsi que celui rédigé par un médecin de la structure dans les 24 premières heures de l'hospitalisation du patient. Ces certificats doivent être concordants et, outre la mention des troubles psychiatriques, justifier de l'hospitalisation sans consentement, ils attestent également que les conditions de demande d'admission sans consentement à l'égard d'un tiers sont remplies. Le médecin opère donc ici un premier contrôle de la procédure. Le second des deux certificats rédigés dans les 72 premières heures de l'hospitalisation doit également inclure la forme de la prise en charge, qui peut se faire en établissement ou en ambulatoire comme vu précédemment⁴⁹⁹. Pendant cette période d'observation de 72 heures le patient doit également recevoir la visite d'un médecin généraliste afin d'écarter toute pathologie autre que relevant du domaine psychiatrique. Une problématique peut être soulevée concernant les certificats qui régulièrement sont des copier-coller des précédents certificats. Sur ce point le

⁴⁹⁶ ARS, "Guide pratique pour les soins psychiatriques sans consentement", 04/02/19, <https://www.hauts-de-france.ars.sante.fr/guide-pratique-pour-les-soins-psychiatriques-sans-consentement>

⁴⁹⁷ Cf Annexes 23 à 39 : entretiens réalisés dans le cadre de la présente thèse

⁴⁹⁸ 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

⁴⁹⁹ Cf Titre 1 de la présente thèse

Docteur LAMOTHE ajoute que désormais les certificats ne doivent plus être répétitif et qu'il a lui-même déjà pu constater une série de dix certificats successifs identiques dans le cas d'une enquête judiciaire faisant suite au suicide d'un patient⁵⁰⁰. Le directeur de l'établissement a également une mission de contrôle de la procédure. Il doit en effet, dès l'arrivée du patient au sein de son établissement, vérifier son identité, celle du demandeur de soins (le tiers à l'origine de la demande), ainsi que la présence des pièces justificatives, notamment les certificats médicaux obligatoires. Lorsque les certificats sont rédigés, que le délai d'observation de 72 heures s'est écoulé et si la mesure d'hospitalisation sans consentement paraît toujours motivée au regard des besoins et troubles que présente le patient, il convient alors de saisir le Juge des Libertés et de la Détention (JLD) dans un délai de 8 jours suivant la date d'hospitalisation du patient⁵⁰¹. Le JLD doit statuer sur la demande dans un délai de 12 jours.

275. Cependant, il est important de distinguer deux formes de protocole d'entrée en hospitalisation sans consentement : celui résultant de la demande d'un tiers (1) ou réalisé dans le cadre d'un péril imminent (2), sans intervention d'un proche du malade, et celui réalisé sur demande du représentant de l'Etat (3). Les deux premiers sont finalisés par le directeur d'établissement⁵⁰², le dernier nécessite généralement l'intervention du préfet⁵⁰³.

1. L'hospitalisation sur demande d'un tiers

276. En droit commun, l'article L. 3212-1 du CSP dispose que : « *I.- Une personne atteinte de troubles mentaux ne peut faire l'objet de soins psychiatriques sur la décision du directeur d'un établissement (...) que lorsque les deux conditions suivantes sont réunies : 1° Ses troubles mentaux rendent impossible son consentement ; 2° Son état mental impose des soins immédiats assortis soit d'une surveillance médicale constante justifiant une hospitalisation complète, soit d'une surveillance médicale régulière justifiant une prise en charge sous la forme mentionnée au 2° du I de l'article L. 3211-2-1. (...)* »

La décision d'admission en soins psychiatriques sur demande d'un tiers est prononcée par le directeur d'établissement qui rédige un acte faisant foi. Cependant, la compétence dudit directeur est liée aux avis médicaux justifiant une telle mesure. La demande d'hospitalisation sans consentement émane dans ce cas d'un tiers, c'est-à-dire un membre de la famille du malade ou un proche, une personne justifiant de l'existence de relations avec le malade antérieures à la demande de soins, lui permettant d'agir dans l'intérêt de celui-ci. Il peut donc s'agir du tuteur

⁵⁰⁰ Entretien réalisé avec le Dr LAMOTHE, psychiatre lyonnais, cf Annexe 30

⁵⁰¹ Le JLD est saisi soit par le Directeur d'établissement si la demande de soins psychiatriques a été faite sur demande d'un tiers ou en cas de péril imminent, soit par le Préfet si elle a été faite sur décision du représentant de l'État. Cf détails techniques et juridiques dans le présent Paragraphe.

⁵⁰² Articles L3212-1 à L3212-12 du CSP : Admission en soins psychiatriques à la demande d'un tiers ou en cas de péril imminent

⁵⁰³ Articles L3213-1 à L3213-11 du CSP : Admission en soins psychiatriques sur décision du préfet

ou du curateur, s'ils satisfont ces conditions. En revanche, il ne peut s'agir d'un quelconque membre du personnel soignant exerçant dans l'établissement d'accueil. Deux critères pratiques sont requis pour valider l'entrée dans le dispositif d'hospitalisation sans consentement, dans le cadre du dispositif de droit commun. D'ores et déjà, les troubles mentaux de la personne doivent rendre impossible son consentement. En outre, l'état mental de la personne doit imposer des soins immédiats assortis soit d'une surveillance constante en milieu hospitalier, soit d'une surveillance médicale régulière justifiant une prise en charge sous une autre forme qu'en hospitalisation complète. Dans le cas où il existe "un risque grave d'atteinte à l'intégrité du malade", une procédure d'urgence existe⁵⁰⁴, avec un critère unique ; il suffit de déterminer l'existence d'un tel risque.

277. Concernant les critères formels, le dispositif de droit commun ne peut être appliqué qu'en présence de deux certificats médicaux de moins de 15 jours, dont l'auteur doit être obligatoirement médecin (sans pour autant être obligatoirement psychiatre). Cependant, le premier certificat ne peut être établi par un médecin exerçant dans l'établissement d'accueil, contrairement au second certificat qui le peut. Quant au dispositif d'urgence, un seul certificat médical est nécessaire, pouvant émaner d'un médecin exerçant dans l'établissement. Cependant, les premiers certificats établis après l'admission (24 heures et 72 heures) devront absolument émaner de deux psychiatres distincts⁵⁰⁵.

⁵⁰⁴ Article L.3212-3 du CSP : "En cas d'urgence, lorsqu'il existe un risque grave d'atteinte à l'intégrité du malade, le directeur d'un établissement mentionné à l'article L. 3222-1 peut, à titre exceptionnel, prononcer à la demande d'un tiers l'admission en soins psychiatriques d'une personne malade au vu d'un seul certificat médical émanant, le cas échéant, d'un médecin exerçant dans l'établissement. Dans ce cas, les certificats médicaux mentionnés aux deuxième et troisième alinéas de l'article L. 3211-2-2 sont établis par deux psychiatres distincts. Préalablement à l'admission, le directeur de l'établissement d'accueil vérifie que la demande de soins a été établie conformément au 1° du II de l'article L. 3212-1 et s'assure de l'identité de la personne malade et de celle qui demande les soins. Si la demande est formulée pour un majeur protégé par la personne chargée d'une mesure de protection juridique à la personne, celle-ci doit fournir à l'appui de sa demande le mandat de protection future visé par le greffier ou un extrait du jugement instaurant la mesure de protection."

⁵⁰⁵ Article L3212-1 du CSP : "(...) 1° Soit lorsqu'il a été saisi d'une demande présentée par un membre de la famille du malade ou par une personne justifiant de l'existence de relations avec le malade antérieures à la demande de soins et lui donnant qualité pour agir dans l'intérêt de celui-ci, à l'exclusion des personnels soignants exerçant dans l'établissement prenant en charge la personne malade. Lorsqu'elle remplit les conditions prévues au présent alinéa, la personne chargée, à l'égard d'un majeur protégé, d'une mesure de protection juridique à la personne peut faire une demande de soins pour celui-ci. La forme et le contenu de cette demande sont fixés par décret en Conseil d'Etat. La décision d'admission est accompagnée de deux certificats médicaux circonstanciés datant de moins de quinze jours, attestant que les conditions prévues aux 1° et 2° du I du présent article sont réunies. Le premier certificat médical ne peut être établi que par un médecin n'exerçant pas dans l'établissement accueillant le malade ; il constate l'état mental de la personne malade, indique les caractéristiques de sa maladie et la nécessité de recevoir des soins. Il doit être confirmé par un certificat d'un second médecin qui peut exercer dans l'établissement accueillant le malade. Les deux médecins ne peuvent être parents ou alliés, au quatrième degré inclusivement, ni entre eux, ni du directeur de l'établissement mentionné à l'article L. 3222-1 qui prononce la décision d'admission, ni de la personne ayant demandé les soins ou de la personne faisant l'objet de ces soins (...)"; Article 3212-3 du CSP : "En cas d'urgence, lorsqu'il existe un risque grave d'atteinte à l'intégrité du malade, le directeur d'un établissement mentionné à l'article L. 3222-1 peut, à titre exceptionnel, prononcer à la demande d'un tiers l'admission en soins psychiatriques d'une personne malade au vu d'un seul certificat médical émanant, le cas échéant, d'un médecin exerçant dans l'établissement. Dans ce cas, les certificats médicaux mentionnés aux deuxième et troisième alinéas de l'article L. 3211-2-2 sont établis par deux psychiatres distincts. Préalablement à

2. L'hospitalisation en cas de péril imminent

278. L'article L3212-1, II, 2° dispose que : « II.- Le directeur de l'établissement prononce la décision d'admission : 2° (...) lorsqu'il s'avère impossible d'obtenir une demande dans les conditions prévues au 1° du présent II et qu'il existe, à la date d'admission, un péril imminent pour la santé de la personne, dûment constaté par un certificat médical établi dans les conditions prévues au troisième alinéa du même 1°. Ce certificat constate l'état mental de la personne malade, indique les caractéristiques de sa maladie et la nécessité de recevoir des soins. Le médecin qui établit ce certificat ne peut exercer dans l'établissement accueillant la personne malade ; il ne peut en outre être parent ou allié, jusqu'au quatrième degré inclusivement, ni avec le directeur de cet établissement ni avec la personne malade. Dans ce cas, le directeur de l'établissement d'accueil informe, dans un délai de vingt-quatre heures sauf difficultés particulières, la famille de la personne qui fait l'objet de soins et, le cas échéant, la personne chargée de la protection juridique de l'intéressé ou, à défaut, toute personne justifiant de l'existence de relations avec la personne malade antérieures à l'admission en soins et lui donnant qualité pour agir dans l'intérêt de celle-ci. Lorsque l'admission a été prononcée en application du présent 2°, les certificats médicaux (...) sont établis par deux psychiatres distincts. »

279. La décision d'admission en soins psychiatriques en cas de péril imminent pour la santé de la personne est prononcée par le directeur d'établissement. Cette compétence résulte des avis médicaux justifiant d'une telle mesure, comme c'est le cas pour la procédure sur demande d'un tiers. Deux critères doivent être réunis pour valider l'entrée dans ce dispositif de soin. Ils sont les mêmes que pour le dispositif de droit commun pour les soins psychiatriques sur demande d'un tiers. En outre, un seul certificat médical sera nécessaire à l'entrée en soins, sous condition qu'il émane d'un médecin n'exerçant pas au sein de l'établissement d'accueil. Cependant, les premiers certificats établis après l'admission (24 heures et 72 heures) devront émaner de deux psychiatres distincts. Enfin, dans la procédure de soins psychiatriques en cas de péril imminent pour la santé du patient, le directeur de l'établissement en charge de ce dernier doit obligatoirement informer dans les 24 heures la famille de la personne malade et/ou, s'il y a lieu, le tuteur ou le curateur. En cas d'absence de famille proche, de tuteur ou de curateur, le directeur doit informer dans le même délai toute personne justifiant de l'existence de relations avec le

l'admission, le directeur de l'établissement d'accueil vérifie que la demande de soins a été établie conformément au 1° du II de l'article L. 3212-1 et s'assure de l'identité de la personne malade et de celle qui demande les soins. Si la demande est formulée pour un majeur protégé par la personne chargée d'une mesure de protection juridique à la personne, celle-ci doit fournir à l'appui de sa demande le mandat de protection future visé par le greffier ou un extrait du jugement instaurant la mesure de protection.»

malade antérieures à la demande de soins, lui permettant d’agir dans l’intérêt de celui-ci⁵⁰⁶. La Cour de cassation a précisé que le médecin produisant le certificat médical peut cocher sur “un formulaire préimprimé” le critère de “péril imminent” s’il a procédé à la description des symptômes, préalablement et sous forme manuscrite, individualisée et circonstanciée⁵⁰⁷.

En outre, l’hospitalisation à la demande d’un tiers et en cas de péril imminent étant toutes deux traitées par le directeur de l’établissement d’accueil, la Cour de cassation a relevé qu’aucun texte ne prévoit la saisine systématiquement du JLD pour statuer sur la légalité du maintien d’une hospitalisation sous contrainte faisant suite à une transformation par ce même directeur de la qualification de la mesure (c’est à dire lorsque la mesure était initialement qualifiée “d’hospitalisation à la demande d’un tiers” et a été requalifiée en “hospitalisation en cas de péril imminent”). Il s’agit là d’une application de l’article L.3212-9 du CSP.⁵⁰⁸

3. L’hospitalisation sur décision du représentant de l’Etat

280. Les personnes présentant des troubles mentaux qui nécessitent des soins et qui compromettent la sécurité des individus ou portent gravement atteinte à l’ordre public peuvent être admises en soins psychiatriques sur décision du préfet. Dans les départements, cette admission en soins psychiatriques est prononcée par le préfet de police à Paris et les préfets à travers un arrêté, basé sur un certificat médical détaillé rédigé par un médecin qui n’exerce pas dans l’établissement d’accueil. En cas de danger imminent pour la sécurité des personnes, attesté par un avis médical, les maires et, à Paris, les commissaires de police, ont la possibilité de prendre des mesures provisoires, y compris l’hospitalisation, à l’égard des personnes présentant des troubles mentaux évidents. Si aucune décision préfectorale n’est prise dans les 48 heures, la mesure cesse d’être valide. A ce titre, un avis de la Cour de cassation souligne que la décision

⁵⁰⁶ Article L. 3212-1 du CSP : “I.-Une personne atteinte de troubles mentaux ne peut faire l’objet de soins psychiatriques sur la décision du directeur d’un établissement mentionné à l’article L. 3222-1 que lorsque les deux conditions suivantes sont réunies : 1° Ses troubles mentaux rendent impossible son consentement ; 2° Son état mental impose des soins immédiats assortis soit d’une surveillance médicale constante justifiant une hospitalisation complète, soit d’une surveillance médicale régulière justifiant une prise en charge sous la forme mentionnée au 2° du I de l’article L. 3211-2-1. II.-Le directeur de l’établissement prononce la décision d’admission : (...) 2° Soit lorsqu’il s’avère impossible d’obtenir une demande dans les conditions prévues au 1° du présent II et qu’il existe, à la date d’admission, un péril imminent pour la santé de la personne, dûment constaté par un certificat médical établi dans les conditions prévues au troisième alinéa du même 1°. Ce certificat constate l’état mental de la personne malade, indique les caractéristiques de sa maladie et la nécessité de recevoir des soins. Le médecin qui établit ce certificat ne peut exercer dans l’établissement accueillant la personne malade ; il ne peut en outre être parent ou allié, jusqu’au quatrième degré inclusivement, ni avec le directeur de cet établissement ni avec la personne malade. Dans ce cas, le directeur de l’établissement d’accueil informe, dans un délai de vingt-quatre heures sauf difficultés particulières, la famille de la personne qui fait l’objet de soins et, le cas échéant, la personne chargée de la protection juridique de l’intéressé ou, à défaut, toute personne justifiant de l’existence de relations avec la personne malade antérieures à l’admission en soins et lui donnant qualité pour agir dans l’intérêt de celle-ci. Lorsque l’admission a été prononcée en application du présent 2°, les certificats médicaux mentionnés aux deuxième et troisième alinéas de l’article L. 3211-2-2 sont établis par deux psychiatres distincts.”

⁵⁰⁷ Civ.1, 18 décembre 2014, n°13-24.924, V. n°93

⁵⁰⁸ Civ.1, 24 février 2016, n°15-11.427, V. n°198 et n° 237

du préfet d'admettre ou de réadmettre un individu en soins psychiatriques sans consentement doit précéder l'admission effective de ce dernier au sein de son établissement psychiatrique d'accueil. Cette décision ne peut être rétroactive : le préfet ne peut donc pas différer sa décision au-delà du délai strictement nécessaire à sa rédaction⁵⁰⁹.

281. Une période d'observation et de soins, d'une durée maximale de 72 heures, est prévue sous la forme d'une hospitalisation complète. Cette période permet au psychiatre d'ajuster au mieux les modalités de prise en charge. Cependant, si elle s'avère injustifiée, il est possible de lever la mesure dans les 24 heures. La Cour de cassation précise que les articles L.3213-1, L. 3213-3 et R. 3213-3 du CSP n'oblige pas la mention de troubles qui "compromettent la sûreté des personnes ou portent atteinte, de façon grave, à l'ordre public" dans le certificat médical circonstancié. En effet, ce qualificatif relève du pouvoir du préfet, sous couvert de validation par le JLD.⁵¹⁰ Si les deux certificats médicaux établis, l'un dans les 24 heures et l'autre dans les 72 heures suivant l'hospitalisation, concluent à la nécessité de maintenir les soins psychiatriques, un psychiatre de l'établissement d'accueil propose la forme de prise en charge appropriée, c'est-à-dire soit une hospitalisation complète, soit des soins sous une autre forme, tels que des soins ambulatoires, des soins à domicile, des séjours en établissement ou des hospitalisations partielles. Dans ce cas, un programme de soins est élaboré. Par la suite, si les deux certificats médicaux concluent à la nécessité de prolonger les soins, des certificats médicaux sont établis chaque mois. Un arrêté de maintien doit être pris avant la fin du premier mois, puis du troisième mois, et ensuite tous les six mois. À défaut, la mesure cesse d'être valide.

282. Le JLD exerce un contrôle systématique des hospitalisations complètes⁵¹¹. Ce contrôle intervient au plus tard le douzième jour d'hospitalisation, puis tous les six mois en cas d'hospitalisation complète continue. Sur ce point, la Cour de cassation a précisé que, même en présence d'une décision antérieure du maire résultant d'une mesure provisoire, le délai dont dispose le JLD pour statuer sur une demande d'admission administrative en soins psychiatriques opère à compter de la date de l'arrêt pris par le représentant de l'Etat⁵¹². Le juge

⁵⁰⁹ CCass, 11 juillet 2016, avis n°16008, V. n°245

⁵¹⁰ Civ.1, 28 mai 2005, n°14-15.686, V. n°12

⁵¹¹ Articles R3211-10 à R3211-17 du CSP : Procédure devant le juge des libertés et de la détention ; Article R.3211-12 du CSP : "*Sont communiqués au juge des libertés et de la détention afin qu'il statue : 1° Quand l'admission en soins psychiatriques a été effectuée à la demande d'un tiers ou en cas de péril imminent, une copie de la décision d'admission motivée et, le cas échéant, une copie de la décision la plus récente ayant maintenu la mesure de soins, les nom, prénoms et adresse du tiers qui a demandé l'admission en soins ainsi qu'une copie de sa demande d'admission ; 2° Quand l'admission en soins psychiatriques a été ordonnée par le préfet, une copie de l'arrêté d'admission en soins psychiatriques et, le cas échéant, une copie de l'arrêté le plus récent ayant maintenu la mesure de soins ; 3° Quand l'admission en soins psychiatriques a été ordonnée par une juridiction, une copie de la décision et de l'expertise mentionnées à l'article 706-135 du code de procédure pénale ; 4° Une copie des certificats et avis médicaux prévus aux chapitres II à IV du titre Ier du livre II de la troisième partie de la partie législative du présent code, au vu desquels la mesure de soins a été décidée et de tout autre certificat ou avis médical utile, dont ceux sur lesquels se fonde la décision la plus récente de maintien des soins*"

⁵¹² Civ.1, 5 février 2014, n°11-28.564, V. N°10

peut décider de mettre fin ou non à l'hospitalisation complète. S'il décide de lever cette mesure, il peut préciser que cette levée ne prendra effet qu'après un délai pouvant aller jusqu'à 24 heures, afin de permettre à l'équipe médicale d'établir, si nécessaire, un programme de soins⁵¹³.

283. Dans le but de favoriser la guérison, la réadaptation ou la réinsertion sociale du patient, le directeur de l'établissement peut lui accorder des sorties de courte durée. Il s'agit par exemple, des sorties d'une durée maximale de 12 heures, accompagnées notamment par un ou plusieurs membres du personnel de l'établissement ou par un membre de sa famille, ou encore des sorties non accompagnées d'une durée maximale de 48 heures. Toutefois, ces sorties peuvent faire l'objet d'une opposition écrite et motivée de la part du préfet du département, connue au plus tard 12 heures avant la date prévue.

284. Dans le cas particulier de la réintégration en hospitalisation complète à la suite d'un PDS, la Cour de cassation a considéré que, lorsque la mesure de soin a été décidée sur demande d'un représentant de l'Etat, sur le fondement d'un trouble à l'ordre public ou à la sûreté de l'individu concerné, le retour de ce dernier en hospitalisation sans consentement n'impose pas de constater qu'il a commis de nouveaux actes compromettant sa sûreté ou le maintien de l'ordre public.⁵¹⁴

B. Le prolongement de l'hospitalisation sous contrainte : des contrôles à valider

⁵¹³ Article 3213-1 du CSP : *“I.-Le représentant de l'Etat dans le département prononce par arrêté, au vu d'un certificat médical circonstancié ne pouvant émaner d'un psychiatre exerçant dans l'établissement d'accueil, l'admission en soins psychiatriques des personnes dont les troubles mentaux nécessitent des soins et compromettent la sûreté des personnes ou portent atteinte, de façon grave, à l'ordre public. Les arrêtés préfectoraux sont motivés et énoncent avec précision les circonstances qui ont rendu l'admission en soins nécessaire. Ils désignent l'établissement mentionné à l'article L. 3222-1 qui assure la prise en charge de la personne malade. Le directeur de l'établissement d'accueil transmet sans délai au représentant de l'Etat dans le département et à la commission départementale des soins psychiatriques mentionnée à l'article L. 3222-5 : 1° Le certificat médical mentionné au deuxième alinéa de l'article L. 3211-2-2 ; 2° Le certificat médical et, le cas échéant, la proposition mentionnés aux deux derniers alinéas du même article L. 3211-2-2. II.-Dans un délai de trois jours francs suivant la réception du certificat médical mentionné à l'avant-dernier alinéa de l'article L. 3211-2-2, le représentant de l'Etat dans le département décide de la forme de prise en charge prévue à l'article L. 3211-2-1, en tenant compte de la proposition établie, le cas échéant, par le psychiatre en application du dernier alinéa de l'article L. 3211-2-2 et des exigences liées à la sûreté des personnes et à l'ordre public. Il joint à sa décision, le cas échéant, le programme de soins établi par le psychiatre. Dans l'attente de la décision du représentant de l'Etat, la personne malade est prise en charge sous la forme d'une hospitalisation complète. III.-Lorsque la proposition établie par le psychiatre en application de l'article L. 3211-2-2 recommande une prise en charge sous une autre forme que l'hospitalisation complète, le représentant de l'Etat ne peut modifier la forme de prise en charge des personnes mentionnées au II de l'article L. 3211-12 qu'après avoir recueilli l'avis du collège mentionné à l'article L. 3211-9. IV.-Les mesures provisoires, les décisions, les avis et les certificats médicaux mentionnés au présent chapitre figurent sur le registre mentionné à l'article L. 3212-11.”*

⁵¹⁴ Civ.1, 15 octobre 2014, n°13-24.924, V. n°93 ; Civ.1, 10 février 2016, n°14-29.521, V. n°28

285. Le maintien de l'hospitalisation sans consentement est une procédure formelle (1) qui peut cependant déboucher sur une ouverture à une prise en charge moins complète, c'est-à-dire une nouvelle mesure autre que l'hospitalisation contrainte (2).

1. Une poursuite de soins aux contrôles stricts

286. Sur avis médical, le directeur d'établissement peut prononcer le maintien du dispositif de soins. Pour valider un tel maintien, un certain nombre de certificats sont requis ; le premier dans les 24 heures suivant l'admission, le deuxième dans les 72 heures suivant l'admission, puis un les 6^e, 7^e et 8^e jour suivant l'admission, et enfin tous les mois (dans les trois derniers jours de la période). Pour les dispositifs d'urgence, c'est-à-dire en cas de risque grave d'atteinte à l'intégrité du malade ou à la sécurité publique⁵¹⁵, et pour les dispositifs en cas de péril imminent pour la santé de la personne, les deux certificats des 24 et 72 heures doivent émaner de deux psychiatres différents.

287. Pour le maintien d'une hospitalisation sous contrainte de plus d'un an, une évaluation doit être effectuée par un collège de soignants prévu à l'article L.3211-9 du CSP : « *le directeur de l'établissement d'accueil du patient convoque un collège composé de trois membres appartenant au personnel de l'établissement : 1° Un psychiatre participant à la prise en charge du patient ; 2° Un psychiatre ne participant pas à la prise en charge du patient ; 3° Un représentant de l'équipe pluridisciplinaire participant à la prise en charge du patient. Les modalités de désignation des membres et les règles de fonctionnement du collège sont fixées par décret en Conseil d'Etat.* » La période de soins et d'observation en hospitalisation complète est de maximum 72 heures. Au-delà, le juge des libertés et de la détention doit recevoir en audience le patient, qui sera contraint à rester en hospitalisation sans consentement au moins durant le laps de temps qui le sépare de cette audience, soit jusqu'à 12 jours suivant son admission. Le JLD décidera ensuite du maintien ou non de la mesure d'hospitalisation sans consentement, suivant si la procédure d'admission a été respectée. D'autres formes de soins peuvent également être décidées pour le maintien des soins, tels que l'hospitalisation à temps partiel (de nuit ou de jour), les soins à domicile, les consultations en ambulatoire, les activités thérapeutiques.

2. Doute persistant : vers une autre forme de prise en charge ?

288. Le directeur de l'EPSM peut effectivement décider de modifier la prise en charge du patient d'une hospitalisation complète pour une autre forme de soins. Cette décision peut être réalisée de trois façons différentes. Elle peut émaner d'un avis médical d'un psychiatre

⁵¹⁵ Article L.3213-3 du CSP dans le cadre de l'admission sur demande du représentant de l'Etat

participant à la prise en charge du patient qui peut s'exprimer à tout moment ou dans les certificats obligatoirement fournis par ledit psychiatre. Cet avis doit être accompagné du programme de soins à prévoir en cas d'effectivité du changement de prise en charge. La décision du directeur de l'établissement peut également émaner d'une décision initiale du juge des libertés et de la détention de lever l'hospitalisation sous contrainte contre avis du psychiatre. Cette ordonnance de levée de l'hospitalisation complète peut cependant être décidée par le juge des libertés et de la détention (JLD) à une date précise mais voir son effet différé de 24h maximum afin qu'un programme de soins d'un autre ordre soit établi par un psychiatre participant à la prise en charge du patient. Cette ordonnance de main levée peut être prise par le juge soit à l'occasion d'un recours contre une décision du directeur ou de sa propre initiative⁵¹⁶, soit durant un contrôle effectué systématiquement par le JLD pour chaque mesure d'hospitalisation complète avant l'échéance d'un délai de 15 jours à compter de l'admission, puis avant celle de six mois faisant suite au premier contrôle ou au dernier ayant eu cours⁵¹⁷. Enfin, une telle décision du directeur de l'EPSM peut également résulter de l'absence de décision du JLD dans les délais requis à l'occasion du contrôle systématique des hospitalisations contraintes évoqué ci-dessus ou du constat judiciaire de mainlevée de la mesure si le juge considère que les conditions d'un débat contradictoire ne sont pas remplies et qu'il n'est pas justifié de circonstances exceptionnelles à l'origine de la saisine tardive. En effet, si le juge n'a pas statué dans les 15 jours suivant la décision du directeur d'établissement d'effectuer la prise en charge via une hospitalisation sous contrainte (ou dans les 6 mois suivant la dernière décision dudit juge) ou s'il considère que les conditions d'un débat contradictoire ne sont pas remplies et qu'il n'est pas justifié de circonstances exceptionnelles à l'origine de la saisine tardive, alors une nouvelle mesure de soins psychiatriques sur demande d'un tiers ou en cas de péril imminent sous une autre forme que l'hospitalisation contrainte peut être prise⁵¹⁸.

289. La continuité des soins doit évidemment être assurée, les critères d'entrée dans le nouveau dispositif sont remplis et selon les modalités de la procédure choisie (nombre et auteurs des certificats médicaux par exemple). Si un psychiatre participant à la prise en charge du

⁵¹⁶ Article L.3211-12, III du CSP : « Le juge des libertés et de la détention ordonne, s'il y a lieu, la mainlevée de la mesure d'hospitalisation complète. Lorsqu'il ordonne cette mainlevée, il peut, au vu des éléments du dossier et par décision motivée, décider que la mainlevée prend effet dans un délai maximal de vingt-quatre heures afin qu'un programme de soins puisse, le cas échéant, être établi en application de l'article L.3211-2-1. Dès l'établissement de ce programme ou à l'issue du délai mentionné à la phrase précédente, la mesure d'hospitalisation complète prend fin. »

⁵¹⁷ Article L.3211-12-1 du CSP

⁵¹⁸ Article L. 3211-12-5 du CSP : « Lorsque la mainlevée d'une mesure d'hospitalisation complète est acquise (...), le patient peut, dès cette mainlevée, faire l'objet de soins psychiatriques sous la forme mentionnée au 2° du I de l'article L. 3211-2-1 si les conditions prévues au I des articles L. 3212-1 ou L. 3213-1 sont toujours réunies et selon les modalités prévues, respectivement, aux chapitres II ou III du présent titre. Dans ce cas, un programme de soins est établi en application de l'article L. 3211-2-1. La période d'observation et de soins initiale mentionnée à l'article L. 3211-2-2 n'est pas applicable. »

patient réalise un nouveau programme de soin, que ce soit à la suite d'une décision du JLD ou en l'absence de décision, le directeur devra prendre une décision conforme audit programme.

290. Finalement, lorsqu'une décision d'hospitalisation sans consentement est prononcée le patient entre alors dans un régime de privation de liberté d'aller et venir. A l'issue de l'audience se tenant maximum 12 jours après le début de l'hospitalisation, le contrôle de cette privation de liberté sera effectué tous les 6 mois dans le cadre d'audiences similaires visant à juger de la pertinence de la poursuite de cette mesure de privation de liberté.

C. La levée de l'hospitalisation sous contrainte : un regain de liberté d'aller et venir tout aussi contrôlé

291. Les modalités de prise en charge peuvent être modifiées durant l'hospitalisation et le programme de soins peut être envisagé en milieu plus ouvert ou bien encore à domicile si l'état du patient présente une amélioration suffisante. Un programme de soins est constitutif de toute autre forme de prise en charge qu'une hospitalisation complète.⁵¹⁹ Le patient peut également demander, s'il l'estime utile, d'être convoqué à la prochaine audience dite « utile » afin que son dossier de privation de liberté soit réexaminé. Il saisit alors le Juge des Libertés et de la Détention pour demander la mainlevée de la mesure. Le Juge des Libertés et de la Détention a alors l'obligation de s'entretenir avec le patient lors de la prochaine audience au sein de l'établissement dans lequel le patient se trouve. Dans le cas d'une hospitalisation sans consentement décidée par le directeur d'établissement le préfet peut demander, en dehors du cadre de l'audience, la mainlevée immédiate de la mesure d'hospitalisation. Le Préfet est notamment saisi dans le cadre d'information ou de sa visite annuelle au sein des établissements. La durée de l'hospitalisation n'est pas définie à l'avance mais réévaluée régulièrement par les médecins psychiatres de l'établissement. La durée de l'hospitalisation varie en fonction de la pathologie du patient bien évidemment, cependant le Docteur LAMOTHE ajoute qu'elle dépend également du milieu social dans lequel évolue un patient. Un patient qui n'a en effet pas de logement en dehors de l'établissement psychiatrique va en moyenne effectuer une durée de séjour plus importante. Ce dernier précise enfin que les deux tiers des patients effectuent des séjours inférieurs à un mois.

292. Plus généralement, la levée de la mesure de soins psychiatriques peut être faite sur avis médical, formalisée par une décision du directeur d'établissement ou de manière automatique en cas de carence de certificat médical à l'échéance prévue. Mais la levée de l'hospitalisation sans consentement peut également être faite sur décision du JLD. Le juge ordonne la mainlevée

⁵¹⁹ Référentiel de psychiatrie, 2014, Presses Universitaires François Rabelais, Collection « L'officiel ECN » ; cf Partie I, Titre 1, Chapitre 2 de la présente thèse

de l'hospitalisation complète sans la différer soit lors d'un recours contre une décision du directeur ou de sa propre initiative, soit lors du contrôle systématique obligatoire pour les hospitalisations contraintes sous 15 jours à compter de l'admission ou avant celle des 6 mois faisant suite au dernier contrôle du juge. La levée peut également résulter d'un défaut de décision du JLD ou par suite d'un constat judiciaire de mainlevée en cas de saisine tardive rendant impossible la tenue d'un débat contradictoire. Ainsi, en l'absence de décision du JLD, l'hospitalisation complète est réputée levée si le juge n'a pas statué dans les 15 jours suivant l'admission ou dans les 6 mois suivant la dernière décision dudit juge.

293. Concernant le cas du constat judiciaire, l'hospitalisation sans consentement est levée si le juge considère que les conditions d'un débat contradictoire ne sont pas remplies et qu'il n'est pas justifié de circonstances exceptionnelles à l'origine de la saisine tardive. Cependant, une nouvelle mesure de soins psychiatriques sous une autre forme que l'hospitalisation contrainte est possible, sur le fondement de l'article L.3211-12-5 du CSP⁵²⁰ dans une optique de continuité des soins, à condition que les critères d'entrée dans le nouveau dispositif de soin soient respectés et que les modalités le soient également (certificat). La levée peut aussi être effectuée sur demande de la Commission Départementale des Soins Psychiatriques⁵²¹ : elle est alors formalisée par une décision du directeur de l'EPSM.

La Cour de cassation a rappelé que l'article L.3211-12-III du CSP⁵²² ne fait pas de distinction de fond ou de forme quant à la raison d'une mainlevée, permettant ainsi au JLD d'assortir ladite décision d'un effet différé s'il le souhaite. Cependant cet effet ne peut pas excéder de vingt-quatre heures l'ordonnance de mainlevée concernée.⁵²³

⁵²⁰ Article L.3211-12-5 du CSP : *“Lorsque la mainlevée d'une mesure d'hospitalisation complète est acquise en application du V de l'article L. 3211-12-1, le patient peut, dès cette mainlevée, faire l'objet de soins psychiatriques sous la forme mentionnée au 2° du I de l'article L. 3211-2-1 si les conditions prévues au I des articles L. 3212-1 ou L. 3213-1 sont toujours réunies et selon les modalités prévues, respectivement, aux chapitres II ou III du présent titre. Dans ce cas, un programme de soins est établi en application de l'article L. 3211-2-1. La période d'observation et de soins initiale mentionnée à l'article L. 3211-2-2 n'est pas applicable.”*

⁵²¹ CDSP : Cette commission reçoit les réclamations des patients faisant l'objet de soins psychiatriques contraints sur décision du directeur de l'établissement, du représentant de l'État et des personnes détenues atteintes de troubles mentaux. Elle examine la situation des patients recevant des soins psychiatriques et obligatoirement ceux admis en cas de péril imminent ou celle des malades dont le séjour se prolonge au-delà d'une année. Elle visite également les EPSM et s'assure du respect de la loi dans ces établissements et rédige chaque année un rapport d'activité.

⁵²² Article L.3211-12-III du CSP : *“III.-Le juge des libertés et de la détention ordonne, s'il y a lieu, la mainlevée de la mesure d'hospitalisation complète, d'isolement ou de contention. Lorsqu'il ordonne la mainlevée de la mesure d'hospitalisation complète, il peut, au vu des éléments du dossier et par décision motivée, décider que la mainlevée prend effet dans un délai maximal de vingt-quatre heures afin qu'un programme de soins puisse, le cas échéant, être établi en application de l'article L. 3211-2-1. Dès l'établissement de ce programme ou à l'issue du délai mentionné à la phrase précédente, la mesure d'hospitalisation complète prend fin.”*

⁵²³ Civ.1, 15 janvier 2015, n°13-26.758, V. n°222

294. Enfin, la levée peut être prononcée sur la demande d'un membre de la famille ou d'une personne justifiant de l'existence de relations avec le patient avant la procédure de soins, lui permettant d'agir dans l'intérêt de ce dernier. Ce type de levée est rendue formelle, là encore, par une décision du directeur de l'établissement. Cependant, cette demande de levée, si elle est effectuée dans de telles circonstances, peut être refusée si un psychiatre de l'EPSM atteste que l'arrêt des soins prodigués aurait pour conséquence un péril imminent pour le patient ou que le patient remplit les critères pour être placé en soins sur décision exclusive du préfet, contre avis des proches. Concrètement, dans le cadre des hospitalisations autorisées par le directeur de l'établissement, la levée de la décision d'hospitalisation sans consentement peut résulter d'une décision du directeur lui-même, soit à la demande de la commission départementale des soins psychiatriques, soit à la demande d'un membre de la famille, du tuteur, du curateur ou de toute personne ayant eu des relations antérieures avec le patient avant son admission aux soins. Elle peut également émaner d'un psychiatre de l'établissement, qui certifie que les soins ne sont plus justifiés. Enfin comme évoqué, elle peut résulter d'une décision du JLD, à la suite de son contrôle, ou suite à une saisine du procureur de la République, du patient lui-même ou de toute personne ayant un intérêt légitime dans l'affaire⁵²⁴.

295. Concernant les hospitalisations sur demande d'un représentant de l'Etat, la levée peut être réalisée sur décision du préfet lorsque le psychiatre de l'établissement constate que les troubles du patient ont disparu, ou encore sur décision du JLD, soit de sa propre initiative, soit suite à une demande émanant d'un membre de la famille du patient, du patient lui-même ou du procureur de la République⁵²⁵.

⁵²⁴ Article L. 3212-9 du CSP : *“Le directeur de l'établissement prononce la levée de la mesure de soins psychiatriques lorsque celle-ci est demandée : 1° Par la commission départementale des soins psychiatriques mentionnée à l'article L. 3222-5 ; 2° Par une des personnes mentionnées au deuxième alinéa du 2° du II de l'article L. 3212-1. Dans le cas mentionné au 2° du présent article, le directeur de l'établissement n'est pas tenu de faire droit à cette demande lorsqu'un certificat médical ou, en cas d'impossibilité d'examiner le patient, un avis médical établi par un psychiatre de l'établissement et datant de moins de vingt-quatre heures atteste que l'arrêt des soins entraînerait un péril imminent pour la santé du patient. Le directeur de l'établissement informe alors par écrit le demandeur de son refus en lui indiquant les voies de recours prévues à l'article L. 3211-12. Dans ce même cas, lorsqu'un certificat médical ou, en cas d'impossibilité d'examiner le patient, un avis médical établi par un psychiatre de l'établissement datant de moins de vingt-quatre heures atteste que l'état mental du patient nécessite des soins et compromet la sûreté des personnes ou porte atteinte, de façon grave, à l'ordre public, le directeur de l'établissement informe préalablement à la levée de la mesure de soins le représentant de l'Etat dans le département ou, à Paris, le préfet de police, qui peut prendre la mesure prévue à l'article L. 3213-6.”*

⁵²⁵ Article L.3213-8 du CSP : *“I.-Si le collège mentionné à l'article L. 3211-9 émet un avis selon lequel la mesure de soins psychiatriques sous la forme d'une hospitalisation complète dont fait l'objet une personne mentionnée au II de l'article L. 3211-12 n'est plus nécessaire et que la mesure de soins sans consentement peut être levée, le représentant de l'Etat dans le département ordonne une expertise de l'état mental de la personne par deux psychiatres choisis dans les conditions fixées à l'article L. 3213-5-1. Ces derniers se prononcent, dans un délai maximal de soixante-douze heures à compter de leur désignation, sur la nécessité du maintien de la mesure de soins psychiatriques. II.-Lorsque les deux avis des psychiatres prévus au I confirment l'absence de nécessité de l'hospitalisation complète, le représentant de l'Etat ordonne la levée de la mesure de soins psychiatriques. Lorsque ces avis divergent ou préconisent le maintien de la mesure de soins psychiatriques et que le représentant de l'Etat la maintient, il en informe le directeur de l'établissement d'accueil, qui saisit le juge des libertés et de la détention afin que ce dernier statue à bref délai sur cette mesure dans les conditions prévues à l'article L. 3211-12. Le*

296. Les juges du quai de l'horloge ont, par exemple, considéré comme manquant de base légale la décision de poursuite d'une mesure de soins initialement ordonnée par le représentant de l'Etat, en faisant seulement référence à un risque de rechute médicale sans constater clairement que le patient hospitalisé souffrait de troubles pouvant compromettre la sûreté des personnes ou porter atteinte à l'ordre public⁵²⁶. De plus, en vertu du principe de l'autorité de la chose jugée, aucune irrégularité procédurale ne saurait être soulevée lors d'une audience ultérieure, après avoir déjà été contrôlée.⁵²⁷

297. Théoriquement, l'encadrement juridique progressif de l'hospitalisation sous contrainte semble bénéficier au patient, apportant un cadre propice au respect de ses droits et libertés, qui lui sont dûs en tant que citoyen, mais également en tant que patient. Mais qu'en est-il, plus précisément, de sa liberté d'aller et venir ? En quoi l'intervention du JLD est-elle primordial pour la garantir ?

Section 2. L'intervention du JLD au sein de l'hôpital public : garde-fou de la liberté d'aller et venir du patient

298. « Dans le cadre de la psychose, le patient souffre d'anosognosie ; c'est à dire qu'il n'a pas conscience de ses troubles. On doit le contraindre pour pouvoir le soigner ; c'est triste mais c'est comme ça. En 30 ans de carrière, j'ai vu deux hospitalisations dites abusives. Les limites se caractérisent par le risque d'une hospitalisation abusive. Mais le contrôle du JLD, qui est là pour vérifier si la forme et la procédure de l'hospitalisation sont respectées, limite ce risque. Le JLD ne vient pas porter de jugement sur le fond mais seulement sur la forme. Les limites sont les conditions de restriction de liberté pour moi, qui peuvent être importantes. »⁵²⁸ Si le film « 12 jours »⁵²⁹ ne laisse à l'avocat que le rôle d'une sorte de conciliateur entre le patient, le juge et le médecin, il apparaît en réalité que l'avocat occupe une place beaucoup plus importante qu'il n'y paraît, tout particulièrement pour le patient qu'il assiste. En tant que dernier professionnel ayant été intégré à cette procédure de l'hospitalisation sans consentement, le rôle de l'avocat a souvent été négligé, relégué au rang de « surplus inutile ». Pourtant, il n'en est rien.

présent alinéa n'est pas applicable lorsque la décision du représentant de l'Etat intervient dans les délais mentionnés aux 1° et 2° du I de l'article L. 3211-12-1.»

⁵²⁶ Civ.1, 8 juillet 2015, n°14-21-150, V. n°267 ; « Les conditions du maintien en hospitalisation d'office », *Dalloz actualité*, 13 avril 2015, <https://actu.dalloz-etudiant.fr/a-la-une/article/les-conditions-du-maintien-en-hospitalisation-doffice/h/b4e46b6e94c7ace0b3a6da2dd7da7882.html>

⁵²⁷ Civ.1, 19 octobre 2016, n°16-18.849, V. n°239

⁵²⁸ Entretien avec Karyn GUIARD, référente régionale santé mentale de l'ARS Auvergne-Rhône-Alpes, cf Annexe 28

⁵²⁹ Film documentaire "12 jours", réalisé par Reymon DEPARDON, Production: Claudine Nougaret, 2017

299. La loi a rendu obligatoire, depuis le 1^{er} septembre 2014⁵³⁰, la représentation du patient par un avocat, ceci aussi bien dans les contrôles systématiques dans les 12 jours que tous les 6 mois. Cet avocat peut être rémunéré par le patient lui-même ou commis d'office pour ceux n'en ayant pas les moyens. Il est à préciser que, même dans les cas où le patient est déclaré inapte à comparaître, ce dernier a droit et doit être représenté par un avocat qui peut le rencontrer avant l'audience, sauf contraindication médicale justifiant une interdiction de visite de l'avocat. En pratique, l'avocat a pour mission le contrôle de la régularité de la procédure. Ainsi, sont notamment contrôlés la motivation de l'arrêté préfectoral (qui doit être suffisante), la régularité et la motivation des certificats médicaux de 24 et 72 heures, l'effectivité de la notification de ses droits à l'intéressé. L'avocat doit également vérifier que les doubles conditions à l'hospitalisation sans consentement sont bien remplies (la réalité de troubles nécessitant des soins puis, selon les mesures, le risque d'atteinte à sa propre intégrité ou le risque d'atteinte à l'ordre public et à la sûreté des personnes).

300. La levée de la mesure d'hospitalisation sous contrainte doit être sollicitée par l'avocat lui-même chaque fois qu'une irrégularité est constatée. Bien évidemment, le JLD doit contrôler la régularité de la procédure, mais l'avocat a en principe préparé le dossier du patient qu'il représente en amont, afin de soulever ces irrégularités plus rapidement, afin de permettre au JLD de n'en omettre aucune. Il appartient ensuite au juge de décider si ces irrégularités portent ou non atteinte aux droits et libertés de la personne. Si le juge considère que ces irrégularités ne sont pas négligeables, il prononce une mainlevée immédiatement ou dans les 24 heures. Dans ce dernier cas de figure l'hôpital peut mettre en place un programme de soins. Il convient donc de rappeler que l'avocat est un défenseur des droits individuels et qu'il veille, à ce titre, au respect du principe selon lequel « *Tous les êtres humains naissent libres et égaux en dignité et en droits* ». ⁵³¹ Historiquement, l'avocat a toujours eu pour rôle d'intervenir en faveur des personnes vulnérables ou handicapées, tels que les détenus⁵³², les victimes, les personnes sous régime de protection, et donc naturellement les malades mentaux. On comprend ainsi que les rôles du JLD et de l'avocat soient non seulement liés mais également complémentaires. En effet, si le contrôle de la régularité de l'hospitalisation sous contrainte se base sur l'appréciation souveraine du JLD (Paragraphe 1), l'avocat est un conseiller précieux qui se heurte à de multiples difficultés (Paragraphe 2).

⁵³⁰ 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

⁵³¹ Article 1er Déclaration Universelle des Droits de l'Homme de 1948

⁵³² Martine HERZOG-EVANS et Eric PECHILLON, « L'entrée des avocats en prison et autres conséquences induites par la loi n° 2000-321 du 12 avril 2000 », D. 2000, Chron., p. 481. : Depuis avril 2000, les avocats sont admis dans les prétoires disciplinaires des prisons ; F. FEVRIER, "De l'action disciplinaire au droit de la discipline pénitentiaire", Synthèse d'actualité pénitentiaire et de sensibilisation, n°3, sept. 2001

Paragraphe 1. L'intervention primordiale du JLD dans la procédure de contrôle de l'hospitalisation sans consentement

301. Avant de détailler l'importance de l'intervention du JLD, il est important de comprendre pourquoi ce dernier a été choisi pour cette tâche, au détriment notamment du juge des contentieux et de la protection⁵³³, alors même que la majorité des patients hospitalisés sans leur consentement sont soumis à un régime de tutelle, ou sont temporairement (dans le cadre de la mesure en question) sous un régime de contrainte qui présente des points communs avec le régime des tutelles, dans la mesure où le patient n'est plus maître de ses décisions et même de ses déplacements. Le système de protection des intérêts des majeurs protégés établi par la loi du 3 janvier 1968⁵³⁴ était aligné sur les approches psychiatriques de l'époque, en cohérence avec la circulaire du 15 mars 1960 concernant la lutte contre les maladies mentales⁵³⁵. Toutefois, avec l'évolution des pratiques médicales et le changement du rôle des familles, des évolutions normatives devaient être envisagées. En outre, le 23 février 1999, le Comité des ministres du Conseil de l'Europe⁵³⁶ a adopté une recommandation essentielle sur la protection juridique des majeurs incapables, basée sur les travaux d'un groupe d'experts. Cette recommandation visait à fournir un ensemble de principes juridiques pour guider les législateurs nationaux dans l'adoption ou le renforcement de leurs législations. En France, cette recommandation a contribué à la réflexion sur la réforme de la loi du 3 janvier 1968, qui a finalement abouti à l'adoption de la loi du 5 mars 2007⁵³⁷.

302. La loi du 5 mars 2007 est le fruit d'une réflexion approfondie visant à réorganiser la protection des majeurs dans un cadre plus protecteur et moins stigmatisant. Cette loi repose sur trois dispositifs distincts : le mandat de protection future, les mesures de sauvegarde de justice, de curatelle et de tutelle, ainsi que les mesures d'accompagnement social et judiciaire. Elle a réaffirmé les principes de nécessité et de subsidiarité en garantissant que les mesures de protection ne sont ordonnées que si elles sont nécessaires, proportionnées et adaptées au degré de l'altération des facultés de la personne concernée. Elle s'aligne également sur les recommandations européennes en préservant la dignité, les libertés individuelles et l'intérêt des personnes protégées. La loi souligne que la protection vise à favoriser l'autonomie des personnes protégées et préserve les droits fondamentaux et la dignité de chaque individu.

⁵³³ Anciennement "juge des tutelles"

⁵³⁴ Loi n° 68-5 du 3 janvier 1968 portant réforme du droit des incapables majeurs

⁵³⁵ Circulaire du 15 mars 1960 relative au programme d'organisation et d'équipement des départements en matière de lutte contre les maladies mentales

⁵³⁶ Comité des ministres du Conseil de l'Europe, recommandation n°R(99)4 sur les principes concernant la protection juridique des majeurs incapables, adoptée par le Comité des ministres le 23 fév. 1999, 9 p., www.coe.int.

⁵³⁷ Loi n°2007-308 du 5 mars 2007 portant réforme de la protection juridique des majeurs, JORF n°56 du 7 mars 2007

303. La loi du 5 mars 2007 a insisté sur la nécessaire protection à apporter aux personnes elles-mêmes, en plus de la protection de leurs intérêts patrimoniaux. Ces deux intérêts étaient déjà prévus par la loi du 3 janvier 1968, mais le premier des deux était largement ignoré. Ainsi, les personnes protégées doivent recevoir toutes les informations nécessaires sur leur situation personnelle, les actes concernés, leur utilité, leur degré d'urgence, leurs effets et les conséquences d'un refus de leur part. Dans la mesure du possible, la personne protégée prend les décisions relatives à sa personne, en fonction de son état.

Il est important de souligner que la loi du 5 mars 2007 ne déroge pas aux dispositions particulières prévues par le code de la santé publique et le code de l'action sociale et des familles, qui peuvent exiger l'intervention d'un représentant légal pour certains actes. De plus, le juge des contentieux et de la protection peut confier la mesure de protection à une personne ou à un service d'un établissement de santé ou social. Les diligences et actes graves touchant à la personne doivent être autorisés spécifiquement par le Juge des contentieux et de la protection⁵³⁸.

304. En résumé, le Juge des contentieux et de la protection est compétent pour traiter des questions de sauvegarde de justice, de curatelle, de tutelle des majeurs, de mesure d'accompagnement judiciaire, d'exercice du mandat de protection future, de demandes formulées par un époux lorsque son conjoint est incapable de manifester sa volonté, de constatation de la présomption d'absence et d'habilitation familiale. La loi du 5 juillet 2011 a introduit la possibilité pour une personne soignée sans son consentement de bénéficier d'une mesure de protection juridique telle qu'une sauvegarde de justice, une curatelle ou une tutelle, lorsque cela est médicalement constaté. Cependant, le Juge des contentieux et de la protection n'a aucune autorité sur la protection des libertés des personnes hospitalisées sans leur consentement, cette compétence relevant du juge des libertés et de la détention. Il est donc essentiel de maintenir cette distinction des attributions. Dès lors, la légitimité du JLD concernant ce contrôle est juridiquement plausible (A) bien que son intervention reste controversée (B).

A. La place du JLD dans le contrôle des soins contraints : une légitimité aujourd'hui reconnue

305. Rappelons que le JLD intervient dans plusieurs domaines pour garantir la protection des droits fondamentaux des individus⁵³⁹. Il contrôle notamment le déroulement de la détention

⁵³⁸ F. CAROLI, *Hospitalisation psychiatrique. Ancienne et nouvelle loi*, Collection Nodules, 1991 ; G. ODIER, « Psychiatre et juge des libertés et de la détention : que change le décret du 20 mai 2010 ? Sur le caractère exécutoire des décisions dans le consentement judiciaire des hospitalisations d'office », *L'information psychiatrique*, Vol. 87, 2011/1

⁵³⁹ Outre son contrôle exercé sur les soins sous contrainte évoqué dans le présent Titre, l'attribution principale du JLD est la mise en détention provisoire (loi du 9 mars 2004 portant adaptation de la justice aux évolutions de la criminalité). Il est également compétent pour autoriser certaines mesures d'enquêtes pénales particulièrement

provisoire. Le JLD examine régulièrement la situation des personnes concernées pour évaluer la nécessité de maintenir leur détention en attendant leur jugement. Il s'assure que la détention provisoire est justifiée, proportionnée et respecte les droits de la défense. Le JLD peut être saisi par une personne détenue ou par son avocat pour contester les conditions de détention, telles que l'insalubrité des locaux, le manque d'hygiène ou de soins médicaux, ou les atteintes aux droits fondamentaux. Le JLD examine ces plaintes et peut ordonner des mesures correctives si nécessaire. Il peut également intervenir lorsque des mesures disciplinaires sont prises à l'encontre d'un détenu, telles que l'isolement cellulaire ou la privation de certaines activités. Le JLD vérifie la légalité et la proportionnalité de ces mesures et peut les annuler si elles ne respectent pas les droits du détenu. Le JLD peut aussi être saisi lorsque des mesures de sécurité, telles que la fouille corporelle ou l'utilisation de moyens de contention, sont prises à l'égard d'un détenu. Le JLD examine si ces mesures sont justifiées et proportionnées à la situation et peut les modifier ou les annuler si nécessaire. Le JLD intervient également pour contrôler les mesures de contrainte (comme l'isolement ou la contention) appliquées aux personnes détenues en établissement pénitentiaire. Il vérifie la légalité de ces mesures, leur nécessité et leur proportionnalité. Le JLD intervient dans le cadre de la rétention administrative des étrangers en situation irrégulière. Il contrôle la régularité de la procédure de rétention, examine si les droits de la personne sont respectés et peut ordonner la libération si les conditions légales ne sont pas remplies.⁵⁴⁰

306. Le rôle du JLD est de veiller à ce que les mesures de privation de liberté soient prises dans le respect des droits fondamentaux de la personne et de garantir un contrôle judiciaire indépendant sur ces mesures. Il s'assure que les procédures sont suivies, que les critères légaux sont respectés et que les droits des individus sont protégés. Il apparaît donc légitime, aux vues de ses compétences et de son rôle de gardien des droits et libertés fondamentales, qu'il intervienne dans le secteur psychiatrique. Le JLD intervient lorsqu'une personne est hospitalisée de manière forcée en raison de troubles mentaux. Il examine la légalité de la mesure d'hospitalisation, vérifie si tous les critères légaux sont remplis et s'assure que la procédure a été correctement suivie. Le JLD peut ordonner la levée de l'hospitalisation si les conditions ne sont pas remplies ou si la personne n'est plus considérée comme dangereuse pour elle-même ou pour autrui. Le JLD intervient lorsque le représentant de l'État décide du placement d'une

attentatoires aux libertés individuelles (prolongations de garde à vue, placement sous contrôle judiciaire, etc.). Il peut aussi statuer sur le maintien en zone d'attente ou en rétention administrative, au delà du délai prévu, des étrangers en situation irrégulière (loi du 16 juin 2011 portant adaptation de la justice aux évolutions de la criminalité). Enfin, il peut décider d'autoriser ou non les visites domiciliaires administratives pour prévenir d'un acte de terrorisme (loi du 30 octobre 2017 renforçant la sécurité intérieure et la lutte contre le terrorisme). Source : "Qu'est-ce qu'un juge des libertés et de la détention (JLD) ?", Vie publique en ligne, 3 mai 2021, <https://www.vie-publique.fr/fiches/38261-quest-ce-quun-juge-des-libertes-et-de-la-detention-jld>

⁵⁴⁰ LE MONNIER DE GOUVILLE Pauline, « Le juge des libertés et de la détention entre présent et avenir », Les Cahiers de la Justice, 2011/4 (N° 4), p. 145-157. DOI : 10.3917/cdlj.1104.0145. URL : <https://www.cairn.info/revue-les-cahiers-de-la-justice-2011-4-page-145.htm>

personne en soins psychiatriques sans son consentement. Le JLD examine la régularité de la décision, évalue si les critères légaux sont respectés et décide de la levée ou du maintien de la mesure.

307. L'intervention du JLD dans le cadre de l'hospitalisation sans consentement est considérée comme une mesure essentielle pour garantir la protection des droits fondamentaux des personnes concernées. L'hospitalisation sans consentement restreint la liberté d'aller et venir d'une personne et peut porter atteinte à d'autres droits fondamentaux. En effet, son intervention permet de garantir que cette restriction est justifiée et qu'elle respecte les principes de légalité, de proportionnalité et de nécessité. Le rôle du JLD est de s'assurer que les critères légaux pour l'hospitalisation sont correctement appliqués et que la décision est prise de manière équitable et impartiale. En outre, le JLD est un magistrat indépendant du système de soins de santé mentale. Son rôle est de vérifier la régularité de la procédure d'hospitalisation, de s'assurer que tous les droits procéduraux sont respectés et d'évaluer la nécessité et la justification de la mesure. Cette indépendance garantit que les décisions relatives à l'hospitalisation sans consentement ne sont pas prises de manière arbitraire ou abusive. L'intervention du JLD vise à établir un équilibre entre les intérêts de la personne concernée et ceux de la société. Il examine attentivement les preuves, les arguments présentés par les différentes parties et tente de prendre une décision qui tient compte à la fois des besoins de traitement de la personne et de la protection de sa liberté et de ses droits. De plus, cette intervention apporte une dimension de transparence et de responsabilité à la procédure d'hospitalisation sans consentement. Les décisions du JLD sont toujours motivées. Cela permet aux personnes concernées, à leurs proches et aux professionnels de la santé mentale de comprendre les raisons derrière la décision et de contester celle-ci si nécessaire. Le JLD peut demander des expertises médicales et recueillir des informations supplémentaires pour prendre une décision éclairée. Cela contribue à éviter les erreurs de diagnostic ou les décisions prises sur la base d'informations insuffisantes. Le JLD peut également imposer des conditions ou des restrictions à l'hospitalisation afin de protéger au mieux les droits et le bien-être de la personne⁵⁴¹.

308. L'intervention du JLD suscite beaucoup d'interrogations sur leur légitimité d'intervention dans un secteur médical aussi complexe. La doctrine est divisée à ce sujet. En effet, le monopole de l'expertise des psychiatres dans le domaine considéré par le JLD implique que ce dernier soit dépendant de l'avis des soignants : d'un point de vue purement scientifique, son appréciation paraît donc superflue. Pourtant, d'un point de vue juridique, l'intervention du JLD dans le cadre de l'hospitalisation sans consentement paraît légitime, étant donné l'analyse

⁵⁴¹ DUPONT Marc, LAGUERRE Audrey, VOLPE Audrey, « 11. Le contrôle du JLD : la procédure », dans : , Soins sans consentement en psychiatrie. Comprendre pour bien traiter, sous la direction de DUPONT Marc, LAGUERRE Audrey, VOLPE Audrey. Rennes, Presses de l'EHESP, « Hors collection », 2015, p. 331-362. URL : <https://www.cairn.info/soins-sans-consentement-en-psychiatrie--9782810903931-page-331.htm>

sus-menée, dans la mesure où elle vise à protéger les droits fondamentaux des personnes tout en assurant un équilibre entre les besoins de traitement et la préservation de la liberté individuelle⁵⁴². Cependant, malgré tout le bien-fondé juridique de ce contrôle, il n'apparaît pas toujours convaincant en pratique.

B. Un contrôle nécessaire, sujet à controverse

309. Une fois saisi dans le cadre de la procédure de contrôle de l'hospitalisation sans consentement, le JLD doit statuer sur la régularité de cette mesure d'exception, entraînant ou non le maintien du patient dans ce régime de contrainte. Le non-respect de ces délais de saisine du JLD dans les 8 jours ainsi que des délais de décision, qui doit être rendue dans les 12 jours qui suivent l'entrée du patient dans l'établissement sans consentement, peut avoir pour conséquence une mainlevée immédiate de la mise sous contrainte. Cette mainlevée doit être également prononcée lorsque la procédure comporte un défaut, par exemple lorsque l'un des certificats médicaux obligatoires n'est pas présent. Cependant il convient de préciser que dans les faits cette mainlevée n'est que rarement prononcée. En effet, en 2013 en France, sur 60476 contrôles d'hospitalisation sous contrainte effectués par le JLD, seuls 4988 ont donné lieu à une mainlevée de la mesure, soit environ 8%⁵⁴³. D'ailleurs, même lorsque le patient fait appel de cette décision, la mainlevée est rarement prononcée : dans 66% des cas où l'irrégularité de l'acte administratif pourrait être reconnu, les juges d'appel considèrent que sans preuve de l'existence d'un grief, la mainlevée ne peut être décidée⁵⁴⁴. En outre, à titre d'exemple, dans le cadre d'un

⁵⁴² Paul Véron, « Soins sans consentement : le juge n'a pas à « jouer au docteur » », *Santé mentale*, n° 277, Avril 2023 ; Y. BENHAMOU, « Le contrôle du juge judiciaire sur les hospitalisations psychiatriques sous contrainte l'exemple de la cour d'appel de Douai », *Gaz. Pal.*, 26 avril 2012, n° 117 ; Y. BROUSSOLLE, « Les principales dispositions de la loi relative aux droits et à la protection des personnes faisant l'objet de soins psychiatriques et aux modalités de leur prise en charge », *LPA*, 25 octobre 2011, n°212 ; L. BRUNIN, « Le contrôle des soins psychiatriques par le juge des libertés », *Documentation ENM*, mars 2013 ; J. BUISSON, « Prise en charge des personnes détenues atteintes de troubles mentaux », *Procédures*, 2013, comm. 320 ; C. CASTAING, « La volonté des personnes admises en soins psychiatriques sans consentement. Quel droit pour quel juge ? », *AJDA* 2013 ; C. CASTAING, « Le droit fou des soins psychiatriques sans consentement », *LPA*, 26 novembre 2010, n°236 ; A. CHOPPLET, « Compétence exclusive de l'ordre judiciaire en matière de contentieux relatif à l'hospitalisation sans consentement », *LPA*, 09 avril 2013, n°71 ; M. COUTURIER, « La contrainte et le consentement dans les soins ordonnés par l'autorité publique : vers une aporie juridique ? », *RDSS*, 2014 ; K. D-P, « Soins psychiatriques sans consentement : du point de départ du délai accordé au juge pour statuer », *RLDC*, 2014 ; M. DE MONTE & M. MYARA, Intervention des premiers conseillers au tribunal administratif de Montpellier, CA Montpellier, 10 septembre 2012 ; A. GARAPON, S. PERDRIOLLE, B. BERNABÉ, et Ch. KADRIE, « La prudence et l'autorité : l'office du juge au XXI^e siècle », Ministère de la justice, Institut des hautes études de la justice, juillet 2013 ; I. MARIA, « Encore un chapitre dans la saga des soins psychiatriques », *Dr. fam.*, 2011, comm. 156 ; E. PÉCHILLON, « Hospitalisation psychiatrique provisoire sans consentement à la demande du maire : la Cour de cassation complique encore un peu plus le dispositif de police administrative de soins sous contrainte », *JCP A*, 2014, 2211 ; E. PÉCHILLON, « Le pouvoir médical face au refus de consentement : un savant dosage effectué par le juge des référés », *JCP A*, 2012, 2321.

⁵⁴³ Cf Annexe 4 : Résultats des demandes de contrôle obligatoire périodique de la nécessité d'une mesure d'hospitalisation complète traitées au cours des années 2012 et 2013

⁵⁴⁴ Cf Annexe 5 : Taux de mainlevée d'une mesure d'hospitalisation sous contrainte par le juge d'appel, en fonction du grief soulevé ; D. LEGOHÉREL, « Etude sur les soins psychiatriques sans consentement », *Service de*

certificat qui ne serait pas au dossier au moment de l'audience, ou bien encore lorsque les certificats qui doivent être rédigés par différents psychiatres le sont par le même professionnel, le Juge des Libertés et de la Détention peut alors prendre la décision de suspendre l'audience le temps que le certificat manquant soit ajouté au dossier. C'est notamment ce que précise Maître Béatrice Abel⁵⁴⁵. Mais rappelons-le, le rôle du Juge des Libertés et de la Détention est un rôle de contrôle de la procédure, il ne statue pas sur la pertinence de l'hospitalisation sans consentement. Il vérifie que les certificats médicaux sont présents et qu'ils sont rédigés dans les conditions fixées, notamment concernant l'identité des médecins auteurs des certificats, mais il ne vérifie pas la pertinence ni la véracité de ces certificats. Il ne dispose en effet ni des connaissances nécessaires ni des prérogatives suffisantes afin de s'opposer au contenu des certificats médicaux attestant de la nécessité de la poursuite de la procédure d'hospitalisation sans consentement. Le juge rend alors une décision d'autorisation de la poursuite de l'hospitalisation sans consentement, ou le cas échéant il prononce la mainlevée de la privation de liberté. Le juge statue immédiatement sur la validité de la procédure, cependant dans certains cas il peut s'il l'estime nécessaire, demander une suspension de l'audience le temps de prendre sa décision.

310. Les décisions du Juge des libertés et de la détention sont souveraines⁵⁴⁶, ce qui a contribué au climat de doute sur le bien-fondé de l'arrivée du juge en question au sein d'un établissement hospitalier. En effet, la mise en place de ce contrôle judiciaire orchestré par le JLD au sein même de l'établissement psychiatrique a entraîné une vague de craintes chez les soignants, initialement réticents à l'idée de ce mélange juristes-médecins, sur des questions de prise en charge médicale. Force est d'admettre que cette réticence persiste encore aujourd'hui, bien que la procédure et la présence du JLD aient été acceptés au sein des hôpitaux psychiatriques.⁵⁴⁷ Certains soignants dénoncent notamment des inégalités, notamment de responsabilité, autour de la gestion des hospitalisations sans consentement. A ce titre, le Docteur LAMOTHE, médecin psychiatre, précise que la responsabilité des juges n'est jamais engagée quant aux conséquences des décisions prises lors de l'audience. En cas de mainlevée par exemple, le patient est en principe libre de partir, ce qui engendre un risque de mise en péril de sa personne, de ses proches ou de la sécurité publique plus généralement. Cela constitue un

documentation des études et du rapport de la Cour de cassation, Bureau des relations avec les Cours d'appel et du fonds de concours, décembre 2014

⁵⁴⁵ Entretien réalisé auprès de Maître ABEL, avocate au barreau de Lyon et présidente de la commission des permanences d'hospitalisation sans consentement du barreau de Lyon, cf Annexe 24

⁵⁴⁶ Bien qu'elles puissent être contestées, par une procédure d'appel de la décision notamment, le juge rend sa décision seule, à la lumière des pièces fournies pour démontrer la régularité ou non de la procédure d'hospitalisation sous contrainte

⁵⁴⁷ Paul VERON, maître de conférences en droit privé à l'université de Nantes, Laboratoire Droit et changement social (UMR 6297), "Soins sans consentement : le juge n'a pas à « jouer au docteur »", Santé mentale, n°277, avril 2023 ; V., M. COUTURIER, M. GRIMBERT, "L'office du juge dans le contrôle des soins psychiatriques sans consentement : d'un juge relai à un juge prescripteur ?", Revue générale de droit médical, n° 85, décembre 2022

paradoxe avec les préfets qui eux peuvent voir leur responsabilité engagée lorsqu'ils décident d'une hospitalisation sans consentement. Christian VAYSSE, infirmier à l'UMD de l'hôpital psychiatrique du Vinatier précise que dans le cas particulier des hospitalisations en Unité pour Malades Difficiles (UMD), unité accueillant des patients avec des pathologies psychiatriques lourdes pouvant être constitutive d'un danger pour le patient ou pour les autres le jugement est rendu ultérieurement, afin d'éviter tout débordement ou accès de colère de la part des patients. Le rendu de la décision peut être synonyme d'une certaine violence pour les patients, ce qui a pu être constaté lors de l'audience au CH Le Vinatier. La décision n'est pas toujours comprise et les patients peuvent avoir l'impression d'avoir commis une faute justifiant le passage devant une autorité judiciaire. Ce ressenti des patients a notamment été confirmé par différents soignants interrogés dans le cadre de cette thèse⁵⁴⁸.

311. Sur le fondement des avis recueillis auprès des différents acteurs interviewés dans le cadre de ce travail de recherche⁵⁴⁹, il est important de noter que les opinions des soignants à l'égard du contrôle exercé par le JLD varient et ne reflètent pas nécessairement l'opinion unanime de tous les professionnels de la santé mentale. Cependant, voici quelques critiques couramment exprimées au sein de cette cohorte, à l'égard du contrôle exercé par le JLD dans le contexte de l'hospitalisation sans consentement. Certains soignants critiquent le fait que la procédure de contrôle par le JLD peut être longue, complexe et soumise à de nombreuses formalités administratives. Cela peut entraîner des retards dans la prise en charge des patients et compliquer la gestion des situations d'urgence.

312. Les soignants peuvent trouver que les critères légaux pour l'hospitalisation sans consentement sont trop rigides et ne permettent pas toujours de répondre adéquatement aux besoins individuels des patients. Ils estiment que des cas spécifiques peuvent ne pas correspondre aux critères stricts établis par la loi, ce qui peut entraîner des difficultés dans la prise de décision. Certains soignants estiment également que le JLD, bien qu'étant un juge compétent en droit, peut manquer de connaissances spécialisées en santé mentale. Cela peut conduire à des décisions qui ne prennent pas suffisamment en compte les aspects cliniques et les besoins spécifiques des patients. Rappelons-le encore, le rôle du JLD n'est pas d'apprécier des données scientifiques, médicales, concernant le patient, mais d'apprécier la régularité de la procédure d'hospitalisation sous contrainte, et donc le respect des droits du patient en ce sens. Cependant, une critique récurrente des soignants consiste à reprocher l'injonction du JLD dans la sphère médicale. Sur la base de cet amalgame, la majorité des soignants soutient que la charge de travail élevée du JLD peut entraîner un manque de temps et de ressources pour examiner

⁵⁴⁸ Madame DELANNE, infirmière en unité d'accueil à l'hôpital du Vinatier, Lyon ; cohorte de 3 infirmiers travaillant en UMD et en unité psychiatrique classique, hôpital du Vinatier Lyon

⁵⁴⁹ Cohorte de 25 professionnels interrogés, répartis également dans les domaines suivants : droit, santé, administration/association.

minutieusement chaque cas individuel. Cela peut conduire à des décisions prises sur la base d'informations limitées, ce qui peut être perçu comme une limite dans la protection des droits des patients. Un reproche qui semble vain puisque le rôle même du JLD pourrait l'écartier, cependant le ressenti des soignants témoigne de cette incompréhension du rôle du JLD et de sa légitimité au sein de l'hôpital psychiatrique.

Enfin, deux soignants considèrent que le contrôle exercé par le JLD se fait généralement à des intervalles de temps relativement longs. Cela signifie qu'il peut y avoir un manque de suivi régulier pour réévaluer la situation des patients, ce qui peut avoir un impact sur la prise de décision et la continuité des soins.

313. Il est important de noter que ces critiques ne remettent pas en question l'importance du contrôle judiciaire dans le respect des droits fondamentaux des patients et la protection contre les abus. Cependant, elles soulignent les défis et les limitations pratiques auxquels les soignants peuvent être confrontés dans la mise en œuvre de la procédure d'hospitalisation sans consentement : des défis également vécus par l'avocat, défenseur direct des droits du patient hospitalisé.

Paragraphe 2. Le recours à un avocat : normalisation du statut de malade psychiatrique et garantie de ses droits

314. Lorsqu'un patient hospitalisé sans son consentement fait l'objet d'une mesure de contrôle par le JLD ou qu'il saisit le JLD lui-même, l'article L.3211-12-2 du CSP prévoit qu'« *à l'audience, la personne faisant l'objet de soins psychiatriques est entendue, assistée ou représentée par un avocat choisi (...)* ». Cette procédure de recours à un avocat est particulière en ce qui concerne le domaine de la psychiatrie (A). L'avocat joue un rôle primordial dans la mise en lumière d'éventuelles irrégularités procédurales (B).

A. La procédure de recours à un avocat

315. La CEDH, dans un arrêt du 18 novembre 2010,⁵⁵⁰ a rendu une décision sur le fondement de l'article 5 de la Convention EDH, sanctionnant le fait qu'un patient hospitalisé sans son consentement n'ait pas été représenté par un avocat suffisamment compétent pour que ses droits à la défense soient correctement assurés lors du contrôle judiciaire de la mesure de contrainte. Comme évoqué précédemment, l'article L.3211-3 du CSP dispose qu'« *en tout état de cause, (la personne admise en soins sans consentement) dispose du droit [...] 4^e De prendre conseil [...] d'un avocat de son choix* ». Ainsi, en France, le législateur confère au patient hospitalisé sans son consentement un droit de recours à l'avocat, y compris indépendamment du contrôle

⁵⁵⁰ CEDH, 18/11/2010, Baudouin c. France, n°35935/03

du JLD. Le Tribunal de grande instance de Maux⁵⁵¹ a d'ailleurs considéré que le seul manquement à ce droit justifiait la mainlevée de la mesure de contrainte à laquelle est soumis le malade mental. À Lyon, la pratique a été institutionnalisée en faveur d'une désignation d'office des avocats par le Bâtonnier, en vertu de l'Aide Juridictionnelle accordée à l'ensemble des malades mentaux concernés par la mesure de contrôle devant le JLD, sauf aux intéressés de saisir leur propre Conseil.

316. Concernant le rôle de l'avocat, la Cour de cassation⁵⁵² a rappelé la nécessité pour chaque partie, par l'intermédiaire de leur conseil, de soulever tous les moyens autres que ceux retenus d'office par le juge, pour appuyer leur demande. Autrement dit, c'est à l'avocat de fournir des arguments concrets pour appuyer la demande de son client. De plus, la Cour de cassation exige de façon permanente, dans le cadre de la procédure de contrôle des hospitalisations sans consentement, la nécessité de soulever toute forme d'irrégularité pouvant être portée devant le juge, sur toute la période contrôlée au moment de l'audience. L'avocat exerce à ce titre un rôle primordial puisqu'il est à l'origine de cette vérification, dans l'intérêt de son client.

317. De plus, la Cour de cassation⁵⁵³ a également apporté des précisions quant aux incertitudes liées aux principes de l'oralité et de la contradiction dans cette procédure de contrôle de l'hospitalisation contrainte. Dans le cas d'espèce, en première instance, le juge avait prononcé l'irrecevabilité de moyens soulevés oralement par l'avocat du malade sous prétexte qu'ils n'avaient pas été soumis aux autres parties, alors même que l'article 16 du Code de Procédure Civile impose le respect du principe du contradictoire dans toute procédure civile. Cette décision de première instance a par la suite été déboutée sur le fondement de l'article R. 3211- 21 du CSP qui dispose notamment qu'« *à l'audience, les parties et, lorsqu'il n'est pas partie, le tiers qui a demandé l'admission en soins psychiatriques peuvent demander à être entendus ou faire parvenir leurs observations par écrit, auquel cas il en est donné connaissance aux parties présentes à l'audience. Le premier président ou son délégué peut toujours ordonner la comparution des parties.* » En effet, le principe du contradictoire revêt un caractère particulier dans le cadre de la procédure de contrôle des hospitalisations sans consentement. La procédure est alors orale et, en cas d'observations écrites complémentaires, c'est au juge de les communiquer aux différentes parties. Ainsi, les moyens développés par l'avocat, bien que généralement oralement délivrés et en l'absence des autres parties à l'audience, demeurent recevables à la condition qu'ils soient délivrés dans le respect des règles déontologiques de communication entre avocats, dans le temps imparti, des pièces et des moyens requis. Dans la mesure où les libertés du patient sont en jeu, il est évident que l'avocat tient un rôle essentiel.

⁵⁵¹ TGI de Meaux, ordonnance de mainlevée du Juge des libertés et de la détention, 01/07/2014, n° 14/02104

⁵⁵² CCass, Assemblée plénière, 21/12/2007, n° 06-11.343

⁵⁵³ CCass, Civ.1, 24/05/2018, n° 17-21057

Cependant, malgré cet idéal de respect d'un maximum de libertés de l'individu interné contre son gré, l'avocat interviendra lors de l'audience de contrôle par le JLD, avec ou sans le consentement de son client. En effet, c'est une procédure particulière pour laquelle le patient concerné n'est pas demandeur. Ainsi, en cas de volonté du patient de se désister de l'appel, son avocat peut parfaitement poursuivre le recours en l'absence de la participation de son client.

318. C'est ainsi qu'un juge d'appel a considéré que l'avocat du malade dont la présence est obligatoire pour représenter ce dernier « *tient son mandat autant de son client que de la loi* ». Dans cette affaire⁵⁵⁴, ledit juge avait considéré que la volonté du patient de se désister de son appel n'obligeait en rien son avocat à se désister également de ce recours, « *dès lors notamment que son client lui avait fait savoir avoir eu la promesse de sortir plus vite de l'établissement d'accueil en cas d'abandon de l'appel* ».

L'article R. 3211-8 du CSP dispose que « *Devant le juge des libertés et de la détention et le premier président de la cour d'appel, la personne faisant l'objet de soins psychiatriques est assistée ou représentée par un avocat. Elle est représentée par un avocat dans le cas où le magistrat décide, au vu de l'avis médical prévu au deuxième alinéa de l'article L.3211-12-2, de ne pas l'entendre. Les autres parties ne sont pas tenues d'être représentées par un avocat.* »

Le malade faisant l'objet de soins psychiatriques non consentis doit être assisté ou représenté par un avocat devant le JLD ou le juge d'appel. Dans certains cas, il est possible que le psychiatre émette une réserve médicalement motivée à la présence du patient à son audience, dans l'intérêt de ce dernier. Cette possibilité quasi-discrétionnaire est prévue par la loi et n'est possible que sur avis médical motivé émanant du psychiatre. Dans ce type de cas, le rôle de l'avocat est primordial. En effet, ce dernier doit visiter ces clients sujets à la mesure de soins psychiatriques sous contrainte avant l'audience ; cette visite permet à l'avocat, lorsque l'avis médical s'oppose à la présence du patient à sa propre audience, de s'assurer *a minima* de l'impossibilité du patient d'être entendu, voire de contester cette impossibilité. Pourtant, alors que ce droit à un avocat semblait inaliénable pour le patient en soins psychiatriques, il apparaît que la Cour de cassation⁵⁵⁵ a finalement changé la donne. En effet, en deuxième instance de cette affaire, la Cour d'appel avait rejeté la demande du patient visant à lui accorder le droit de l'assistance d'un avocat, au motif qu'un mouvement de grève du barreau de PARIS rendait impossible cette requête, alors qu'un renvoi à une audience ultérieure aurait été possible. Le patient a donc dénoncé une violation de ses droits à une défense en bonne et due forme ainsi que l'irrespect du principe du contradictoire sur les fondements des articles 6 paragraphe 1 de

⁵⁵⁴ CA de Versailles, Ordonnance de mainlevée des 22/12/2014, 13/05/2015 et 21/05/2015

⁵⁵⁵ CCass, Civ.1, 13/09/2017, n° 16-22.819

la Conv.EDH⁵⁵⁶ et de l'article 16 du Code de procédure civile⁵⁵⁷. Il attaquait ainsi cette ordonnance d'appel, considérant qu'elle était privée de base légale en ne précisant pas en quoi l'audience publique ne pouvait être reportée à une date ultérieure, pour que l'appelant puisse être assisté d'un avocat comme il le souhaitait. La Cour de cassation a rejeté le pourvoi affirmant que l'impossibilité de répondre à la demande de désignation d'un avocat commis d'office constituait un obstacle insurmontable à l'assistance d'un conseil, et que, en absence de demande de renvoi de la part du patient du fait de l'absence d'un avocat, la Cour d'appel n'a pas dépourvu sa décision de bases légales. Ladite décision confirmée par la Cour de cassation a remis en cause la garantie de présence de l'avocat et contredit la volonté du législateur de rendre effectif le droit du patient, en état de fragilité psychologique, de contester la nécessité de la mesure et la régularité des décisions administratives prises sans son consentement. De plus, rappelons que le droit à un avocat fait déjà face aux réticences du monde médical qui a toujours du mal à accepter la présence de l'avocat dans les couloirs d'un EPSM. Jean-Marc ANDRE, avocat au barreau de Versailles et membre du Syndicat des avocats de France, a exprimé le bouleversement de ses membres et de l'ensemble des avocats quant aux dispositions de la loi du 5 juillet 2011 qui chamboulent la notion même de « défense » connue jusqu'alors. En effet, dans le cadre des procédures d'hospitalisation sans consentement, les avocats défendent non pas des délinquants ni des criminels mais bel et bien des malades en mal de liberté pour la plupart ou en proie à des délires. Ces malades ne sont d'ailleurs pas demandeurs (la plupart du temps) et sont finalement contraints dans une procédure tant médicale que judiciaire. Ces patients sont considérés, en droit pénal, « irresponsables de leurs actes ». Contrairement à un détenu « classique », le malade mental n'est pas toujours maître de ses actes ; la question de la remise en liberté est donc bien plus délicate pour le patient hospitalisé sous contrainte que pour le délinquant ou le criminel ayant effectué consciemment la peine imposée. Les avocats ne défendant donc pas des délinquants, défendent les intérêts de leurs clients/patients. Des cas de conscience et des problèmes déontologiques peuvent se poser à l'avocat ; c'est le cas par exemple si, malgré des moyens de nullités multiples, clairs et flagrants allant probablement entraîner la mainlevée des soins contraints, le client semble susceptible d'effectuer un passage à l'acte violent. Dans cette hypothèse, et afin de décharger l'avocat de ce dilemme à la lourde responsabilité, le parquet qui est normalement partie à l'audience, dispose seul de la possibilité de relever appel de la décision de mainlevée avec un effet suspensif. Lorsqu'un tel effet

⁵⁵⁶ Article 6 paragraphe 1 de la Conv.EDH : *“Toute personne a le droit d'être jugée équitablement par un juge indépendant et impartial. Si vous êtes accusé d'une infraction, vous être présumé innocent jusqu'à ce que votre culpabilité ait été établie. Vous avez le droit d'être défendu par un avocat, payé par l'État si vous n'avez pas les moyens de le rémunérer.”*

⁵⁵⁷ Article 16 du Code de procédure civile : *“Le juge doit, en toutes circonstances, faire observer et observer lui-même le principe de la contradiction. Il ne peut retenir, dans sa décision, les moyens, les explications et les documents invoqués ou produits par les parties que si celles-ci ont été à même d'en débattre contradictoirement. Il ne peut fonder sa décision sur les moyens de droit qu'il a relevés d'office sans avoir au préalable invité les parties à présenter leurs observations.”*

suspensif a été donné à l'appel, le premier président peut ordonner une expertise. Il se prononce alors dans un délai de 14 jours à compter de la date de cette ordonnance⁵⁵⁸.

B. Un rôle primordial dans la détection des irrégularités procédurales

319. L'avocat a pour rôle principal de mettre en évidence les irrégularités dans la procédure d'hospitalisation sans consentement devant le juge, lors de l'audience hospitalière. C'est ce qui a été rappelé par la Cour d'appel de Versailles, le 20 janvier 2017 : « *Une patiente en SDT fait appel de la décision de maintien prononcée par un JLD à son encontre. La Cour d'appel de Versailles rappelle que, conformément aux dispositions de l'article 74 du code de procédure civile, les exceptions d'irrégularité d'une mesure doivent, à peine d'irrecevabilité, être soulevées simultanément et avant toute défense au fond. En l'espèce, aucune exception d'irrégularité ayant été soulevée devant le juge des libertés et de la détention, les exceptions d'irrégularité nouvelles soulevées pour la première fois devant le juge d'appel doivent être jugées irrecevables. Pour autant, la mainlevée de la mesure de soins à la demande d'un tiers est ordonnée sur le fondement d'un autre point soulevé par l'avocat de la patiente : aucun avis d'un psychiatre de l'établissement d'accueil se prononçant sur la nécessité de poursuivre l'hospitalisation complète n'a été transmis au greffe de la cour d'appel au plus tard quarante-huit heures avant l'audience et ce, en violation des dispositions prévues à l'article L. 3211-12-4 du code de la santé publique* ». ⁵⁵⁹ Il en résulte donc que, conformément aux dispositions de l'article 74 du code de procédure civile, les exceptions d'irrégularité d'une mesure doivent, à peine d'irrecevabilité, être soulevées simultanément et avant toute défense au fond. Les exceptions d'irrégularité nouvelles soulevées pour la première fois devant le juge d'appel doivent être jugées irrecevables. Par la suite, la Cour d'appel de Versailles a même confirmé et développé davantage sa jurisprudence dans une ordonnance du 15 décembre 2017 : « *Sur les moyens tirés de l'absence d'examen somatique de la patiente dans les 24 heures de son admission. Du défaut de motivation des décisions d'admission et de maintien en hospitalisation complète et du défaut de notification de ces décisions. Il résulte de la décision du juge des libertés et de la détention et de la note d'audience qu'aucun de ces moyens n'a été soulevé devant le juge des libertés et de la détention alors même que Mme X était assistée d'un avocat. Ces exceptions de procédure ne peuvent donc qu'être déclarées irrecevables en application de l'article 74 du code de procédure civile.* » Tour à tour, l'avocat aura finalement pour rôle de contrôler l'application du CSP ; les modalités d'admission⁵⁶⁰, divergentes suivant le type de procédure (normale, d'urgence ou en cas de péril imminent), les conditions de maintien de

⁵⁵⁸ C. ALEZRAH, 2007, « Le dernier rapport relatif à la prise en charge des patients susceptibles de présenter des risques de dangerosité », *L'information psychiatrique*, 83(1)

⁵⁵⁹ Cour d'appel de Versailles, 20 janvier 2017, n° 17-00326 57

⁵⁶⁰ Articles L.3212-1 et L.3212-3 du CSP

l'hospitalisation contrainte⁵⁶¹ ou de levée de la mesure⁵⁶², mais aussi les possibilités de recours devant le juge⁵⁶³. En outre, l'avocat s'assure également de la compétence de l'auteur des certificats médicaux (initiaux et de suivi), de la motivation suffisante, de la notification de la décision, d'une information dûment délivrée au malade, du respect du contradictoire ainsi que de la régularité de l'ensemble de la procédure (notamment du délai de saisine). Récemment, dans un arrêt de la Cour d'Appel de Versailles du 18 juin 2018,⁵⁶⁴ le juge d'appel a précisé que l'avocat doit s'assurer que le patient hospitalisé sans son consentement représente un danger caractérisé pour lui-même ou pour les autres. L'avocat assure ainsi que les restrictions apportées aux libertés individuelles de son client sont « *adaptées, nécessaires et proportionnées à son état mental et à la mise en œuvre du traitement requis* ».

320. La Cour d'Appel de Lyon⁵⁶⁵ avait également statué en ce sens en exigeant un contrôle par l'avocat de la motivation suffisante du psychiatre dans ses certificats médicaux, avec une caractérisation évidente d'une telle dangerosité du patient, pour justifier les soins contraints. Enfin, l'avocat devra s'assurer que, lorsque l'autorité administrative prononce ou maintient l'hospitalisation complète, les éléments de droit et de fait qui justifient la mesure de contrainte soient indiqués dans sa décision (avant la décision préfectorale). A défaut, la mainlevée doit être prononcée. Rappelons également que l'avocat doit toujours soutenir les demandes de son client par tous les moyens susceptibles de fonder la requête, en vertu de l'article 12 du Code de Procédure Civile. Ces dispositions valent également pour le client atteint d'une maladie psychiatrique.

321. Au vu de l'article 74 du Code de procédure civile, si l'avocat ne soulève pas en première instance les irrégularités, celles-ci ne pourront plus être jugées dans le cadre d'une demande ordinaire de mainlevée formulée par le patient lui-même. L'avocat a donc un rôle majeur à jouer dans le contrôle du respect de la procédure et des suites apportées à cette dernière. En outre, il va sans dire que les risques d'atteintes aux libertés et droits fondamentaux sont forcément non négligeables dans le principe de l'administration de soins sans consentement, surtout en cas d'hospitalisation (maintien forcé à l'hôpital caractéristique d'une restriction de la liberté d'aller et venir). Comme évoqué précédemment, l'avocat doit certes, comme toujours, représenter son client, en soulevant toutes les atteintes portées à ses droits et en défendant sa liberté individuelle face à l'arbitraire des administrations, mais doit aussi s'assurer que son client a été entendu en tant qu'individu et pas seulement en tant que malade psychiatrique. Pourtant, malgré cette vision quasi salvatrice que l'on pourrait avoir de l'avocat, le film « 12 jours », témoigne d'une

⁵⁶¹ Articles L.3212-7 et L.3211-12-1 du CSP

⁵⁶² Article L.3212-4 et L.3212-8 du CSP

⁵⁶³ Article L.3211-12 du CSP

⁵⁶⁴ CA de Versailles, 18/06/2018, n°18/03895

⁵⁶⁵ CA de Lyon, Ordonnance du 16/05/2012, n° 12/0346

défense presque théâtralisée puisque, sur les dix audiences psychiatriques retranscrites dans le film, un seul et unique argument de droit est soulevé par l'un des avocats : un certificat médical non circonstancié qui ne donnera même pas lieu à une mainlevée. Sur la question épineuse du devoir de l'avocat quant à la dénonciation de ces vices de procédure, les opinions divergent et des débats entre les avocats sont aujourd'hui encore à l'ordre du jour. Juridiquement parlant, et comme le rappellent deux jurisprudences de la Cour d'appel de Versailles⁵⁶⁶, les avocats qui décident de passer outre une irrégularité sont en faute professionnelle, trahissant par la même la confiance que placent leurs clients en eux. Si la France tend vers une uniformisation de la procédure de contrôle des hospitalisations sans consentement, elle n'est pas à l'abri de condamnations émanant de la Cour Européenne des Droits de l'Homme. Ce fut le cas, par exemple, pour la Croatie dans un arrêt du 19 février 2015, dans le cas d'une mise à l'isolement avec contention injustifiée et absence de garantie procédurale.⁵⁶⁷ Cette condamnation porte non seulement sur une mise sous contention abusive de 15 heures consécutives sans justification de la nécessité d'une telle mesure et sans que l'intéressée ait pu bénéficier d'une procédure normale (traitement inhumain et dégradant, article 3 de la Convention), mais aussi sur le fait que le malade n'ait pas été représenté par un avocat suffisamment compétent pour que ses droits à la défense soient assurés lors du contrôle judiciaire de la mesure d'internement psychiatrique dont elle faisait l'objet (article 5 de la Convention, droit d'accès à bref délai à un tribunal indépendant et impartial). de contrôle devant le JLD ; ils perdent leurs moyens, sont mal à l'aise, ne comprennent pas toujours, sont diminués par leur traitement, etc. L'avocat est alors là pour l'assister.

322. Il a été précédemment mis en lumière l'univers complexe des acteurs juridiques et médicaux qui opèrent en collaboration au sein de ce régime d'exception, déployant leurs efforts pour préserver la précieuse liberté d'aller et venir du patient. Cette collaboration, à la croisée des mondes juridique et médical, s'efforce de maintenir un équilibre délicat entre les besoins de la société en matière de santé mentale et les droits individuels fondamentaux. Mais cet équilibre reste fragile. Alors que le rôle des acteurs - qui travaillent de concert pour préserver la liberté d'aller et venir du patient, à l'examen des situations où elle est mise en péril - a globalement été évoqué, la question de l'efficacité de ce cadre juridique reste complète. En effet, l'existence d'un cadre juridique concernant la pratique des soins sans consentement signifie-t-il pour autant que ces soins soient reconnus comme étant légitimes en soit ? Le contrôle est-il, quant à lui, suffisamment efficace pour garantir, autant que faire se peut, la liberté d'aller et venir du patient ?

⁵⁶⁶ Cour d'appel de Versailles, 20 janvier 2017, n° 17-00326 57 ; CA de Versailles, 18/06/2018, n°18/03895

⁵⁶⁷ CEDH c. Croatie, 19/02/2015 : Cet arrêt condamne la Croatie pour violation de l'article 3 de la Convention (traitement inhumain et dégradant) pour ne pas avoir en l'espèce apporté à la requérante au moment de son placement à l'isolement et sous contention des garanties procédurales suffisantes lui permettant de contester l'arbitraire d'une telle mesure (alinéa 105 de cette décision).

Chapitre 2. L'hospitalisation sous contrainte : une remise en cause sur le fondement de la liberté d'aller et venir

323. « Celui qui est admis dans un asile entre dans un monde nouveau et dans lequel il doit être entièrement séparé de ses parents, amis et connaissances. »⁵⁶⁸

La restriction de la liberté d'aller et venir du patient dans le cadre de l'hospitalisation sous contrainte est très ancrée dans l'histoire même de la prise en charge psychiatrique. La loi de 1838⁵⁶⁹ recommandait la présence d'au moins un établissement hospitalier adapté à la prise en charge psychiatrique par département. Si ces établissements sont plus adaptés pour les pathologies psychiatriques, ils adoptent dès leurs débuts des usages liberticides, parfois proche du milieu carcéral : abandon des effets personnels à l'entrée, usage d'un uniforme au détriment des vêtements civils, discipline stricte, multiples interdictions (tabac, alcool, jeux, etc.), limitation ou interdiction des visites, sanctions. Le patient se voit considérablement entravé dans sa liberté d'aller et venir, mais également dans sa dignité, et ce sous couvert de la loi jusqu'à la réforme hospitalière de 1941.⁵⁷⁰ Par exemple, l'isolement et la contention n'étaient alors pas seulement utilisés à des fins curatives, mais aussi - et surtout - à des fins punitives⁵⁷¹. Heureusement par souci d'humanité puis de respect du malade et de sa personne, les chaînes utilisés à l'origine pour contenir les patients seront peu à peu remplacés par les camisoles en tissu, de même que l'usage abusif des fauteuils de force qui finira par être abandonné à force de dénonciation par les inspecteurs généraux. Mais cette évolution éthique et humaine prendra beaucoup de temps, durant laquelle perdurera l'usage de la cage en osier, de l'armoire-horloge, du sac de toile cirée, sans oublier les masques de fer, de cuir, les cordes perpendiculaires, la roue mobile, etc. Le XIXe siècle apporte une évolution marquante et certaine de la prise en charge du malade interné. L'usage de la coercition y est, certes, largement - et abusivement - pratiqué, mais on recherche davantage à manipuler le malade par ce biais dans un but de guérison et non plus dans un but uniquement punitif.⁵⁷² L'idée est de réaliser une double manipulation : théorique/moral, c'est-à-dire par l'écoute et l'échange verbal, et physique, en contenant le patient de différentes manières (et à différents degrés de contrainte) lorsque la crise le nécessite. L'asile passera donc d'un statut de lieu d'enfermement des aliénés incurables à un lieu de curabilité des aliénés.⁵⁷³ Pinel introduira l'idée de différents espaces de soins en fonction des besoins des malades (lieu pour soigner, pour observer, pour discuter, etc.). Esquirol sera

⁵⁶⁸ M. FOUCAULT, *Le Pouvoir psychiatrique*, Gallimard, Seuil, 2002.

⁵⁶⁹ Loi du 30 juin 1838 sur l'enfermement des aliénés, dite "Loi Esquirol"

⁵⁷⁰ C. QUETEL, P. MOREL, *Les fous et leurs médecins de la Renaissance au XXe siècle*, Paris, Hachette, 1979

⁵⁷¹ L'isolement et la contention seront traités et développés dans le cadre de la Partie II de la présente thèse.

⁵⁷² PINEL, *Traité médicophilosophique sur l'aliénation mentale*, Paris, Richard, Caille et Ravier, 1801

⁵⁷³ Op. cit. C. QUETEL, P. MOREL, *Les fous et leurs médecins de la Renaissance au XXe siècle*, Paris, Hachette, 1979

d'ailleurs le grand préconisateur du concept d'isolement⁵⁷⁴, méthode qu'il voyait comme bénéfique pour protéger le malade de l'excès de stimulations extérieures qui pourrait le perturber davantage, tout en permettant de le protéger, ainsi que son entourage, tout en rendant possible une intervention médicale, dans le prolongement du seul cadre de la prise en charge en asile⁵⁷⁵.

324. Comme évoqué dans le Titre précédent, le niveau d'atteinte à la liberté d'aller et venir du patient est graduel, en fonction des soins nécessaires. L'hospitalisation sous contrainte est sans aucun doute le contexte le plus liberticide sur ce point. Le patient n'a non seulement pas le choix de suivre ou non les soins qui lui seront imposés, mais il n'a pas non plus le choix quant à son lieu d'hospitalisation sous contrainte, ni celui du service dans lequel il sera pris en charge, sans oublier les soins qui lui seront administrés. En effet, l'hospitalisation sans consentement ayant forcément lieu dans un établissement public de santé⁵⁷⁶, il arrive que les patients soient transférés faute de place ou de service adéquat.

325. C'est sans doute la première limite du secteur de la psychiatrie qui conduit à certains débordements, le manque de moyens humains et architecturaux.⁵⁷⁷ Par exemple, en 2018, 50 millions d'euros avaient été attribués au secteur psychiatrique ; au Centre Hospitalier de Niort, la part du budget a servi seulement à renflouer le déficit existant, au détriment d'un besoin urgent de réfection des locaux hospitaliers (mise aux normes des chambres d'isolement notamment). Bien que la ministre des Solidarités et de la Santé, Agnès Buzyn, ait précisé que les difficultés rencontrées en psychiatrie étaient « *loin d'être un problème budgétaire* »⁵⁷⁸, les témoignages recueillis auprès des soignants lors des manifestations du Printemps de la psychiatrie (mars 2019) contredisent ce point de vue. « *La psychiatrie est une spécialité où c'est l'humain, la relation qui soigne. Nous ne sommes pas assez nombreux dans les services, du coup on est obligés d'isoler, d'injecter des traitements à tout va, au lieu de prendre le temps de parler à un patient anxieux, de calmer un autre qui est agité* » déclare Eric, infirmier à l'EPS

⁵⁷⁴ Cette forme de soin pratiquée dans le cadre de l'hospitalisation sans consentement sera abordée et développée dans la Partie 2 de la présente thèse.

⁵⁷⁵ N. ECKERT, « Un bref historique de la notion d'enfermement en psychiatrie », Comité d'éthique du Centre Psychothérapique de Nancy

⁵⁷⁶ « Soins psychiatriques sans consentement, Guide à l'attention des maires et des services communaux », ARS, 2018, https://www.hauts-de-france.ars.sante.fr/system/files/2019-02/Guide_Psy-sans-consentement-2019%20-%20MAJ.pdf

⁵⁷⁷ « *Les patients en psychiatrie, ça vote pas, c'est improductif, ça coûte cher, ce ne sont pas des "marchandises rentables" pour l'hôpital, alors on les laisse sur le trottoir* » : aide-soignante du Centre-Hospitalier de Niort, dans les Deux-Sèvres, manifestations du Printemps de la psychiatrie (mars 2019).

⁵⁷⁸ G. THIBAUT, « Agnès Buzyn décide de dégager en cette fin d'année 50 M€ pour la psychiatrie », Hospimédia, publié le 21/12/18, <https://abonnes.hospimedia.fr/articles/20181221-psychiatrie-agnes-buzyn-decide-de-degager-en-cette>

Maison-blanche, et membre du collectif de la Psychiatrie parisienne. Un autre membre de ce collectif déclarait également : « *on conduit les personnels à faire des enfermements abusifs* ». ⁵⁷⁹

326. Dans le cadre de l'hospitalisation sous contrainte, le patient « *n'a pas la possibilité de choisir l'endroit où il va dormir, ne peut pas se mouvoir comme il veut* », déclare une JLD du TJ de Lyon ⁵⁸⁰. Pour Karyn GUIARD, référente régionale santé mentale à l'ARS Auvergne-Rhône-Alpes, ⁵⁸¹ les limites apportées à la liberté d'aller et venir du patient en psychiatrie sont principalement imposées « *par la mesure d'hospitalisation. (...) Les limites sont les conditions de restriction de liberté pour moi, qui peuvent être importantes. (...) L'isolement et la contention sont des pratiques de soin. La crainte - et c'est ce qui a été souvent relevé par le contrôleur des lieux de privation de liberté - c'est que son utilisation ne soit pas appropriée, soit par les conditions foncières, soit par le contexte et la durée de la contention. Quelquefois, ces mesures de contention et d'isolement peuvent être dévoyées et prendre un volet plus coercitif que thérapeutique. Dans l'exercice de ma pratique, il a déjà fallu que je recadre certaines équipes en leur signifiant que ce n'était pas une mesure coercitive. (...) Il y a une grande nécessité d'avoir une guidance médicale sur ce sujet car ça peut très très vite tomber dans des mesures coercitives.* »

Le Dr LAMOTHE rappelle que « *la liberté d'aller et venir c'est la liberté de ne pas avoir un emploi du temps fixé et régi par d'autres, de ne pas respecter des contraintes de lieux associées à l'hospitalisation par exemple, mais cela peut aussi être associé au contrat de soin : le patient accepte de restreindre sa liberté d'aller et venir en participant aux activités proposées, en respectant les horaires, en l'échange du soin dont il a besoin.* » ⁵⁸²

327. Les points de vue des différents professionnels de santé et du droit sur la question de l'hospitalisation sous contrainte et de son atteinte à la liberté d'aller et venir oscillent entre l'aspect inévitable de cette constatation, l'aspect bénéfique d'une telle atteinte et les éventuels abus qu'implique l'hospitalisation (Section 1). Mais les mesures de contrôle précédemment évoquées sont-elles réellement pertinentes et suivies d'effet (Section 2) ?

Section 1. L'hospitalisation sous contrainte, par nature une atteinte quasi complète à la liberté d'aller et venir du patient

⁵⁷⁹ C. CORDIER, « Les manifestants du Printemps de la psychiatrie visent la "convergence des luttes hospitalières" », Hospimédia, publié le 21/03/19, <https://abonnes.hospimedia.fr/reportages/20190321-dialogue-social-la-mobilisation-du-printemps-de-la>

⁵⁸⁰ Entretien de Madame la Juge, Justine AUBRIOT, cf Annexe 36

⁵⁸¹ Entretien Karyn GUIARD, référente régionale santé mentale à l'ARS, cf Annexe 37

⁵⁸² Entretien Dr Pierre LAMOTHE, psychiatre lyonnais, cf Annexe 30

328. En France, les établissements publics de santé chargés de délivrer des soins psychiatriques sans consentement requièrent pour ce faire une qualification délivrée par l'ARS, après avis favorable du préfet⁵⁸³. Rappelons que les soins sans consentement ne peuvent être délivrés qu'à des patients souffrant d'un trouble psychique les empêchant de consentir aux soins dont ils ont besoin, et notamment une surveillance régulière ou constante (estimation faite par les médecins). Ces soins sans consentement peuvent être déclenchés de quatre façons différentes⁵⁸⁴ : à la demande d'un directeur d'établissement de santé, à la demande d'un représentant de l'Etat (SDRE) lorsque le malade menace la sécurité ou l'ordre public, à la demande d'un tiers (SDT), ou dans le cadre d'un péril imminent (SPI), sans nécessité d'une demande d'un tiers⁵⁸⁵. Dans le cadre de la SDT, le tiers peut être tout individu agissant dans l'intérêt du malade et justifiant de relation avec ce dernier, antérieures à la demande, sauf personnel soignant ayant suivi le patient auparavant⁵⁸⁶. Les SDRE incluent également deux sous-catégories spécifiques, les soins psychiatriques à destination des personnes déclarées pénalement irresponsables⁵⁸⁷ et les soins psychiatriques à destination des personnes détenues⁵⁸⁸.

329. Dans ce deuxième cas, les détenus ayant besoin de soins psychiatriques que leur centre pénitentiaire ne peut pas leur prodiguer, peuvent être temporairement transférés en unité psychiatrique, à l'hôpital, pour se soigner (au même titre que pour tout autre soin dont ils

⁵⁸³ Articles L3222-1 à L3222-6 du CSP, dans son "Chapitre II : Etablissements de santé chargés d'assurer les soins psychiatriques sans consentement"

⁵⁸⁴ Cf Annexe 6 : Schémas récapitulatif des différents soins psychiatriques sans consentement

⁵⁸⁵ Article L.3213-2 du CSP : *"En cas de danger imminent pour la sûreté des personnes, attesté par un avis médical, le maire et, à Paris, les commissaires de police arrêtent, à l'égard des personnes dont le comportement révèle des troubles mentaux manifestes, toutes les mesures provisoires nécessaires, à charge d'en référer dans les vingt-quatre heures au représentant de l'Etat dans le département qui statue sans délai et prononce, s'il y a lieu, un arrêté d'admission en soins psychiatriques dans les formes prévues à l'article L. 3213-1. Faute de décision du représentant de l'Etat, ces mesures provisoires sont caduques au terme d'une durée de quarante-huit heures. La période d'observation et de soins initiale mentionnée à l'article L. 3211-2-2 prend effet dès l'entrée en vigueur des mesures provisoires prévues au premier alinéa."*

⁵⁸⁶ Haute Autorité de Santé. "Modalités de prise de décision concernant l'indication en urgence d'une hospitalisation sans consentement d'une personne présentant des troubles mentaux". Saint-Denis La Plaine: HAS; 2005 ; HAS, "Programme de soins psychiatriques sans consentement", mars 2021 ; Thèse de Karine BÉRARD "Les soins psychiatriques sans consentement en droit contemporain", sous la direction de Guillaume Rousset. - Lyon : Université Jean Moulin (Lyon 3), 2017.

⁵⁸⁷ Article L3213-7 du CSP : *"Lorsque les autorités judiciaires estiment que l'état mental d'une personne qui a bénéficié, sur le fondement du premier alinéa de l'article 122-1 du code pénal, d'un classement sans suite, d'une décision d'irresponsabilité pénale ou d'un jugement ou arrêt de déclaration d'irresponsabilité pénale nécessite des soins et compromet la sûreté des personnes ou porte atteinte de façon grave à l'ordre public, elles avisent immédiatement la commission mentionnée à l'article L. 3222-5 du présent code ainsi que le représentant de l'Etat dans le département qui ordonne sans délai la production d'un certificat médical circonstancié portant sur l'état actuel du malade. (...) »*

⁵⁸⁸ Article L3214-1 du CSP : *"I.-Les personnes détenues souffrant de troubles mentaux font l'objet de soins psychiatriques avec leur consentement. Lorsque les personnes détenues en soins psychiatriques libres requièrent une hospitalisation à temps complet, celle-ci est réalisée dans un établissement de santé mentionné à l'article L. 3222-1 au sein d'une unité hospitalière spécialement aménagée. II.-Lorsque leurs troubles mentaux rendent impossible leur consentement, les personnes détenues peuvent faire l'objet de soins psychiatriques sans consentement en application de l'article L. 3214-3. (...) »*

pourraient avoir besoin, hors secteur psychiatrique d'ailleurs). Cependant, il existe des Unités hospitalières spécialement aménagées (UHSA) dans certaines prisons qui permettent de réaliser cette prise en charge sans qu'un transfert en hôpital psychiatrique classique soit nécessaire. Ces UHSA permettent d'hospitaliser le malade en soins libres ou en soins sans consentement suivant le degré de gravité de son trouble psychiatrique.⁵⁸⁹

330. Limité à l'origine à l'hospitalisation complète, les soins psychiatriques sans consentement peuvent, depuis la loi de 2011, être mis en œuvre dans le cadre des programmes de soins, hors hospitalisation. Ces programmes permettent de désengorger les hôpitaux et de réinsérer plus facilement le malade dans un cadre de vie plus « classique ». Cependant, comme exposé précédemment⁵⁹⁰ ces PDS ne peuvent être mis en place qu'à la suite d'une hospitalisation complète ; ils ne permettent donc pas de s'y soustraire mais seulement de s'en extraire plus tôt, potentiellement.

331. Rappelons que la problématique de la restriction des libertés individuelles du patient en psychiatrie a été légalement introduite par la loi de 1990⁵⁹¹. Rappelons également que les soins médicaux doivent, par principe, avoir cours à la suite de l'acceptation de ces derniers par le patient concerné, si cela est possible bien-sûr⁵⁹². C'est le rapport Strohl⁵⁹³ qui évoque plus en profondeur la frontière entre ces soins acceptés par le patient et ceux qu'il est contraint de subir : « *Un malade à qui on administre un traitement contre son gré reste un citoyen ordinaire, par exemple libre d'aller et venir, d'écrire, de sortir. Ce n'est que dans les situations spécifiques qu'il y a lieu d'appliquer des mesures de contrainte spécifique* ».

332. Initialement déjà, la loi du 27 Juin 1990 n'autorise l'hospitalisation sous contrainte que pour des états cliniques nécessitant une « *surveillance constante* »⁵⁹⁴. Or, en psychiatrie, bon nombre de patients sont dans le déni total de leur pathologie et refusent l'hospitalisation de ce fait, puisqu'ils ne peuvent en comprendre l'utilité. En outre, l'internement n'implique pas uniquement une simple privation de liberté d'aller et venir, mais plus globalement des atteintes multiples aux droits et libertés du patient. Ces atteintes sont légalement autorisées lorsqu'elles

⁵⁸⁹ Les UHSA sera développées dans la Partie III, Titre 1, Chapitre 2 de la présente thèse

⁵⁹⁰ Cf Partie I, Titre 1, Chapitre 2 de la présente thèse

⁵⁹¹ Article 326-3 du CSP : « *Lorsqu'une personne atteinte de troubles mentaux est hospitalisée sans son consentement, les restrictions à l'exercice de ses libertés individuelles doivent être limitées à celles qui sont nécessitées par son état de santé et la mise en œuvre de son traitement. En toutes circonstances, la dignité de la personne hospitalisée doit être respectée et sa réinsertion recherchée.* »

⁵⁹² Article L.326-2 du CSP : la personne en hospitalisation libre en psychiatrie « *dispose des mêmes droits liés à l'exercice des libertés individuelles que ceux qui sont reconnus aux malades hospitalisés pour une autre cause* »

⁵⁹³ Rapport Strohl, 1997, issu de l'évaluation de la loi du 27 juin 1990

⁵⁹⁴ Loi n° 90-527 du 27 juin 1990 relative aux droits et à la protection des personnes hospitalisées en raison de troubles mentaux et à leurs conditions d'hospitalisation. : Article L. 333 (Chapitre III, Section 1)

sont justifiées mais des abus restent néanmoins existants, et sources d'interrogation quant au bien-fondé de certaines mesures de soins sans consentement (Paragraphe 1). Ces débats, ont fini par déboucher sur de nouveaux objectifs gouvernementaux de restrictions des soins sous contrainte et notamment de l'hospitalisation sans consentement (Paragraphe 2).

Paragraphe 1. Les soins sous contrainte : une mesure liberticide, entre nécessité et controverse

333. Si l'hospitalisation sans consentement restreint considérablement la liberté d'aller et venir du patient, il s'agit d'un processus qui peut se justifier sur bien des points : garantir la sécurité et l'ordre publics, éviter tout risque pour le patient lui-même (blessure, fugue, suicide, etc.), garantir des soins appropriés et le suivi qui va avec, s'assurer également de la sécurité du personnel de santé et faciliter la prise en charge (planning, horaires de sorties, procédures claires, etc.).

334. L'hospitalisation sans consentement en elle-même n'est certes pas la seule référence de la restriction de la liberté d'aller et venir du patient. Cette mesure apporte un cadre parfois très poussé à cette restriction, notamment concernant les modalités de circulation ou non dans l'enceinte de l'établissement, la question des visites familiales, de l'autorisation ou non des appels téléphoniques ou de l'usage du portable, la prise d'objets à l'entrée en hospitalisation (clé de voiture par exemple), etc. D'abord très répressif, le contrat de soin est aussi une base écrite sur laquelle peut s'appuyer l'équipe soignante pour justifier les restrictions appliquées. Cependant, l'hospitalisation sous contrainte reste la forme la plus courante et connue de soin contraint (A), souvent sujet à controverse (B).

A. L'hospitalisation sans consentement, une forme de soin complète et nécessairement adaptable

335. Parmi les professionnels de santé et du droit ayant participé au recueil d'informations dans le cadre de cette thèse, tous s'accordent sur le bien-fondé de l'existence de l'hospitalisation sans consentement. Le tout est de savoir manier cette catégorie de soins, l'utiliser à bon escient et en assurer une surveillance efficace pour éviter tout abus, notamment concernant la liberté d'aller et venir des patients concernés⁵⁹⁵. Mais une problématique se pose inévitablement ; comment adapter la contrainte, et jauger la restriction de la liberté d'aller et venir, en fonction de la pathologie du patient ? (1) Cette catégorie de soin est, de plus, mal vue par le grand public

⁵⁹⁵Anne DARMSTADTER-DELMAS, *Les soins psychiatriques sans consentement*, LexisNexis, Avril 2017

et reste difficilement supporté par les proches qui sont pourtant souvent à l'origine de la demande (2).

1. L'hospitalisation sous contrainte : une adaptation compliquée en fonction de la pathologie du patient

336. En effet, la situation et la réponse à apporter à la problématique précédemment exposée ne sont pas la même suivant qu'il s'agisse d'un patient atteint de troubles du comportement ou de la conscience, d'un patient dément, dépressif, ou d'un malade psychotique délirant (souvent violent). Par extension, si l'on peut imaginer l'état d'égarement, de morcellement d'un psychotique en crise, il paraît tout à fait déraisonnable de lui conférer toute la liberté à laquelle il a droit en tant qu'individu et en tant que patient, puisque son état le rend perméable à toutes les imprudences et à toutes les infractions. Le trouble ou la maladie mentale peut donc justifier à elle-seule la nécessité de l'hospitalisation et l'atteinte à la liberté d'aller et venir du patient qu'elle engendre. Et nul besoin d'être psychotique pour que cette nécessité se fasse ressentir : un dépressif suicidaire a besoin d'une surveillance constante qui ne peut lui être proposée que dans le cadre de l'hospitalisation complète.⁵⁹⁶

337. Et, si l'hospitalisation complète trouve sa justification dans l'état du patient, elle peut aussi être un secours pour son entourage, sa famille. En effet, les proches ou membres de la famille sont le plus souvent à l'origine de la demande d'hospitalisation sans consentement du patient. Bien évidemment, ceux-ci sont tenus informés de l'évolution de la prise en charge, de l'hospitalisation puisqu'ils sont des acteurs importants du suivi des soins hors les murs de l'établissement accueillant le malade. Cependant, dans le cadre de l'hospitalisation, les visites et liens (contacts) avec les proches ou la famille peuvent être restreints voire interdits, pour le bien du patient. C'est une forme de restriction de la liberté d'aller et venir des proches eux-mêmes qui ne peuvent pas jouir d'un droit de visite à volonté. Si ces mesures sont souvent difficiles à vivre pour l'entourage comme pour le patient, elles sont aussi bénéfiques pour l'un en lui apportant un soutien et un soulagement, pour l'autre en lui permettant de se recentrer sur sa prise en charge et son évolution favorable voir sa guérison si possible⁵⁹⁷.

⁵⁹⁶ BELLAHSEN Mathieu, BRUNESSEAU Victor, KLOPP Serge, « Peut-on réellement se soigner sans consentement ? », *Soins Psychiatrie*, 2012, 33(281). ; BERENQUER Elodie, « La crise psychiatrique à l'hôpital. Enjeux moraux et politiques du traitement de l'épisode maniaque », *Anthropologie & Santé*, 2018, 16.

⁵⁹⁷ J. LIBBEY, rapport sur « Le soutien apporté à la famille de sujets présentant des signes précoces de schizophrénie », Conférence de consensus : schizophrénies débutantes, diagnostic et modalités thérapeutiques, 2003.

2. Une hospitalisation imposée au patient, au détriment de sa liberté d'aller et venir

338. Dans le cadre de l'hospitalisation sous contrainte, la demande n'émane évidemment pas du patient. Le plus souvent, la demande de soins est faite par un représentant de l'État ou par un tiers. Elle peut également être faite par le directeur de l'établissement psychiatrique en cas de péril imminent⁵⁹⁸, ou bien encore en cas d'urgence présentant un risque grave d'atteinte à l'intégrité physique de la personne⁵⁹⁹.

339. Sur la notion de tiers, cette dernière est définie au travers d'un arrêt du Conseil d'État rendu le 3 décembre 2003⁶⁰⁰, qui confirme que « *le tiers doit être en mesure de justifier de l'existence de relations antérieures à la demande lui donnant qualité pour agir dans l'intérêt de celui-ci* ». Cette notion de liens antérieurs avec le patient peut être problématique car l'isolement de certains patients peut rendre compliquée la recherche d'un tiers suffisamment proche pour d'accepter de signer la demande. De plus, même lorsque le patient n'est pas isolé les proches peuvent être réticents à signer une telle demande lourde de conséquences tant pour la personne nécessitant des soins que s'agissant de la relation entre le tiers et cette dernière⁶⁰¹. Cette définition de la notion de tiers a été reprise par l'EHESP dans le cadre d'un

⁵⁹⁸ Article L 3212-1 du CSP : « *Une personne atteinte de troubles mentaux ne peut être hospitalisée sans son consentement sur demande d'un tiers que si : 1° Ses troubles rendent impossible son consentement ; 2° Son état impose des soins immédiats assortis d'une surveillance constante en milieu hospitalier. La demande d'admission est présentée soit par un membre de la famille du malade, soit par une personne susceptible d'agir dans l'intérêt de celui-ci, à l'exclusion des personnels soignants dès lors qu'ils exercent dans l'établissement d'accueil. Cette demande doit être manuscrite et signée par la personne qui la formule. Si cette dernière ne sait pas écrire, la demande est reçue par le maire, le commissaire de police ou le directeur de l'établissement qui en donne acte. Elle comporte les nom, prénoms, profession, âge et domicile tant de la personne qui demande l'hospitalisation que de celle dont l'hospitalisation est demandée et l'indication de la nature des relations qui existent entre elles ainsi que, s'il y a lieu, de leur degré de parenté. La demande d'admission est accompagnée de deux certificats médicaux datant de moins de quinze jours et circonstanciés, attestant que les conditions prévues par les deuxième et troisième alinéas sont remplies. Le premier certificat médical ne peut être établi que par un médecin n'exerçant pas dans l'établissement accueillant le malade ; il constate l'état mental de la personne à soigner, indique les particularités de sa maladie et la nécessité de la faire hospitaliser sans son consentement. Il doit être confirmé par un certificat d'un deuxième médecin qui peut exercer dans l'établissement accueillant le malade. Les deux médecins ne peuvent être parents ou alliés, au quatrième degré inclusivement, ni entre eux, ni des directeurs des établissements mentionnés à l'article L. 3222-1, ni de la personne ayant demandé l'hospitalisation ou de la personne hospitalisée.*»

⁵⁹⁹ Article L 3212-3 du CSP : « *A titre exceptionnel et en cas de péril imminent pour la santé du malade dûment constaté par le médecin, le directeur de l'établissement peut prononcer l'admission au vu d'un seul certificat médical émanant éventuellement d'un médecin exerçant dans l'établissement d'accueil.*»

⁶⁰⁰ CE, 1ère et 2ème sous-sections, 3 décembre 2003, Centre Hospitalier spécialisé de Caen, n°244867, publié au recueil Lebon : « *Il résulte des dispositions de l'article L. 333 du code de la santé publique, repris à l'article L. 3212-1, que la décision d'hospitalisation sans son consentement d'une personne atteinte de troubles mentaux ne peut être prise sur demande d'un tiers que si celui-ci, à défaut de pouvoir faire état d'un lien de parenté avec le malade, est en mesure de justifier de l'existence de relations antérieures à la demande lui donnant qualité pour agir dans l'intérêt de celui-ci.*»

⁶⁰¹ LEBRUN Pierre-Brice, LARAN Sandrine, « Chapitre 37. Les soins psychiatriques sans consentement », dans : , Droit en action sociale et médico-sociale. En 45 notions, sous la direction de LEBRUN Pierre-Brice, LARAN Sandrine. Paris, Dunod, « Aide-Mémoire », 2021, p. 267-282. URL : <https://www.cairn.info/droit-en-action-sociale-et-medico-sociale--9782100704606-page-267.htm>

module interprofessionnel de santé publique rédigé en 2009 comme étant « *toute personne agissant dans l'intérêt du patient qui doit pouvoir justifier de liens antérieurs avec le patient* ». ⁶⁰²

340. La demande peut également être à l'initiative d'un représentant de l'État. Tout comme dans le cas de la demande faite par un tiers il faut que la personne présente bien évidemment des troubles mentaux nécessitant des soins, cependant il ne suffit pas que la personne malade ait besoin des soins de façon immédiate. Le représentant de l'État ne peut se saisir d'une telle problématique que si la sûreté des personnes est compromise ou qu'une atteinte grave à l'ordre public est caractérisée. En effet, cette nécessité de l'existence d'un trouble à l'ordre public a été confirmé dans un arrêt de la première chambre civile de la Cour de cassation du 18 mars 2015, dans lequel elle rappelle que « *manque de base légale la décision d'un premier président qui ordonne la poursuite de l'hospitalisation complète sans constater que la personne hospitalisée dans le cadre d'une décision du représentant de l'Etat souffrait de troubles mentaux compromettant la sûreté des personnes ou portant gravement atteinte à l'ordre public.* » ⁶⁰³

Le représentant de l'État compétent pour ce type de procédure est par principe le préfet du département, sa compétence est définie par le Code de la Santé Publique dans son article L 3213-1. Par exception, le maire peut également être compétent afin d'effectuer une demande d'hospitalisation sous contrainte, cependant il ne peut le faire qu'en cas de péril imminent. Cette demande devra être confirmée par le préfet du département, par la suite.

341. La demande d'hospitalisation sans consentement peut également émaner de l'autorité judiciaire dans le cadre d'une décision d'irresponsabilité pénale prise par cette dernière. Dans le cas particulier de ces personnes placées en hospitalisation contrainte sous main de justice, l'article L. 3214-1 du Code de la santé publique dispose que :

« *I.-Les personnes détenues admises en soins psychiatriques en application du présent chapitre ne peuvent l'être que sous la forme d'une hospitalisation complète.*

II.-L'hospitalisation en soins psychiatriques d'une personne détenue atteinte de troubles mentaux est réalisée dans un établissement de santé mentionné à l'article L. 3222-1 au sein d'une unité hospitalière spécialement aménagée ou, sur la base d'un certificat médical, au sein d'une unité pour malades difficiles mentionnée à l'article L. 3222-3. » ⁶⁰⁴

B. L'hospitalisation sans consentement, une forme de soins liberticide controversée

⁶⁰² EHESP, Module Interprofessionnel de Santé Publique, « L'hospitalisation sans consentement : problématique d'une décision adaptée et éthiquement acceptable », 2009.

⁶⁰³ Anne DARMSTADTER-DELMAS, *Les soins psychiatriques sans consentement*, LexisNexis, Avril 2017, résumé de la décision Cass, Civ.1, 18 mars 2015, n°14-15.613, V. n°267

⁶⁰⁴ Les détails de la procédure et de la réglementation en vigueur seront développés dans le Chapitre suivant de la présente thèse.

342. Plusieurs études⁶⁰⁵ démontrent que les patients ayant subi des soins sous contraintes ont ressenti au moins une fois (au moment de l'hospitalisation) un sentiment d'impuissance, de colère, d'injustice, une impression de violation de leur intégrité physique, une perte de confiance en eux, un sentiment de peur, d'anxiété, de méfiance, et un repli sur eux-mêmes (dû à la limitation de leurs contacts sociaux). Bien que le cadre liberticide imposé par l'hospitalisation sans consentement résulte d'une volonté médicale de « bien faire », pour le bien être du patient (1), il apparaît que, chez la plupart d'entre eux, tout ou partie de ces impressions persistent après l'hospitalisation, et ce même s'il réalise après que de la nécessité de son hospitalisation (2).

1. La recherche de modèle idéal dans l'hospitalisation contrainte

343. Bien qu'il existe très peu d'études approfondies concernant le ressenti et le vécu du patient vis-à-vis des soins contraints, le souci de leur bien-être ou tout de mieux d'une prise en charge digne et bénéfique à leur égard anime les théoriciens depuis longtemps. On trouve ainsi plusieurs modèles de prise en charge visant à inclure au maximum le malade dans son processus de soin, ce qui implique de le contraindre au minimum puisqu'il deviendra le premier acteur de son hospitalisation. C'est le cas, par exemple, du modèle de « la relation thérapeutique »⁶⁰⁶ qui revêt trois objectifs graduels : la relation de confiance soignant/malade, la relation thérapeutique, puis l'alliance thérapeutique (stade ultime de travail en osmose avec le patient concernant ses soins). C'est également le cas du modèle de « pouvoir psychiatrique »⁶⁰⁷ qui consiste à attirer le malade désordonné (au départ), par le biais de la discipline, de règles, de rituels, pour le faire revenir dans le droit chemin. En outre, la discipline dans ce modèle permettait aussi l'élaboration des savoirs médicaux par une observation stricte et efficace du patient. Ce modèle considère aussi l'hôpital comme le lieu et le moyen de guérison (les murs), en tant qu'environnement protecteur pour le patient qui lui redonne des normes, un cadre, un rituel de vie qui lui permet d'exister de manière censée.

⁶⁰⁵ J. MONAHAN et al., "Coercion and commitment: understanding involuntary mental hospital admission.", *International Journal of Law and Psychiatry*, 1995 ; H. SEQUEIRA & S. HALSTEAD, "Control and restraint in the UK: service user perspectives.", *The British Journal of Forensic Practice*, 2002 ; G. NEWTON-HOWES & R. MULLEN, "Coercion in psychiatric care : systematic review of correlates and themes. *Psychiatric Services*, 2011 ; F-H OUTLAW & B-J LOWERY, "An attributional study of seclusion and restraint of psychiatric patients.", *Archives of Psychiatric Nursing*, 1994 ; R. WYNN, "Coercion in psychiatric care: clinical, legal, and ethical controversies.", *International Journal of Psychiatry in Clinical Practice*, 2006.

⁶⁰⁶ W. MOYLE, "Nurse-patient relationship : A dichotomy of expectations.", *International Journal of Mental Health Nursing*, 2003 ; R. McCABE & S. PRIEBE, "The therapeutic relationship in the treatment of severe mental illness : a review of methods and findings.", *International Journal of Social Psychiatry*, 2004 ; C. STOCKMANN, "A literature review of the progress of the psychiatric nurse-patient relationship as described by Peplau.", *Issues in Mental Health Nursing*, 2005 ; W. MEISSNER, "Therapeutic alliance: Theme and variations.", *Psychoanalytic Psychology*, 2007

⁶⁰⁷ Principalement théorisé par FOUCAULT.

2. L'hospitalisation contrainte : une absence de liberté d'aller et venir impactant le comportement du patient

344. Une étude publiée en 2016⁶⁰⁸ a permis de mettre en évidence six phénomènes qui semblent communs aux patients hospitalisés sans leur consentement. Le premier phénomène est la « rupture », directement lié à sa privation de liberté d'aller et venir : tous les patients ont quelque chose à dire concernant leur arrivée à l'hôpital (souvent marquante). Certains se sont senti « extrait » de leur milieu naturel (patient n°3 de l'étude : « *ils m'ont attrapé, enlevé* »), d'autres manifestent une incompréhension (patient n°2 de l'étude : « *ils ont appelé l'ambulance (...) je ne savais pas ce qu'ils voulaient faire.* »). D'autres se sont d'emblée senti contraint, empêchés dans des actes qui leurs paraissent primordiaux (patient n°1 de l'étude : « *parce que pour des gens comme moi il faut de l'eau pour se purifier* »). Pour certains, c'est un sentiment de perte de contrôle qui les a envahis (patient n°5 de l'étude : « *je suis tenu d'être à l'heure aux repas, (...) je dois à chaque fois demander la permission pour sortir. (...) Je me suis sentie comme une marionnette, avec une perte totale de maîtrise de ma vie.* »). D'autres enfin se sont sentis stigmatisés (patient n°1 de l'étude : « *l'impression d'être une bête curieuse* »). Ce qui ressort finalement de cette idée de rupture est le sentiment d'incertitude du patient⁶⁰⁹, ainsi que son ressenti d'inconfort⁶¹⁰.

345. Le deuxième phénomène est la « judiciarisation du lien » (lien patient-soignant). Les patients font régulièrement une analogie, voire un amalgame entre l'hôpital psychiatrique (dans le cadre de leur hospitalisation sous contrainte) et la prison, en expliquant que le cadre hospitalier est si fermé qu'il leur fait penser au milieu carcéral (là encore, la liberté d'aller et venir est impactée). Ils réagissent donc en objectant toute faute (patient n°1 : « *je n'ai ni tué, ni volé* »), ils se sentent jugés (patient n°8 : « *je me retrouve ici contre mon gré* ») et condamnés à la peine d'hospitalisation (patient n°3 : « *c'est des mensonges éhontés* » en parlant de ce qu'il considère comme la faute l'ayant conduit à cette peine d'enfermement). Cette judiciarisation

⁶⁰⁸ Thèse de Marilyne ABT, « *Sortir à tout prix* », *Perspectives des patients hospitalisés sous contrainte en psychiatrie : une étude par théorisation ancrée*, Université de lausanne, 2016.

Étude réalisée à l'Hôpital du Nord Vaudois à Yverdon-les-Bains, auprès de 11 patients, via des entretiens semi-directifs.

⁶⁰⁹ M-H MISHEL. "Uncertainty in illness", *The Journal of Nursing Scholarship*. 1988.

⁶¹⁰ P. SOININEN, M. VÄLIMÄKI, T. NODA, P. PUUKKA, J. KORKEILA, G. JOFFE, et al., " Secluded and restrained patients' perceptions of their treatment.", *International Journal of Mental Health Nursing*, 2013.

fait référence à la réglementation qui entoure toute la relation thérapeutique⁶¹¹ et le rapport de pouvoir⁶¹² qu'elle implique finalement, en plaçant presque la justice au-dessus du soin⁶¹³.

346. Le troisième phénomène est « la nébuleuse du “ ils⁶¹⁴ ” ». Ce « ils », représente chez les patients le désir de l'autre (et, par extension, pas le leur, comme l'expose le patient n°1 : « *ils ont peur que je cause* » ou le patient n°6 : « *s'ils estiment que c'est la meilleure des choses à faire* »), ou encore une atteinte personnelle à son encontre (patient n°2 : « *ils ont fait exprès d'être un peu agressifs* », patient n°8 : « *ils ont rompu la confiance* »). Finalement, par extension, ce « ils » représente la stigmatisation du malade psychiatrique⁶¹⁵, l'impact de la société (ou pouvoir social)⁶¹⁶ sur la vision que l'on peut avoir de lui, et la paranoïa du patient lui-même qui peut altérer son interprétation⁶¹⁷ vis-à-vis de l'hospitalisation.

347. Le quatrième phénomène est « le cadre » imposé par l'hospitalisation sans consentement qui confronte le patient à lui-même et l'oblige à se regarder autrement. Il se manifeste chez le patient par une réflexion sur son rapport à lui-même (patient n°7 : « *je peux vous dire qu'une vie de schizo-affectif c'est pas facile (...) moi je suis comme une éponge* »), sur son rapport à la situation et à l'avenir (patient n°9 : « *dans les circonstances actuelles, il ne m'est pas possible de voir bien loin* »), sur ses croyances vis-à-vis de sa pathologie, s'il en a conscience (patient n°4 : « *je pense que j'ai passé un certain stade* »), sur son rapport au temps (patient n°1 : « *ils ont gâché ma vie depuis 1976* »), et sur les bienfaits de l'hospitalisation après coup (patient n°10 : « *finalement, je pense que cela m'a fait du bien* »). Ce cadre très fermé, restreignant sa liberté d'aller et venir, peut amener d'abord une surcharge émotionnelle⁶¹⁸, un stress, chez le patient.

348. Le cinquième phénomène est « la stratégie pour une bataille », c'est-à-dire tout ce que le patient va mettre en place pour réagir à ce qu'il est en train de vivre, la victoire étant la sortie : recouvrer sa pleine liberté et notamment sa liberté d'aller et venir. Tout tourne autour de ce but à atteindre, et cela se manifeste en trois points essentiels : les attitudes (résignation du

⁶¹¹ H. SEQUEIRA et al., “Control and restraint in the UK: service user perspectives.”, *The British Journal of Forensic Practice*, 2002

⁶¹² P. REY-BELLET et al., « Hospitalisations non volontaires à Genève : la liberté sous contrainte ? », *Schweizer Archiv Fur Neurologie Und Psychiatrie*, 2010

⁶¹³ Point qui sera explicité en Titre 2 de la présente Partie.

⁶¹⁴ Définition : nombre indéterminé de personnes qu'on préfère ne pas mentionner ou qu'il est inutile de nommer, mais que l'on tient pour responsable de l'action désignée par le verbe.

Source : M. ABT, elle-même, lors d'une présentation de son étude lors de la 6^e rencontre de la recherche en soins en psychiatrie, 23-24/01/2020, Lyon

⁶¹⁵ E. GOFFMAN et al., *Stigmate : les usages sociaux des handicaps*, Paris, Les éd. de minuit, 1975

⁶¹⁶ M. OTERO, *Société, psychiatrie et justice au Québec : de la désinstitutionnalisation à la déjudiciarisation.*, Le partenaire, 2010

⁶¹⁷ S. TRIBOLET et al., *Nouveau précis de sémiologie des troubles psychiques*, Paris, ed Heures de France, 2005.

⁶¹⁸ C. DEJOURS, *Aliénation et clinique du travail*, Paris, PUF, 2006.

patient n°9 : « *on se fait une raison* », passivité du patient n°4 : « *je me réfugie dans le sommeil* », les comportements ou réaction par les actes en s'opposant à la contrainte (patient n°5 : « *plus on met de pression plus j'ai envie de sortir du cadre* »), ou le combat de manière plus poussée encore (patient n°7 : « *au début, je cassais tout ici, j'ai réussi à péter la porte bivalve. Il y avait tellement de haine en moi* »). Le problème de la mise en place d'une stratégie par le patient est l'enfermement de ce dernier dans un jeu de rôle qui n'est pas réellement une forme d'évolution de son état de santé dans le fond ; c'est une stratégie de coping⁶¹⁹ ni plus ni moins.

349. Le dernier phénomène est « le mythe du bon patient ». Il y a une sorte de construction du mythe de la part du patient lui-même qui finit par se demander ce qu'on attend de lui. Il construit ce qu'il pense être cette attente (patient n°2 : « *que je me sente bien je pense* »), il tente de se constituer en tant qu'être « normal » et répond donc positivement à l'injonction de soin (patient n°10 : « *il faut que je reste les pieds sur terre parce que j'ai trop tendance à être dans la lune* »), dans le but de bien faire (patient n°11 : « *je suis tranquille, je ne cherche pas à partir* »). Tous ces phénomènes sont en lien constant. On ne peut pas leur donner d'ordre, le patient oscille entre chacun d'entre eux tout au long de son hospitalisation et même après, parfois. Finalement, par cette analogie mythique, le patient en vient à se résigner de façon opportuniste⁶²⁰ au soin auquel il est contraint, contrainte qui en vient finalement à être presque normalisée⁶²¹, avec une sorte de mise en place de jeu des règles (ce que le patient prend conscience de pouvoir faire ou pas, et dont il va se servir pour sortir, sans forcément de conviction réelle).

350. Le constat de cette étude apporte une base de réflexion à l'encontre du concept de l'hospitalisation sans consentement et ses bénéfiques, d'autant plus au regard des abus qui y sont parfois constatés et de l'impact direct de la restriction de la liberté d'aller et de venir sur ces patients.

Paragraphe 2. L'hospitalisation sans consentement : une controverse liée à son caractère liberticide, à l'origine d'une tendance décroissante ?

⁶¹⁹ R-S LAZARUS & R. LAUNIER, “*Stress-related transactions between person and environment.*”, in “*Perspectives in interactional psychology*”, New York, ed Springer US, 1978. p. 287-327 : “ *finalement, aucune stratégie de coping n'est efficace en soit. Il n'y a que peu de choix : accepter et être d'accord (dans ce cas-là la contrainte est perçue comme une protection), se battre et résister (dans ce cas-là la contrainte est associée à la perte de contrôle de la situation) ou se résigner et laisser faire.* »

⁶²⁰ G-F. LOREM et al, “*Good coercion: Patients' moral evaluation of coercion in mental health care.*”, *International journal of mental health nursing*, 2015

⁶²¹ D. HOLMES et al., “*The mentally ill and social exclusion: a critical examination of the use of seclusion from the patient's perspective.*”, *Issues in mental health nursing*, 2004

351. Dans une démarche éthique d'humanisation de la prise en charge psychiatrique, il est légitime de se poser la question de l'impact d'une hospitalisation contrainte sur le patient. Comme évoqué précédemment, il est fréquent que le malade hospitalisé sous cette forme ne soit pas en mesure (psychologiquement parlant) d'en comprendre la raison ni la nécessité. Pour autant, celles-ci sont bien réelles. La controverse ne réside donc pas tant sur une question de fond – l'hospitalisation en elle-même est-elle souhaitable ? – mais plutôt sur des questions de formes⁶²², avec un certain nombre d'abus recensés concernant la liberté d'aller et de venir des patients notamment (A), ayant conduit à un questionnement quant à son utilisation parfois trop fréquente (B).

A. L'hospitalisation sans consentement, objet de controverses

352. Si l'hospitalisation sans consentement est sans doute nécessaire pour soigner tout patient qui n'a pas conscience de son mal, qui ne s'est pas en mesure de prendre soin de lui ou qui représente un danger pour les autres, le cadre de l'hospitalisation quant à elle, est sujette à de nombreuses critiques (1) fondées sur des débordements majeurs, encore d'actualité (2).

1. La controverse autour des fermetures abusives des services d'hospitalisation sans consentement

353. S'essayer à un bilan précis du degré d'ouverture ou de fermeture des services s'avère très difficile. En effet, si certains services doivent par principe être ouverts, comme les urgences psychiatriques, et certains fermés comme les unités pour malades difficiles (UMD), il apparaît que des abus de fermetures des services ouverts sont fréquemment pratiqués. Évidemment, il est très difficile d'évaluer objectivement le nombre de services qui pratiquent ces méthodes de restriction de liberté d'aller et venir abusives. C'est pourtant une réalité de terrain que rapportent les soignants eux-mêmes : « *L'unité dans laquelle j'exerce est une unité "ouverte", ce qui veut dire que la porte du service doit être ouverte afin que les patients puissent sortir dans le parc de l'hôpital comme ils le veulent. Or, elle est constamment fermée, sur décision médicale, de peur que certains patients qui n'ont pas le droit de sortir de l'unité (leur cadre de soin établi par le médecin ne leur permet pas) fuguent de l'hôpital. Ce sont alors les infirmiers et aide soignants qui ouvrent, ou non, la porte du service aux patients.* »⁶²³ Bon nombre de psychiatres font état d'un même constat : « *L'ensemble des patients admis dans cette singulière unité commençaient par séjourner en chambre individuelle, la porte fermée à clef pendant plus d'une semaine, à l'isolement. On racontait que ce fonctionnement répondait à un protocole connu.*

⁶²² C. BARTHELEMY, "Éthique de la contrainte en psychiatrie", *L'Information Psychiatrique*, 2003;79(7):577-582. Certaines parties de ce texte ont été exposées et développées dans le rapport L'homme et la folie présenté par l'auteur aux États-Généraux de la psychiatrie (Montpellier, 6 juin 2003).

⁶²³ Interview Sophie DELANNE, infirmière en service d'accueil à l'Hôpital de Vinatier, Lyon

Les patients hospitalisés librement subissaient le même sort. (...) Je retiens avant tout de ce stage d'internat le silence complice dont faisait preuve l'ensemble du personnel de l'hôpital, au courant de ce scandaleux fonctionnement, tous convaincus de l'impossibilité de faire évoluer quoi que ce soit. »⁶²⁴

354. Les Dr ALESZRAH et BOBILLO avaient réalisé une enquête portant sur les différences entre services ouverts et fermés, qu'ils avaient rendue publique⁶²⁵. Cette étude avait été menée sur 189 secteurs psychiatriques, via un questionnaire qui avait été diffusé auprès des médecins-chefs de 835 services de psychiatrie répertoriés en France, en avril 2003. Mais ce questionnaire n'ayant pas été rendu obligatoire, il apparaît que les résultats sont biaisés puisque, en toute logique, seuls les praticiens se sentant concernés par le problème ont rendu réponse. La surreprésentation des services « ouverts » est sûrement très importante par rapport à la réalité de la situation au moment de ce recueil d'informations. Cependant, les résultats restent alarmants : sur les 68 services ayant répondu n'avoir que des unités « ouvertes », seulement 19 ont assuré qu'elles restaient ouvertes en permanence. Pour les autres, il a été admis que ces unités ouvertes étaient en réalité « fermables » à volonté. Cela ne représente pas plus de 10%, un constat sans appel. Comme le déclare Madame DELANNE, infirmière, cette fermeture se justifie le plus souvent par un manque d'effectif suffisant de personnel soignant, nécessaire pour surveiller les aller et venu, s'assurer de l'absence de danger pour les patients, surveiller l'absence de fugue, etc.⁶²⁶ Les Dr ALESZRAH et BOBILLO concluaient déjà cette enquête en 2003 en précisant que, « *après un large mouvement d'ouverture de nos services, amorcé il y a près de trente ans, il semble qu'on assiste à un retour aux « portes fermées » souvent au nom du « principe de précaution ».* »

355. En 2009 déjà, Jean-Marie DELARUE, contrôleur général des lieux de privation de liberté s'exprimait sur cette problématique des fermetures de services censés restés ouverts : « *Il n'y a pas de données générales et globales. Nous, devant cette question, nous faisons comme d'habitude, nous avons visité plus d'une vingtaine d'établissements psychiatriques. Des visites approfondies sur plusieurs jours. Et le premier constat que l'on a pu faire, c'est que l'on avait du mal à faire la distinction entre les patients hospitalisés sous contrainte et ceux hospitalisés libres. Nous avons ensuite examiné la manière dont ils sont enfermés en matière de respect des droits, de leur liberté de mouvement, d'accès aux cultes ou au courrier. Au*

⁶²⁴ NAJMAN T., *Lieu d'asile : Manifeste pour une autre psychiatrie*, ed Odile Jacob, 2015 : Ce psychiatre, loin d'être un antipsychiatre, dénonce cependant les travers de la société à l'origine du dysfonctionnement de la psychiatrie française. Cette citation est tirée d'un récit d'un de ses stages en tant qu'interne en psychiatrie (il ne donne pas le nom ni le lieu de l'établissement dont il est question en l'espèce). ; BERNARDET Philippe, *Les dossiers noirs de l'internement psychiatrique*, Paris, Fayard, 1989

⁶²⁵ Dr C. ALESZRAH & Dr J-M BOBILLO, « Portes ouvertes ou fermées en hospitalisation temps plein, 2003, encadrée par l'Association Nationale des Psychiatres Présidents et Vice-Présidents de CME

⁶²⁶ Idem 312

départ, nous n'avons aucun a priori. Et finalement ? En matière d'isolement et de contention, nous avons été frappés par la grande variété des pratiques entre les établissements, mais aussi à l'intérieur d'un même lieu. (...) D'autres éléments peuvent poser problème. Comme, dans certains endroits, cette mise systématique en pyjama pendant quelques jours des patients, pour qu'ils ne fuguent pas. Dans des endroits, le courrier est systématiquement ouvert et lu. »⁶²⁷

2. Des abus récents encore constatés

356. Plus récemment, le cas du centre de santé mentale Jean-Baptiste-Pussin à Lens a marqué les esprits. Le CGLPL ayant constaté des dysfonctionnements « d'une particulière gravité » persistants (car ayant déjà été signalés à plusieurs reprises auparavant), a ordonné la mise en œuvre de mesures urgentes au sein de cet établissement afin de garantir le respect des droits des patients qui y sont hospitalisés en soins libres ou contraints. En effet, six visites effectuées entre les 10 et 14 janvier 2022 ont mis en évidence plusieurs atteintes sérieuses à la dignité des patients et à leurs droits et libertés fondamentales. Les conclusions du CGLPL ont été publiées au Journal Officiel le 1^{er} mars 2022 et dispose que ces graves agissements – et anciens - étaient dénoncés depuis des années par la commission départementale des soins psychiatriques, qui pointait tout particulièrement du doigt l'absence de pilotage global de l'établissement de Lens. Parmi les débordements signalés dans cet établissement, l'absence de liberté d'aller et venir est un élément central. Les malades séjournant « même en soins libres ne peuvent aller et venir librement ». Ils sont apparemment enfermés la majeure partie du temps, de jour comme de nuit, "alors que les locaux disposent d'un potentiel certain, avec des espaces extérieurs qu'il est possible d'ouvrir vers des terrains de sport voisins du site, avec une cafétéria et diverses salles d'activités »⁶²⁸.

357. En juin 2016, la HAS avait pourtant déjà dénoncé cette pratique. Par exemple, le 10 janvier, au premier contrôle, sur les 71 patients hospitalisés, 66 étaient en soins libres et pourtant ainsi privés de leur liberté d'aller et venir. Pour garantir cette dernière, les patients doivent pouvoir verrouiller et déverrouiller librement leur chambre et leur salle de bain, et disposer d'un système d'appel des soignants fonctionnel. Or, ce système d'appel avait été désactivé volontairement dans tout le service, son utilisation ayant été jugée excessive par le personnel médical. Les patients doivent également disposer d'eau chaude à volonté, de chauffage, dans le souci de leur bien-être et du respect de leur personne.⁶²⁹ Il a également été constaté un système de soins défaillant, avec une absence de réels projets à cet effet dans les différentes unités, sans

⁶²⁷ Journal *Libération*, « L'enfermement revient en force dans les hôpitaux psychiatriques », novembre 2009.

⁶²⁸ Recommandations en urgence du Contrôleur général des lieux de privation de liberté du 1^{er} février 2022 relatives au centre de santé mentale Jean-Baptiste-Pussin à Lens (Pas-de-Calais), publié au JO, n°0050, 01/03/2022, <https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFSCATA000045269781>

⁶²⁹ Op. cit. Ces éléments sont rappelés dans les recommandations du CGLPL

oublier les décisions médicales qui, bien que prises, ne sont pas toujours suivies d'effet. Dans les recommandations du CGLPL ayant résulté de cet état des lieux, il est également rappelé que, pour garantir la liberté d'aller et venir du patient (autant que faire se peut), « *le recours à la force pour administrer des traitements doit être proscrit sauf en cas de risque immédiat ou imminent* » et les mesures de soins sans consentement utilisées de manière « *nécessaires et proportionnées aux besoins que requiert leur état de santé* ».

B. Un état des lieux alarmant débouchant sur des objectifs prometteurs, en faveur de la liberté d'aller et venir des patients

358. Parmi les 425 000 patients pris en charge en soins à temps complet ou partiel en 2018, le type de prise en charge à temps complet concerne 340 000 d'entre eux, ce qui représente un total de 18,3 millions de journées d'hospitalisation. 92% de ce volume d'activité est réalisé par les hospitalisations à temps plein, dont la durée moyenne d'hospitalisation est de 54 jours par an⁶³⁰. Cependant, si l'hospitalisation à temps complet implique en majorité les hospitalisations sans consentement, elle comporte également d'autres catégories : les hospitalisations complètes librement décidées par le patient, les centres de postcure⁶³¹, les appartements thérapeutiques⁶³², l'accueil familial thérapeutique⁶³³ et l'hospitalisation à domicile.

359. Pour cibler davantage les soins contraints, rappelons que sur les 424 000 patients soignés pour des affections psychiatriques chaque année en France, 82 000 le sont sous la forme d'une hospitalisation sans consentement. La part des patients soignés en établissement sans leur consentement représente donc un peu moins de 20 % des patients soignés sur le territoire français pour des troubles psychiatriques, tout mode de traitement confondus, de celui représentant le moins de privation de la liberté d'aller et venir à celui le plus contraignant qu'est l'hospitalisation sans consentement à temps plein en établissement.⁶³⁴ Dans le cas de l'hospitalisation sans consentement, le constat sur les quinze dernières années reste celui d'une

⁶³⁰ DREES, « Fiche 16 : Les patients suivis en psychiatrie », édition 2020, <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/sites/default/files/2021-01/Fiche%2016%20-%20Les%20patients%20suivis%20en%20psychiatrie%20.pdf>

⁶³¹ Unités de moyen séjour permettant d'assurer un prolongement des soins actifs et un suivi de la délivrance des traitements, après la phase d'hospitalisation complète (phase la plus grave d'expression de la maladie), et avant le retour à une pleine autonomie pour le patient.

⁶³² Environnement de soins hors milieu hospitalier, se présentant sous forme d'appartements mis à disposition des malades pour favoriser leur retour à domicile et le regain de leur pleine autonomie. L'équipe de soin veille à l'apprentissage des gestes et actions du quotidien et offre un cadre rassurant au malade.

⁶³³ Il s'agit d'un placement du patient (quel que soit son âge) dans une famille d'accueil, pour ceux dont le retour dans leur propre famille ne serait pas souhaitable ou possible.

⁶³⁴ Chiffres de l'ATIH (Agence Technique de l'Information sur l'Hospitalisation) Fiche « Psychiatrie Chiffre Clés » année 2018, mise à jour le 26 juin 2019.

hausse importante du recours à cette catégorie de soins (1), parfois de manière inappropriée (2). Néanmoins, la tendance est à la baisse depuis la fin de la crise Covid (3).

1. Dernière décennie : un constat de hausse du recours à l'hospitalisation sous contrainte

360. L'étude de la démographe Magali COLDEFY rapporte qu'en 2016, en France, 92 000 patients ont été hospitalisés en secteur psychiatrique sans leur consentement. C'est 12 000 de plus qu'en 2012. Les soins sans consentement plus globalement sont également en hausse (au-delà du simple cadre de l'hospitalisation) : « *Alors qu'en 2012, 4,8 % des patients étaient suivis sans leur consentement, ils représentent 5,4 % des patients en 2015* »⁶³⁵. Cette hausse visible entre 2012 et 2016 faisait déjà suite à une augmentation de presque 50% du nombre d'hospitalisation sous contrainte en psychiatrie entre 2006 et 2011⁶³⁶. Pour la démographe, deux raisons principales expliquent cette hausse globalement constante. Il y a tout d'abord « *l'extension des modalités de prise en charge sans consentement aux soins ambulatoires et à temps partiel* »⁶³⁷. En effet, le patient peut également être contraint aux soins dans le cadre de son domicile et plus seulement à l'hôpital⁶³⁸. La deuxième raison est la mise en place d'un nouveau mode de mise en hospitalisation sans consentement : les soins psychiatriques pour péril imminent (SPI), évoqué en préambule du présent chapitre, qui ne nécessite pas l'intervention d'un tiers mais seulement deux certificats médicaux.⁶³⁹ Selon Madame COLDEFY, « *initialement destinée aux personnes désocialisées ou isolées pour lesquelles il était difficile de recueillir la demande d'un tiers, cette mesure connaît une montée en charge qui dépasse la procédure d'exception.* »⁶⁴⁰

2. Le cas particulier du SPI

361. En effet, le constat qui reste sans doute le plus alarmant est ce recours trop fréquent aux soins en cas de péril imminent, censé rester une mesure d'exception (en cas d'absence d'un tiers

⁶³⁵ M. COLDEFY, « Les soins sans consentement en psychiatrie », revue de l'Institut de recherche et de documentation en économie de la santé, février 2017.

⁶³⁶ E. FAVEREAU, « Psychiatrie : un bond des hospitalisations sous contrainte », Libération, 02/06/13, mis à jour le 03/06/13, https://www.liberation.fr/societe/2013/06/02/psychiatrie-un-bond-des-hospitalisations-sous-contrainte_907652/

⁶³⁷ E. FAVEREAU, « Les chiffres affolants des soins psy sans consentement », Libération, 15/02/2017, https://www.liberation.fr/france/2017/02/15/les-chiffres-affolants-des-soins-psy-sans-consentement_1548756/#:~:text=Ce%20ont%20pr%C3%A8s%20de%20100,d'autres%20fois%20plusieurs%20semaines.

⁶³⁸ « *Ainsi, en 2015, près de 37 000 personnes ont eu des soins ambulatoires obligatoires, soit 40 % des personnes ayant reçu un traitement sans consentement.* » : référence idem 359

⁶³⁹ Ce mode d'hospitalisation et sa procédure seront détaillés au Titre 2, Chapitre 1, Section 1 de la présente thèse.

⁶⁴⁰ Idem 324

pouvant être à l'origine de la demande de soins contraints, réservé le plus souvent aux personnes isolées socialement et uniquement en cas de nécessité absolue face à une mise en péril du patient). En effet, environ un quart des patients ayant été suivis au moins une fois en soins sans consentement en 2021 l'ont été via la procédure de soins en cas de péril imminent (SPI). Depuis la mise en place de cette nouvelle catégorie de soins contraints, via la loi de 2011, le nombre de malades ayant été admis par le biais de ce type d'admission n'a cessé d'augmenter. En 2021, il s'agissait du deuxième mode légal d'admission en soins sans consentement le plus utilisé, soit une augmentation de 186% depuis 2012. La première place est détenue par les soins sur demande d'un tiers (SDT). En 2020, durant la crise Covid, les SPI sont d'ailleurs la seule méthode d'admission ayant connu une augmentation, là où les trois autres précédemment évoquées ont diminué. Ces résultats, associés aux précédents publiés par l'IRDES⁶⁴¹, sont en faveur de l'hypothèse selon laquelle le SPI serait utilisé en dehors de son utilité première, et notamment lorsque les proches ne veulent pas prendre la responsabilité de la demande d'internement, souvent très lourde émotionnellement, ou que les soignants n'ont pas le temps ou la possibilité de rechercher un proche en mesure de faire ladite demande.

3. Vers une réduction des recours à l'hospitalisation sans consentement ?

362. Plus récemment, en 2021, plus de 5 % des personnes suivies en établissement psychiatrique et 26 % des patients en hospitalisation complète ont été pris en charge en soins sans consentement au minimum une fois sur l'année. Globalement, une nette hausse du recours aux soins contraints est à noter entre 2012 et 2021 malgré une légère baisse de cette tendance depuis 2015. La pandémie de Covid-19 a induit une importante diminution du recours aux soins psychiatriques dans leur ensemble en 2020 (-8 % de personnes en hospitalisation complète). Cependant cette baisse est à noter dans presque tous les services de médecine, le confinement étant mis en cause sur ce point. Le plus intéressant reste le point sur le recours aux soins sans consentement durant cette pandémie : malgré le contexte peu propice aux soins, cette catégorie a connu une réduction quasi nulle (-1 % de personnes en hospitalisation complète sans consentement), ce qui témoigne de la difficulté que rencontre le gouvernement dans la mise en œuvre de sa feuille de route « Santé mentale et psychiatrie » (en vigueur depuis la loi de 2011), visant à réduire les pratiques des soins sans consentements.⁶⁴²

⁶⁴¹ M. COLDEFY, T. TARTOUR, C. NESTRIGUE, « De l'hospitalisation aux soins sans consentement en psychiatrie : premiers résultats de la mise en place de la loi du 5 juillet 2011 », IRDES, Questions d'économie de la santé n°205, 2015 ; M. COLDEFY, S. FERNANDES, D. LAPALUS, « Les soins sans consentement en psychiatrie : bilan après quatre années de mise en œuvre de la loi du 5 juillet 2011 », IRDES, Questions d'économie de la santé n°222, 2017

⁶⁴² M. COLDEFY, C. GANDRE, avec la collaboration de S. RALLO, « Les soins sans consentement et les pratiques privatives de liberté en psychiatrie : un objectif de réduction qui reste à atteindre », IRDES, *Question d'économie de la santé*, n°269, Juin 2022

363. Bien que les différentes études précédemment évoquées mettent en évidence une volonté de réduire le recours aux soins contraints, et notamment à l'hospitalisation sous contrainte, les divers retours des soignants interrogés dans le cadre de ce sujet de recherche témoignent du caractère nécessaire et le plus souvent bénéfique de cette forme d'hospitalisation. Le contexte de sa mise en oeuvre revêt une importance primordiale, tant pour le respect des droits du patient et notamment celui de sa liberté d'aller et venir, que pour la garantie des bonnes pratiques médicales et du bon fonctionnement des soins prodigués au sein de l'hôpital public en secteur psychiatriques (encadrement, cadence, suivis médicaux, suivis administratifs, etc.). Il est donc nécessaire de se pencher sur l'effectivité du cadre législatif et réglementaire veillant à l'utilisation à bon escient de l'hospitalisation sous contrainte, ainsi que sur les mesures de contrôles existant, concernant cette forme d'hospitalisation particulièrement liberticide, notamment sur la question de la liberté d'aller et venir du patient.

Section 2. Contrôle du respect de la liberté d'aller et venir du patient dans le cadre de l'hospitalisation sous contrainte : de l'idéal juridique à la mise en pratique

364. Suite aux réformes de 2011⁶⁴³ et 2013⁶⁴⁴ ayant apportées le contrôle du JLD, il semblerait que ce cadre légal soit propice au respect de la liberté d'aller et venir du patient, du moins en théorie. Cependant, les limites qu'impose le cadre hospitalier (Paragraphe 1) et la remise en cause de l'intervention de certains acteurs et notamment de l'avocat témoignent d'un modèle encore fragile et largement perfectible (Paragraphe 2).

Paragraphe 1. Des limites procédurales contraignantes et régulièrement observées

365. La procédure exige que, dans les 12 jours suivant le début d'une mesure d'hospitalisation complète sous contrainte, l'intéressé soit convoqué devant le juge des libertés et de la détention. Il s'agit, pour le patient hospitalisé sans son consentement et qui se trouve donc contraint à un certain nombre de soins, d'exposer sa situation, de formuler des remarques ou des contestations. Cependant, le processus de contrôle des hospitalisations sans consentement reste long et compliqué. Les hospitaliers ont donc trouvé des moyens pour échapper à cette lourdeur procédurale exigée par la loi, réussissant ainsi à empêcher la comparution du patient ; il suffit de placer le malade en « programme de soins », qui est une possibilité de prise en charge aménageant des heures libres tous les jours. Ainsi, le patient n'est

⁶⁴³ 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, JORF n°0155 du 6 juillet 2011

⁶⁴⁴ 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, JORF n°0227 du 29 septembre 2013

plus considéré comme étant *stricto sensu* en hospitalisation « complète ». Si cette option n'est pas envisageable et que l'hospitalisation complète est nécessaire, les hospitaliers peuvent encore réduire l'impact de la procédure légale sur l'organisation de l'établissement.⁶⁴⁵ En effet, préparer les malades à leur audience, les faire accompagner tout en assurant la sécurité des juristes intervenants n'est pas chose facile et demande une organisation spécifique. Pour éviter trop de bouleversements, un moyen existe ; il consiste à certifier par un avis médical que l'intéressé est inapte à comparaître. Plusieurs malades se sont filmés le jour de leur audience pour témoigner de leur incompréhension d'avoir été considérées comme non-auditionnables, ce qui démontre de possibles abus d'une telle pratique. En outre, il semblerait que le devoir d'information qu'a l'établissement hospitalier envers ses patients ne soit pas toujours correctement effectué. En effet, chaque patient doit être informé de ses droits mais aussi du déroulement de la procédure devant le juge, en présence d'un avocat pour le représenter. Malheureusement, aujourd'hui encore, il est très fréquent pour un avocat d'être confronté à des patients ignorant le rôle du juge des libertés et de la détention, qui viennent donc à penser qu'ils vont être jugés et qu'ils risquent une condamnation. Cette procédure contraignante d'hospitalisation sans consentement, qui a fait l'objet de tant de critiques chez les carabins comme chez les juristes, est résumée avec réalisme dans le film « 12 jours » de Raymond Depardon. Les audiences psychiatriques y sont exposées et laissent une vision peu flatteuse ; pas une seule main levée sur les 70 audiences filmées par le réalisateur, dont 10 ont été montrées dans le film. La question de l'isolement et de la contention, pourtant primordiale pour le respect des droits et libertés des patients, n'est pas soulevée. Le film dépeint un fatalisme des juge et avocat qui se rangent toujours à l'avis des psychiatres. Ainsi, un des patients auditionnés demande à la juge : « *Vous servez à quoi alors ?* ». Cette dernière commence par lui répondre : « *Mais à rien, je ne sers à rien* », avant de se reprendre et d'expliquer qu'elle a pour rôle de contrôler la légalité de la procédure d'hospitalisation. Jean-Michel Frodon analysera ce film dans le journal Slate ; il en ressortira qu'« *en toute bonne foi, le juge n'a d'autre option que de valider l'avis du médecin (qui connaît son métier et, lui, n'est pas fou). Et, en toute bonne foi, l'avocat ne peut d'une manière générale que se transformer en relai de la double parole d'autorité auprès de son client, si possible en l'adaptant et en l'humanisant, plutôt que s'opposer au diagnostic clinique, a fortiori validé par un juge.* »⁶⁴⁶

366. En outre, la pluralité d'acteurs ne facilite pas forcément la tâche. En effet, chacun d'eux agit en poursuivant des logiques différentes liées à son domaine de compétence et d'exercice. En effet, le préfet, lui, agit dans une logique de protection de l'ordre public et une vision sécuritaire contrairement au directeur d'établissement ainsi qu'aux médecins qui

⁶⁴⁵ M. CROZIER, E. FRIEDBERG, *L'acteur et le système : les contraintes de l'action collective*, Paris, Le Seuil, Points Série Essais, 1977

⁶⁴⁶ «12 jours», quand Depardon filme la machine à interner de l'hôpital psychiatrique - Jean-Michel Frodon – Journal Slate du 29 nov. 2017 – Lien internet : <https://www.slate.fr/story/154484/cinema-12-jours-depardon>

concourent à la procédure d'hospitalisation sans consentement. Le directeur agirait dans une optique de rentabilité, sur un rapport bénéfice pour le patient/coût pour l'établissement (rentabilité financière et respect des impératifs administratifs). Les soignants, eux, agiront dans une logique purement médicale, dans l'intérêt de la santé du patient. A la suite de cela, le Juge de la Liberté et de la Détention confirme la mise sous le régime de l'hospitalisation sans consentement du patient. Il convient d'observer ici que les acteurs sont multiples et ont des implications de différents degrés. L'EHESP, toujours dans son rapport sur l'hospitalisation sans consentement précédemment cité⁶⁴⁷, précise que cette pluralité d'acteurs entraîne une dilution du contrôle de la procédure, ce qui nuit aux intérêts du patient. S'ajoute à cela un manque d'échange entre les différents acteurs. Le contrôle de la privation des libertés d'aller et venir est donc aux mains d'acteurs divers, chacun devant composer avec ses propres objectifs et ses propres contraintes pour y parvenir⁶⁴⁸.

Paragraphe 2. Le rôle de l'avocat : une présence plus formelle que fonctionnelle ?

367. Comme évoqué précédemment⁶⁴⁹, la présence de l'avocat semble indispensable pour garantir le respect des droits du patient. Il a déjà été exposé la légitimité de son intervention et les bénéfices pour son client, le patient en hospitalisation sous contrainte. Mais si les aspects positifs et juridiquement justifiés de cette présence de l'avocat dans la procédure de contrôle par le JLD de l'hospitalisation sans consentement, les points négatifs et principes critiques n'ont pas encore été abordés. En effet, ne serait-il pas cohérent de s'adapter au cadre de l'hospitalisation sans consentement et aux particularités de ces patients ? La présence d'un avocat ne rend-elle pas l'audience d'autant plus anxiogène pour le patient, alors même qu'il ne s'agit que d'un contrôle de forme et non de fond ? (A) En outre, la préparation relative des avocats contribue à délégitimer leur rôle (B), ce qui augure d'ailleurs de leur absence dans le cadre de la dernière réforme concernant le contrôle des mesures d'isolement et de contention⁶⁵⁰.

A. Le rôle de l'avocat : une intervention remise en question

368. Rappelons que le patient est obligatoirement assisté d'un avocat lors de l'audience devant le JLD durant laquelle ce-dernier procède à l'examen de la conformité de la mesure d'hospitalisation sans consentement. La présence obligatoire de l'avocat laisse préfigurer une sorte d'assistance servant à la protection des intérêts légitimes du patient et notamment à la protection de sa liberté d'aller et venir. Cependant les différents professionnels interrogés

⁶⁴⁷ EHESP, Module Interprofessionnel de Santé Publique, « L'hospitalisation sans consentement : problématique d'une décision adaptée et éthiquement acceptable », 2009.

⁶⁴⁸ N. BELORGEY, "L'hôpital sous pression. Enquête sur le « nouveau management public »", Paris, La Découverte, TAP/Série histoire contemporaine, 2010.

⁶⁴⁹ Cf Chapitre 1, Section 2, Paragraphe 2 du présent Titre.

⁶⁵⁰ Cette thématique sera traitée dans la Partie II de la présente thèse

rappellent que l'assistance de l'avocat est principalement symbolique⁶⁵¹. En effet, le rôle de l'avocat se borne principalement à la vérification du dossier et notamment de la présence des certificats médicaux circonstanciés obligatoires. L'avocat est la plupart du temps désigné par le barreau compétent territorialement et ne connaît pas en amont le patient. A titre d'exemple, au sein de la juridiction lyonnaise, l'avocat prend connaissance des dossiers et donc de l'identité des patients la veille de l'audience devant le Juge des Libertés et de la Détention, il rencontre ses clients que sont les patients le matin même de l'audience et dispose d'un temps réduit pour rencontrer l'intégralité de ses clients du jour. Le temps accordé à la préparation de l'audience dans l'intérêt des patients est donc plus que restreint⁶⁵². En pratique, dans certains cas l'avocat est empêché de rencontrer le patient, cela peut notamment être le cas lorsque l'entretien avec l'avocat ou plus généralement toute personne extérieure à l'équipe soignante pourrait affecter le patient. Dans cette même logique le patient peut, sur décision médicale accompagnée d'un certificat, être empêché d'assister à son audience car cela pourrait perturber la personne. Lors de l'audience l'avocat prend la parole concernant la légalité de la procédure et ne se positionne que rarement sur la légitimité de la mise sous contrainte de son client. Le patient peut ensuite prendre la parole mais pendant un temps très restreint et uniquement concernant la procédure d'hospitalisation sans consentement. La volonté du patient ainsi que son consentement n'est pas recherché lors de ces audiences.

369. Concernant la formation de l'avocat sur une telle procédure, dans certains barreaux comme celui de Lyon, Maître ABEL précise que les avocats sont formés sur une journée et qu'il doit valider un examen à l'issue de la formation. La durée de la formation des avocats est de cinq heures, cela peut paraître peu au regard des enjeux pour le patient. A l'issue de la formation les avocats nouvellement formés assistent à une audience en tant qu'observateur en doublon avec un avocat aguerri de cette procédure. Les avocats lyonnais sont donc volontaires pour assister les patients dans le cadre de la procédure d'hospitalisation sans consentement. Maître ABEL précise cependant que dans certains barreaux, comme celui d'Annecy par exemple les avocats sont de permanences sur une durée d'une semaine pour tout type de permanence, ils ne choisissent pas alors spécifiquement de défendre l'intérêt des patients dans cette procédure mais assure leur défense car cela est demandé par le barreau, il s'agit à Annecy notamment d'une sorte de permanence globale pour toutes sortes de procédure. Se pose alors la question de la formation et de l'appétence des avocats pour assurer la défense des intérêts des patients privés de liberté d'aller et venir⁶⁵³.

⁶⁵¹ Entretiens avec Maître VITAL-DURAND, Madame la juge AUBRIOT, Dr LAMOTHE, Dr CANTERINO, psychiatres lyonnais, cf Annexes 26, 36, 30, 31

⁶⁵² Entretiens avec Maître VITAL-DURAND et Madame la juge AUBRIOT, cf Annexes 26 et 36

⁶⁵³ "200 avocats sensibilisés aux maladies psychiques", Santé mentale, 04/04/2018, <https://www.santementale.fr/2018/04/sensibilisation-de-200-avocats-aux-maladies-psychiques/>

B. L'avocat du patient en hospitalisation sans consentement, un rôle complexe à la formation quasi-inexistante

370. La loi du 5 juillet 2011⁶⁵⁴ devait être appliquée à compter du 1^{er} août 2011. Pour se faire, une organisation efficace a dû être mise en place, que ce soit dans le milieu hospitalier que dans le milieu judiciaire. À Lyon par exemple, les rencontres qui ont alors été organisées entre les différents acteurs médicaux, judiciaires et administratifs ont permis de réaliser une vitrine conforme à ce que le législateur attendait. En ce sens, des formations communes au monde judiciaire et au monde médical ont été créées, la généralisation de la tenue des audiences à l'hôpital a été établie, sans oublier la concertation avec les Barreaux quant au rôle de l'avocat dans le cadre des recours de plein droit sur les mesures de soins sans consentement. Mais cette organisation rapide et pointue n'a cependant pas permis de répondre à toutes les problématiques rencontrées par les avocats. Aujourd'hui encore, bon nombre de points sont encore bien imparfaits.

« Une personne qui a des hallucinations auditives, qui entend des voix intérieures lui commandant souvent des choses négatives comme pousser quelqu'un sous le métro, couper la tête des non croyants, tuer un membre de sa famille, a souvent tendance à clamer haut et fort que tout va très bien. Parmi les huit personnes que j'ai vu lors de ma dernière permanence à l'hôpital du Vinatier, aucune ne considérait qu'elle était malade. Tous voulaient sortir, considérant qu'ils étaient maintenus là sans aucune raison, alors même qu'ils étaient suivis pour des faits avérés ; on était en aucun cas dans une erreur médicale ou judiciaire. Ces personnes étaient dans un déni de leur pathologie, que l'on appelle aussi en termes savants une « anosognosie », c'est-à-dire que l'on n'a pas conscience de sa maladie. Dans ce cas, le législateur permet au médecin des soins contraints, sous contrôle du juge. En effet, au bout de 12 jours, si la personne reste hospitalisée, le législateur estime qu'il y a potentiellement une atteinte à la liberté d'aller et venir et en conséquence la prolongation de l'hospitalisation doit être contrôlée par un juge judiciaire, gardien des libertés individuelles selon la Constitution. »

Ce récit de Maître VITAL-DURAND⁶⁵⁵ démontre bien la difficulté d'interrompre une hospitalisation sans consentement étant donné ce que cela peut impliquer pour le patient comme pour son entourage voire pour la société dans les cas les plus extrêmes. En effet, si le malade n'a pas conscience de son trouble psychiatrique, un passage à l'acte est toujours possible. La question se pose alors de savoir si le respect de la procédure doit primer sur la sûreté du patient voire sur le respect de l'ordre et de la sécurité publique.

⁶⁵⁴ 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

⁶⁵⁵ Entretien avec Maître VITAL-DURAND, avocat au barreau de Lyon, cf Annexe 26

371. Lors d'une Conférence Santé⁶⁵⁶ sur le thème du rôle de l'avocat dans la procédure d'hospitalisation sans consentement, le débat entre les avocats présents et la juge des libertés et de la détention intervenante s'est porté sur les problématiques organisationnelles et éthiques rencontrées lors des entretiens et des audiences en Hôpital psychiatrique. La quasi-totalité des avocats présents s'est accordé sur le fait que cette procédure engendre des difficultés pratiques, et ce malgré les années qui se sont écoulées depuis sa mise en place. En effet, concernant la convocation par exemple, celles-ci sont envoyées par fax et doivent être imprimées alors même qu'elles ne donnent que très peu d'informations en comparaison des dossiers des patients qui seront préalablement remis à l'avocat. De plus, ces convocations sont identiques pour tous les avocats intervenants le même jour sur un même centre hospitalier ; à eux de se répartir les patients (huit par avocat maximum) après avoir étudié le plan de l'établissement afin de ne pas perdre de temps pour les visites pré-audience (il est fréquent de devoir changer d'unité et donc de bâtiment). Cette répartition représente une perte de temps importante pour les avocats, alors même que cette répartition pourrait être déterminée par le tribunal afin de leur faciliter la tâche.

372. Sur l'organisation des horaires, là aussi le bât blesse. En effet, les avocats doivent voir tous les patients avant l'audience devant le juge qui débute à 10h. La difficulté est de rencontrer chacun de leurs clients alors qu'ils ne sont pas tous dans le même bâtiment, que certains présentent des contrindications à l'audience⁶⁵⁷ qui doivent être vérifiées, sans oublier les possibles soucis de communication si l'avocat a à faire à un malade récalcitrant ou trop fortement sédaté, etc. À ce titre, l'impossibilité physique qui peut être opposée à l'avocat de rencontrer son client confiné en chambre d'isolement n'est pas prévue par la loi et porte donc atteinte aux droits de la défense. Ce point a été confirmé dans une ordonnance d'un JLD de Lyon,⁶⁵⁸ appuyant l'illégalité d'un tel refus de présenter le client à son avocat : « *Attendu que l'impossibilité écrite et physique opposée à l'avocat de rencontrer son client : n'est pas prévu par la loi, porte atteinte aux droits de la défense, interdit au juge de statuer valablement après un débat contradictoire où M... n'était ni présent ni valablement représenté, apparait dès lors illégale et constitutive d'un obstacle à l'application de la loi* ».

⁶⁵⁶ Il s'agit de conférences organisées une fois tous les deux mois dans les locaux de l'Ordre des avocats de Lyon, et qui traitent de sujets de santé auxquels peuvent être tout particulièrement confrontés les avocats dans les affaires qu'ils traitent. Ces conférences sont ouvertes à tous les avocats souhaitant y assister, sur inscription. L'intérêt est notamment d'engager des questions-réponses avec les intervenants ainsi que d'éventuels débats.

⁶⁵⁷ Contrindication à l'audience : avis du médecin psychiatre qui atteste que le patient n'est pas en état d'assister à l'audience concernant son hospitalisation contrainte devant le JLD. Dans la mesure où l'avocat représente son client, si le magistrat décide de ne pas entendre le patient en audience du fait d'un tel avis médical de contrindication, il paraît censé de laisser la possibilité à l'avocat de rencontrer son client, même brièvement, afin de s'assurer que l'impossibilité de ce dernier d'assister à l'audience est bien fondée.

⁶⁵⁸ TGI de Lyon, ordonnance du 03/04/2012, n°2012/658

373. De plus, l'avocat peut difficilement arriver à huit heures dans la mesure où la plupart des pensionnaires de l'établissement n'ont pas encore terminé leur petit-déjeuner, prennent encore leur douche ou sont en pleine toilette. Enfin, bon nombre des avocats se sont plain de peu d'aide apporté par le personnel soignant, alors que ces derniers sont au courant des audiences et de la nécessité pour l'avocat de rencontrer le malade ; il n'est pas rare que le patient ne puisse être vu avant l'audience parce qu'il est parti en promenade dans le parc de l'établissement et qu'aucun soignant ne l'en a empêché en vue de l'entretien. Ceci montre bien la barrière restante entre soignants et juristes dans le cadre de cette procédure, vécue par les uns comme un fardeau et par les autres comme une difficulté organisationnelle et parfois même éthique⁶⁵⁹. Concernant l'audience en elle-même, les avocats ne semblent pas avoir de revendications particulières, si ce n'est sur le problème éthique que pose la demande de nullité fréquemment formulée par le patient (conduisant à une sortie en cas de vice de procédure).

374. Enfin, il est ressorti de ce débat que les patients devraient être mieux informés sur leur chance d'obtenir gain de cause en cas d'appel ; en effet, si l'information leur a été donnée quant à leur droit à faire appel de la décision du JLD, le taux de réussite est si faible que ces appels ne font que rallonger la procédure et désespérer le patient.

375. La question de la légitimité de ces acteurs juridiques au sein de l'hôpital public, ainsi que du contrôle par le JLD des mesures de contraintes en soins psychiatriques ne s'arrête pas au seul cadre de l'hospitalisation sans consentement. En effet, une réforme récente a élargi ce raisonnement aux mesures d'isolement et de contention. Soins controversés, pratiqués uniquement dans le cadre de l'hospitalisation sans consentement, leur réglementation récente a fait l'objet de multiples débats et reste actuellement sujette à caution.

⁶⁵⁹ N. SALLEE, E. BERNHEIM, G. OUELLET et al., « Au tribunal des risques. Contrôle, autocontrôle et tensions juridiques à la Commission d'examen des troubles mentaux (Québec, Canada) », *Droit et société*, 2022/2 (N° 111), p. 357-380. DOI : 10.3917/drs1.111.0357. URL : <https://www.cairn.info/revue-droit-et-societe-2022-2-page-357.htm> : pour une comparaison avec le droit canadien

PARTIE II. L'ATTEINTE ULTIME À LA LIBERTÉ D'ALLER ET VENIR DU PATIENT EN PSYCHIATRIE : L'ISOLEMENT ET LA CONTENTION

376. Durkheim considérait que la vie sociale est faite de contraintes.⁶⁶⁰ Parmi elles se trouve l'exigence d'autonomie des acteurs sociaux et d'autonomie des acteurs vulnérables, des patients. Si l'on se réfère aux travaux d'Amartya Sen⁶⁶¹ et de Martha Nussbaum⁶⁶², l'autonomie peut se définir comme une « capacité », c'est-à-dire pas seulement un ensemble de capacités individuelles, mais un ensemble auquel se rajoute les conditions sociales, politiques et économiques qui permettent l'exercice de ces capacités. Dès lors, comment faire pour conférer toujours plus d'autonomie ? Cela relève de l'idéal des droits humains mais cela relève aussi d'une contrainte forte qui pèse sur chacun d'entre nous concernant notre propre autonomie. Se contraindre à se soigner, c'est aussi une invitation à se soigner de manière toujours plus autonome. Le paradoxe est bien réel et pourtant il peut être soutenu. En effet, le patient en psychiatrie hospitalisé sans son consentement est, au moment de la mise en œuvre de cette mesure de contrainte, dans l'incapacité de se soigner (le plus souvent parce qu'il n'est pas conscient de sa maladie). Le contraindre au soin lui permettra de gagner en autonomie, que ce soit dans sa vie quotidienne ou concernant la poursuite de ses soins dont il pourra davantage décider lui-même.

377. Le terme de « soin » renvoie aussi à l'attention, au souci, à l'écoute, à ce qui relève de l'informel, de la discrétion, de ce qui ne peut pas se dire normalement dans la relation interpersonnelle. Lorsque la notion de « contrainte » se greffe à celle du soin, le contexte dans lequel ils sont délivrés doit être choisi et les modalités d'administration très encadrées.

La véritable question est donc de savoir quelles sont les conditions institutionnelles et organisationnelles nécessaires pour que les contraintes du soin soient acceptables ? Le trouble de santé mentale n'implique pas seulement la santé mentale du patient : c'est aussi un trouble de la vie sociale, un trouble de la vie familiale. Est-ce que cela relève de l'individu lui-même ? Est-ce que cela relève des relations entre individus ? Ces questions subsistent encore et la manière de réguler ces difficultés d'interprétation des troubles mentaux a toujours fait l'objet de tensions entre différents acteurs : de l'administration, de la justice, de la médecine, des acteurs familiaux, etc.

378. Le souci principal du droit est de se donner des garanties face à l'arbitraire. Comment faire dans le cadre des soins sous contraintes, et particulièrement concernant l'isolement et la contention, tout en sachant que, contrairement aux soins « classiques », le malade ne choisit pas

⁶⁶⁰ E. DURKHEIM, *Les règles de la méthode sociologique*, Revue philosophique, 1895.

⁶⁶¹ A. SEN, *The Idea of Justice*, ed Penguin Books Ltd, Londres, 2009.

⁶⁶² M.C. NUSSBAUM, *Capabilités*, 2011, Paris, ed Flammarion

de les recevoir : l'arbitraire, du point de vue de ce dernier, est donc clairement présent. Le soin, dans le cadre psychiatrique revêt profondément une forme de réapprentissage des règles de la vie sociale, par l'autorité médicale⁶⁶³. C'est bien cette autorité-là qui est remise en cause dans l'ordonnancement juridique des relations de soins⁶⁶⁴. L'autorité scientifique et l'autorité morale des experts psychiatres sont remise en cause pour faire place aux droits du patient, en tant qu'individu « lambda », aux droits et libertés dans leur complexité. Il y a une certaine réduction de l'autorité médicale, une mise en avant de l'expertise des usagers, des patients, ce qui pose en soit une contradiction puisque, justement, dans le domaine de la psychiatrie, le patient n'est pas pleinement reconnu comme capable d'une telle expertise⁶⁶⁵. On peut décrire le militantisme en psychiatrie ces dernières années à travers une sorte d'alliance entre les juristes militants et les organisations de patients œuvrant pour que cette « autorité médicale » ne soit définitivement plus un état de fait : cette autorité doit être encadrée par le droit. Cette alliance-là a eu des effets majeurs à travers de nombreuses QPC⁶⁶⁶, via les instances du CGLPL ou encore via des décisions jurisprudentielles⁶⁶⁷. Finalement, un contrôle judiciaire accru, faisant intervenir le Juge des libertés et de la détention, a été créé certes progressivement mais finalement assez rapidement⁶⁶⁸, concernant les soins sous contraintes et plus récemment l'isolement et la contention, rompant ainsi avec 160 ans de droit encadrant la psychiatrie. Cette hâte se ressent sans doute dans la manière dont l'idéal du cadre juridique, l'idéal du respect des droits humains⁶⁶⁹, embarrasse soignants comme juristes, dans la mesure où cet idéal a donné lieu à une « usine bureaucratique » très lourde pour chacun des acteurs de ces contrôles, toujours plus nombreux et chronophages. Pour Karl Marx, « *Ce qu'on appelle les droits de l'homme, distingués des droits du citoyen, ne sont rien d'autre que les droits du membre de la société civile, c'est-à-dire l'homme égoïste, de l'homme séparé de l'homme et de la chose publique. (...) Le droit de l'homme qu'est la liberté se fonde non pas sur ce qui relie l'homme à l'homme mais au contraire sur la séparation de l'homme d'avec l'homme* »⁶⁷⁰. Il considère également l'État comme le garant des intérêts collectifs et notamment des droits humains. Cette vision marxiste appuie notre propos concernant la recherche de l'idéal des droits humains en psychiatrie : elle sous-entend l'idée d'une psychiatrie publique au service de l'homme.

379. Mais cette réglementation fut nécessaire : depuis leurs origines, l'isolement et la contention étaient restées des pratiques ancestrales, critiquées de tous temps et particulièrement

⁶⁶³ Congrès de Genève-Lausanne, Sur l'unité de la théorie de la pratique en psychiatrie, Masson, Paris ; Réflexion sur la psychiatrie sociale, La Raison n°1, 1951, p. 73-90

⁶⁶⁴ Entretien avec Maître DEVERS, cf Annexe 23

⁶⁶⁵ M. LEBOYER, P-M LLORCA, *Psychiatrie : l'état d'urgence*, ed Fayard Pluriel, 2020

⁶⁶⁶ Cf plus bas dans cette Partie.

⁶⁶⁷ ibid.

⁶⁶⁸ Cf développement de l'évolution plus bas dans cette Partie.

⁶⁶⁹ P. DELION & P. COUPECHOUX, *Mon combat pour une psychiatrie humaine*, ed Albin Michel, 2016.

⁶⁷⁰ K. MARX, *Sur la question juive*, ed Deutsch-Französische Jahrbücher, 1843, p.55-56.

ces vingt dernières années (Titre 1), qui avaient besoin d'un encadrement, certes progressif mais réel, par le législateur (Titre 2).

Titre 1. Une remise en cause de pratiques liberticides anciennes

380. La question de l'encadrement des pratiques d'isolement et de contention dans le secteur de la psychiatrie fait l'objet d'une actualité médiatique très régulière⁶⁷¹, souvent basée sur une actualité juridique et judiciaire en la matière, induisant inévitablement un remaniement constant de la législation en vigueur concernant ces deux pratiques médicales controversées.

381. Sujet à de multiples rebondissements, l'encadrement des mesures d'isolement et de contention s'est stabilisé il y a peu, en sachant que, aussi actuel que soit ce sujet, il est en réalité très ancien. En effet, la question du rapport à la liberté d'aller et de venir et, plus généralement, du rapport à la contrainte en matière de psychiatrie semble avoir toujours existé, dans la mesure où l'on retrouve des traces écrites de pratiques coercitives dans les soins psychiatriques dès l'Antiquité. Caelius Aurelianus, au II^{ème} siècle après J.C. préconisait déjà l'usage de la contention : « *Si les malades sont agités en voyant des gens, il faudra faire usage de liens, mais sans leur faire de mal, en protégeant leurs membres de flocons de laine d'abord, en plaçant le bandage sur eux après* »⁶⁷². Le cas de la camisole de force en est un parfait exemple ; longtemps utilisée, abandonnée au XIX^e siècle, elle est un symbole de libération du « fou » au sein de l'asile dans lequel il est pris en charge⁶⁷³.

382. Il s'agit, concernant l'usage de ces mesures, de savoir comment protéger quelqu'un malgré lui. Il peut être un danger pour lui-même, il peut être un danger pour les autres ; se pose alors l'éternelle problématique de concilier des droits et libertés aussi antagonistes que sont la liberté d'aller et venir et le droit au consentement du patient, avec le droit à la santé et à la sécurité publique du plus grand nombre. Fort heureusement, malgré un passif chargé et une longévité impressionnante, les pratiques d'isolement et de contention ont été restreintes à un petit nombre de techniques, considérées comme « acceptables » (Chapitre 1), mais qui restent malgré tout très controversées (Chapitre 2).

⁶⁷¹ E. MARI, « Abus en psychiatrie : le cri d'alarme des médecins », Le Parisien, 25/09/2021, <https://www.leparisien.fr/societe/sante/abus-en-psychiatrie-le-cri-dalarme-des-medecins-25-09-2021-EQRFMTWQOVEC3KW5JESRDCJMZI.php>

⁶⁷² C. Aurelianus, "On acute diseases and on chronic diseases." In: *Revue d'histoire des sciences et de leurs applications*, tome 5, n°1, 1952. pp. 99-100.

⁶⁷³ Eugène ROUHIER, « De la camisole ou gilet de force », Thèse pour le doctorat en médecine, Paris, imprimerie de A. Pillot fils aîné, 1871, p.11. ; G. BOUHALLIER, « Qui a peur de la camisole de force ? », *L'Histoire*, 21/01/2021

Chapitre 1. Isolement et contention : des origines gréco-romaines à l'usage actuel

383. La Haute Autorité de Santé (HAS) définit l'isolement comme le « *placement du patient à visée de protection, lors d'une phase critique de sa prise en charge thérapeutique, dans un espace dont il ne peut sortir librement et qui est séparé des autres patients* ». ⁶⁷⁴

Quant à la contention, elle renvoie à l'utilisation de moyens pour limiter ou empêcher une personne de se déplacer. A nouveau, la HAS insiste sur le but de protection que revêt cette mesure : protéger le patient contre certains risques découlant de sa pathologie ou d'un état ponctuel durant lequel il ne peut prendre soin de lui-même. Il existe à cet effet plusieurs types de contentions ⁶⁷⁵ : la contention chimique, ou médicamenteuse, et la contention physique, ou mécanique, cette dernière catégorie étant celle principalement visée par la dernière réforme dont il est question en l'espèce. Les définitions sont donc très larges et témoignent de la complexité de ces méthodes de soin qui vont bien au-delà de considérations purement psychiatriques.

384. Mais si nous en avons une définition plus claire aujourd'hui, de part le recueil que nous offre l'histoire sur leur utilisation, l'usage de ces techniques d'isolement et de contention (mécanique initialement) remonte à l'origine de la « prise en charge » des malades mentaux, avant même la création de la psychiatrie comme discipline médicale. Leur utilisation est reconnue depuis l'origine du traitement des maladies mentales comme efficace pour maîtriser et calmer un malade en état de crise. On retrouve des traces écrites de ces usages coercitifs dès l'Antiquité. Par exemple, Soranos d'Éphèse qui s'opposait à Celse, ce dernier estimant qu'un traitement brutal permettait de faire sortir, par le sentiment de peur, le malade de sa pathologie ⁶⁷⁶. Dans un but don thérapeutique, Celse enchaînait ses malades, les affamait parfois et les isolait presque toujours dans une obscurité quasi complète. Soranos le contredisait, pensant que l'échange verbal, la parole, permettait aux malades d'extérioriser leur mal intérieur, qu'importe le sujet de la discussion. Célius Aurelien, son disciple, appliquait lui-aussi cette philosophie de la parole, mais il reconnaissait l'utilisation de contention lorsque le malade était trop agité : « *mais sans leur faire de mal, en protégeant leurs membres de flocons de laine d'abord, en plaçant le bandage sur eux après* » ⁶⁷⁷

385. Cette opposition dans les techniques de prise en charge entre Celse et Soranos va au-delà de la question de l'usage ou non de l'isolement et des contentions. Il s'agit de choisir entre

⁶⁷⁴ HAS, Recommandation de bonnes pratiques de 2017

⁶⁷⁵ P. WANQUET THIBAUT, *Contention et privation de liberté des personnes soignées*, ed Lamarre, 2021 ; Comité européen pour la prévention de la torture et des peines ou traitements inhumains ou dégradants (CPT) « Moyens de contention dans les établissements psychiatriques pour adultes », 21/03/2017, Strasbourg ; S. THERON, *Les soins psychiatriques sans consentement*, Dunod, 2017, 352p.

⁶⁷⁶ D. FRIARD, « ISOLEMENT, psychiatrie », *Encyclopædia Universalis* [en ligne], consulté le 10 février 2023. URL : <https://www.universalis.fr/encyclopedie/isolement-psychiatrie/>

⁶⁷⁷ R. CARRE, L. MORLHON & B. PONET, « Enfermement et contention », *Empan* 2019/2 (n° 114), pages 16 à 21

contrainte et douceur, parce qu'entre soin et contention. Il s'agit également de deux points de vue très différents sur le malade lui-même. Soranos considère le malade avant tout comme un sujet, un être humain, dans la mesure où sa capacité à converser permet d'envisager une part de conscience et un impact limité de la maladie psychiatrique. Celse, lui, réduit le patient à sa maladie puisqu'il le considère totalement envahit – dépassé - par cette dernière, au point qu'un traumatisme violent est la seule méthode permettant de l'en faire sortir. Ce choix entre pratique ou non de l'isolement et de la contention impliquerait donc aussi un choix dans la manière de considérer le patient.

Cette question de l'usage de ces pratiques n'a cessé de perdurer par la suite. On retrouve des traces de plus en plus explicites à partir du Moyen-Âge, période à partir de laquelle l'évolution de la pratique psychiatrique s'accélère (Section 1) jusqu'à aboutir au modèle actuel, toujours ambivalent sur l'usage de pratiques si liberticides (Section 2).

Section 1. Isolement et contention, une approche historique riche en rebondissements

386. La France n'est devenue le pays des droits de l'Homme et des libertés fondamentales que très progressivement et à partir de la Révolution Française, par la reconnaissance légale de ces droits. Les débuts de l'usage de l'isolement et de la contention, sans base légale ni encadrement éthique ou moral, sont marqués par des usages presque « barbares » (Paragraphe 1) mais qui ont permis d'affiner l'usage actuel, par l'intervention de praticiens soucieux du bien-être des malades avant tout (Paragraphe 2).

Paragraphe 1. De l'apogée de ces pratiques à une restriction progressive de leur usage

387. Au Moyen Âge, le recours à l'isolement et à la contention traduit le plus souvent le désarroi des proches qui ne disposent pas de structure pour accueillir le malade, dans une société qui ne les accepte pas davantage. Ces méthodes sont parfois les seuls moyens pour protéger les autres, mais aussi le malade de lui-même et surtout de la société et de ses dogmes. Le XVII^e siècle et la création de l'Hôpital général⁶⁷⁸ transformera l'usage de l'isolement et de la contention : ils ne serviront plus à maintenir le « fou » dans sa famille ou son village, mais à le maintenir à l'écart total de la société.⁶⁷⁹ L'isolement et la contention apparaissent réellement en tant que forme de « soins » à partir du XVIII^e avant de connaître un essor (A) jusqu'à la fin du

⁶⁷⁸ N. SAINTE FARE GARNOT, «L'Hôpital Général de Paris. Institution d'assistance, de police, ou de soins ? ». In: *Histoire, économie et société*, 1984, 3^e année, n°4. Santé, médecine et politiques de santé. pp. 535-542.

⁶⁷⁹ E. ZARIFIAN & H. LOO, *Précis de psychiatrie*, ed Flammarion, Paris, 1982 : chapitre sur l'Histoire de l'assistance psychiatrique

XIXe siècle, début de l'émergence d'une conscience humaniste avant même les questions éthiques (B).

A. L'isolement et la contention : de la mesure coercitive à la mesure de soin psychiatrique

388. Le siècle des Lumières accentue l'usage de la contention. « *Les furieux sont enfermés, parfois nus, dans d'étroits cachots, et nourris par des guichets au moyen de récipients de cuivre attachés à des chaînes. On utilise des camisoles de force et des chaînes fixées au mur et au lit pour immobiliser les malades en se fondant sur la théorie que plus la contention est douloureuse, meilleurs sont les résultats obtenus.* »⁶⁸⁰

C'est la Révolution française, période de prise en compte des idées humanistes des Lumières et de reconnaissance des Droits de l'Homme⁶⁸¹, qui permet enfin de distinguer le régime auquel sont soumis les prisonniers et les « fous » : ces derniers deviennent des malades qui ont donc besoin d'un traitement. Lorsque Philippe PINEL, médecin psychiatre, « *prend ses fonctions à Bicêtre, il y rencontre un gardien, PUSSIN, qui se distingue par ses qualités humaines et ses compétences à gérer la folie en institution, et qui digne héritier putatif de Soranos n'hésite pas à écrire : « Je n'ignore pas que ceux qui sont pour avoir soin des fous ne courent de grands dangers, mais je suis certain aussi que le péril est moindre par la douceur que par la rigueur.* » Pinel apprendra de Pussin « *tout un éventail de possibilités dans le travail relationnel avec les aliénés et y verra surtout la démonstration pratique des bienfaits de la liberté dans la maîtrise des supposés furieux.* »⁶⁸². Cependant, si le geste symbolique de libérer les aliénés de leurs chaînes revient à Philippe PINEL (et PUSSIN évidemment), l'isolement et la contention ne sont pas supprimés pour autant, bien au contraire. En effet, PINEL et ses élèves, ESQUIROL et LEURET, font de l'isolement et de la contention les éléments centraux de leur théorie du « traitement moral », qu'ils couplent avec ce qu'ils appellent une « rééducation morale » (la parole et l'activité, pour simplifier l'explication). « *Cela va de la promenade à la gymnastique, du travail aux champs à la lecture, des arts d'agrément aux jeux de société, de la représentation théâtrale au bal unisexe, de la chorale à la fanfare, de l'isolement au gilet de force, dans le cadre institutionnel de cet « instrument de guérison » que doit être l'asile.* »⁶⁸³

389. A partir de cette période, l'isolement revêt deux aspects différents. Le premier consiste en la volonté sociale de garder le malade à l'écart de la société. La loi du 30 juin 1838 inclura d'ailleurs cette première notion, en considérant que l'asile et l'isolement qui peut y être imposé au malade permet d'ôter à ce dernier toutes ses relations sociales et affectives, dans l'optique

⁶⁸⁰ D. FRIARD, « Attacher n'est pas contenir », Colloque organisé par Serpsy au CH de Montperrin, février 2011

⁶⁸¹ Ref notamment à la Déclaration des Droits de l'Homme et du Citoyen du 1789.

⁶⁸² Op. cit. D. FRIARD, « Attacher n'est pas contenir », Colloque organisé par Serpsy au CH de Montperrin, février 2011

⁶⁸³ F. G. ALEXANDER & S. T. SELESNICK, *Histoire de la psychiatrie*, Coll. U, Armand Colin, Paris, 1972

de le rééduquer grâce à une discipline claire. Le second consiste en une forme d'« isolement thérapeutique » ou « isolement cellulaire », c'est-à-dire un enfermement au sens propre dans une pièce fermée pour les malades agités ou violents, qui ne se plieraient pas à ladite discipline. Dans ce deuxième cas, l'isolement correspond surtout à un moyen de gestion des problèmes disciplinaires ou thérapeutiques auxquels font face les soignants dans l'asile.⁶⁸⁴

B. Isolement et contention : l'émergence d'une conscience humaniste

390. Si la France n'a pas choisi, dans les suites de la Révolution française, d'abolir – ou du moins de restreindre au maximum les mesures d'isolement et de contention – les aliénistes anglo-saxons, eux, ont rapidement abandonner la contention, à moins d'une agitation extrême réellement constatée chez le patient. Quant à l'isolement, il ne sera utilisé qu'à titre alternatif, pour obliger le malade à une certaine autonomie et à une auto-responsabilisation. C'est sur ces fondements que Samuel TUKE, médecin britannique, créé le « York Retreat » en 1792. Il rédige également un Code de déontologie dans lequel il exclut explicitement l'usage des contentions à moins d'agitation extrême. Il précise qu'il limite l'usage de la contention (dans ces cas uniquement) à un maximum de deux patients par unité. Robert Gardiner HILL et John CONOLLY, médecins britanniques également, interdirent complètement la contention respectivement au sein de l'asile de Lincoln et de celui de Hanwell. CONOLLY démontre ainsi l'efficacité d'un traitement sans contention et est à l'origine du « no-restraint »⁶⁸⁵, qu'il enseigne lui-même dans son propre cours de psychiatrie clinique. Ses idées atteignent le continent et sont mises en pratiques en parallèle du traitement moral précédemment évoqué. Mais ledit traitement ne semble pas suffisamment convaincant pour perdurer : il sera progressivement remplacé par la théorie de la « dégénérescence », qui utilise à nouveau les mesures d'isolement et de contention. « *Camisoles, fauteuils de force, entraves diverses concerneraient selon POSTEL et QUETEL quelques dizaines de patients, « mais est-ce trop par rapport aux 800, 900, 1000 internés d'un asile ? »* »⁶⁸⁶.

391. La Seconde guerre mondiale a de nouveau permis d'opérer un retour sur ces pratiques d'isolement et surtout de contention. L'expression « extermination douce » est née de cette période sombre pour l'histoire de la psychiatrie. En effet, entre 1940 et 1944, environ 40 000

⁶⁸⁴ D. FRIARD, *L'Isolement en psychiatrie : séquestration ou soin ?* Éditions Hospitalières, Paris, 1997, rééd. Masson, 2002.

⁶⁸⁵ Le médecin anglais John Conolly (1794-1866) a été le pionnier de la suppression complète des méthodes de contention pour les 800 patients du Middlesex Asylum à Hanwell. Ce médecin était favorable à la méthode dite « No-restraint », qui consistait à ne pas utiliser de méthodes de contention mécanique (par exemple, des liens) avec les patients mentalement agités.

⁶⁸⁶ Op. cit. D. FRIARD, « Attacher n'est pas contenir », Colloque organisé par Serpsy au CH de Montperrin, février 2011

malades mentaux sont morts de faim dans les hôpitaux psychiatriques français⁶⁸⁷. La découverte de ces dizaines de milliers de malades mentaux décédés à la suite d'œdèmes de carence, parce que laissés à l'abandon ou sans ressource dans les asiles, ont engagé une réflexion éthique sur le sort des malades mentaux⁶⁸⁸. « *De retour des camps de prisonniers, et parfois des camps de concentration, psychiatres et infirmiers se rendent compte qu'il n'y a pas tant de différences entre ce qu'ils ont vécu d'expérience de claustration et ce que vivent les malades qu'ils sont censés soigner. Combattants des maquis, résistants, en lutte contre l'occupant et la barbarie, d'autres psychiatres et d'autres infirmiers (parfois les mêmes) ne peuvent limiter la Libération à la porte des asiles. Enfin et surtout, du fait même de l'inhumanité nazie et de la mise en acte de la solution finale, les fous sont réintroduits dans l'humain. S'il n'y a pas de non humain de l'humain, les fous et leur folie font pleinement partie de l'humanité* »⁶⁸⁹ Ce contexte historique abominable a profité, dans les suites immédiates de la guerre, aux internés qui ne se sont plus vu imposer d'attache ni d'enfermement. Les « quartiers d'agités » que l'on trouvait dans les Hôpitaux sont fermés, les contentions sont progressivement et totalement abandonnées, à tel point qu'il n'existera plus de matériel de contention psychiatrique utilisable lorsque celles-ci vont progressivement réapparaître dans les années 1980-1990.

392. Par la suite, du milieu du XXe siècle à aujourd'hui, l'usage de l'isolement et de la contention a persisté, et ce malgré la découverte des neuroleptiques, l'avènement de la technique de psychothérapie ou encore le développement de la psychiatrie en général, en tant que branche de la médecine à part entière. Ces évolutions permettront seulement d'abolir définitivement certaines formes de contention, comme la camisole. Mais l'historique précédemment développé – bien que très succinct – explique que l'isolement et la contention ne soient plus banalisés comme auparavant : ce sont désormais des pratiques encadrées et réglementées.

Paragraphe 2. Repenser les pratiques d'isolement et de contention : prémices de la considération des droits et libertés du patient

393. Pour Philippe PAUMELLE, psychiatre français de la seconde moitié du XXe siècle, le « quartier des agités » revêtait un « caractère pathologique »⁶⁹⁰. Il reprenait ainsi le postulat de ses prédécesseurs, BONNAFE et TOSQUELLES, qui considérait l'hôpital psychiatrique non

⁶⁸⁷ M. LAFONT, *L'extermination douce. - La cause des fous, 40 000 malades mentaux morts de faim dans les hôpitaux sous Vichy*, ed le bord de l'eau, 2000.

⁶⁸⁸ I. VON BUELTZINGSLOEWEN « Les « aliénés » morts de faim dans les hôpitaux psychiatriques français sous l'Occupation », *Vingtième Siècle. Revue d'histoire*, vol. no 76, no. 4, 2002, pp. 99-115.

⁶⁸⁹ Idem ref 5, qui utilise la ref 6.

⁶⁹⁰ Philippe PAUMELLE, « Essais de traitement collectif du quartier d'agités », thèse de médecine, soutenue en 1952

pas comme un lieu de prise en charge thérapeutique, mais au contraire, comme un lieu non thérapeutique voir anti-thérapeutique, où la guérison est impossible, dans la mesure où les conditions d'hospitalisation entravaient toute évolution favorable du patient. Chacun de ces psychiatres postulait que les institutions - plus encore que les patients - étaient malades : maladie dont le retour des contentions était le signe majeur. De fait, pour guérir le malade, il fallait commencer par guérir l'institution hospitalière : celle-ci doit non seulement former des soignants compétents, être en capacité matérielle de recevoir les patients et savoir gérer les violences inhérentes au secteur de la psychiatrie, autrement que par la facilité d'une contention.⁶⁹¹

394. Quels étaient donc pour Paumelle, les outils de traitement de l'institution ? Pour PAUMELLE, la formation du personnel était déjà primordiale. Il mettait particulièrement l'accent sur l'écoute, l'observation et le dialogue avec le patient. Dans sa thèse, il énonce comment BONNAFE s'employait à recruter de jeunes infirmières, justement sans expérience, pour pouvoir leur enseigner de nouvelles méthodes de soin, sans qu'elles ne soient « contaminées » par les anciennes.⁶⁹² Si les infirmières ayant participé à l'arrêt de l'usage des contentions durant la période post-guerre ont pu y parvenir sans diplôme (le diplôme d'Infirmier de Secteur Psychiatrique ou ISP datant de 1953 seulement)⁶⁹³, celles qui le sont devraient en principe en être également capables. En ce sens, la formation continue est donc tout aussi importante que la formation initiale, confère la formation uniquement pratique que recevaient les infirmières avant la création dudit diplôme. « *Les psychiatres rénovateurs s'appuient sur le réseau des CEMEA et ses techniques d'éducation active pour former les infirmiers en poste et débutants aux sociothérapies et aux soins aux patients psychotiques. (...) Écouter, relier ce qui peut l'être, affronter ensemble les aléas de ces régressions parfois intenses crée des liens dont on n'a aujourd'hui pas la moindre idée. (...) La nécessité d'être compris oblige les psychiatres à être clairs. C'est à partir de cette théorie de plus en plus souvent teintée de psychanalyse que psychiatres et infirmiers retraitent ce que projettent sur eux les patients.* »⁶⁹⁴. BONNAFE remplace les anciens rapports par un suivi quotidien des malades qui se traduit par des observations écrites de la main des soignants (infirmières majoritairement) : écrits que BONNAFE décortique tous les jours, sur lesquels il entoure les évolutions pertinentes. Il prend également le temps de discuter avec les infirmières sur leurs observations. Ce suivi poussé et cette place laissée à l'humanité, tant dans le traitement du malade que dans les échanges entre soignants permettrait, selon PAUMELLE, de réduire voire d'abolir l'utilisation des contentions.

⁶⁹¹ D. FRIARD, *L'isolement en psychiatrie : séquestration ou soin ?* Éditions Hospitalières, Paris, 1997, rééd. Masson, 2002.

⁶⁹² Idem ref 6

⁶⁹³ A-M. LEYRELOUP, « Entre hier et aujourd'hui, le métier d'infirmier en psychiatrie », *Sud/Nord*, vol. 25, no. 1, 2010, pp. 121-128.

⁶⁹⁴ D. FRIARD, « Attacher n'est pas contenir », Colloque organisé par Serpsy au CH de Montpellier, février 2011

S. TOMKIEWICZ décrivait cette évolution comme une véritable transformation de la vie sociale de l'asile : « *Ce qui compte, c'est d'avoir impulsé une vie extraordinaire dans ce monde mortifère, ligoté, silencieux, où on n'entendait que plaintes, hurlements et injures. Désormais, la parole devait circuler, celle du médecin, celle des soignants et aussi celles des malades. Pour cela réunion sur réunion, à l'intérieur et même en dehors du temps de travail.* »⁶⁹⁵. Une anecdote illustre parfaitement la considération qu'avait le Dr PAUMELLE envers ses malades. Il n'hésita pas à faire garder sa propre fille par une des patientes les plus « agitées » de Maison Blanche⁶⁹⁶. Il s'employait quotidiennement « *à un monde où le bon ordre, la bonne contention, la discipline et l'administration deviennent les soucis essentiels, où le matériel, je rajouterai les procédures valent plus que le bien être du patient.* »⁶⁹⁷

395. En résumé, l'idée de PAUMELLE est de faire de l'hôpital psychiatrique un espace d'hospitalisation sociopète⁶⁹⁸ et sociofuge⁶⁹⁹, c'est-à-dire un lieu où le patient peut à la fois nouer des relations sociales s'il le désire et s'en isoler s'il en ressent le besoin (uniquement), où les infirmiers ne seraient pas pour surveiller les patients mais bien pour les soigner en étant formés pour gérer leurs crises, parfois violentes, sans pour autant recourir à la contention. PAUMELLE suppose la réversibilité de l'état de crise – ou d'agitation –, rendue possible par un traitement à la fois médical et social. Il utilise de nouvelles méthodes comme les électrochocs (encore utilisés aujourd'hui, bien que controversés), les cures d'insuline, les prescriptions médicamenteuses à visée uniquement thérapeutique (et non à titre de contention chimique), etc. A la lecture de ce listing, on s'aperçoit que certains traitements sont relativement violents. Mais pour PAUMELLE, ce n'est pas le degré de « force » du traitement qui compte, mais la manière dont on l'administre, comme ce serait le cas pour certaines opérations douloureuses pourtant consenties par le patient et qui lui seront bénéfiques. Pour adoucir ces traitements de choc, le Dr PAUMELLE propose d'ailleurs une solution agréable aux patients dès leur entrée en hospitalisation. Ces derniers peuvent entrer directement dans la vie active et sociale de l'établissement, en participant aux activités par exemple (art, gestion, ateliers cuisine ou cocktail, théâtre, sport, jeux de société, etc.), et ce qu'importe qu'ils soient bien ou pas : car, d'après PAUMELLE, il est inutile de garder à l'écart de ces activités un malade qui va mal !

⁶⁹⁵ S. TOMKIEWICZ, post-face de la thèse de Philippe PAUMELLE, « Essais de traitement collectif du quartier d'agités »

⁶⁹⁶ Asile dans lequel il exerçait

⁶⁹⁷ Op.cit. D. FRIARD au Colloque organisé par Serpsy au CH de Montperrin, février 2011

⁶⁹⁸ Du latin « *socius* », uni, et « *petere* », chercher à atteindre, ce terme est créé et utilisé en anglais (« sociopetal ») dans les années 1950-1960. Il est utilisé dans la langue française au moins dès 1971, à travers l'édition française de *La Dimension cachée* de E. T. HALL, traduit par Amélie PETITA. Ce terme signifie : « *Qui favorise le contact social de par sa configuration. Se dit notamment à propos d'un espace* ». Source : Encyclopédie.fr

⁶⁹⁹ Du latin « *socius* », « uni », et « *fuga* », « fuite », ce terme est également créé et utilisé en anglais (« sociopetal ») dans les années 1950-1960. Il est utilisé dans la langue française au moins dès 1971, à travers l'édition française de *La Dimension cachée* de E. T. HALL, traduit par Amélie PETITA. La définition est identique à celle de terme précédent (ref précédente). Ainsi, il existe également des espaces sociofuge et sociopètes (même opposition que pour les forces centrifuges et centripètes). Source : Encyclopédie.fr

Cela enlèverait d'ailleurs une grande part de la vertu thérapeutique de ces activités et interactions sociales. PAUMELLE cherche donc à éviter voire à supprimer la contention en privilégiant le retour à une vie sociale et humaine normale, régulée, contrôlée, avec un accompagnement réel des soignants, au-delà des contraintes administratives et institutionnelles.

Section 2. Etude de la contention, stade ultime d'atteinte à la liberté d'aller et venir du patient

396. La question du bien-fondé de l'usage des mesures d'isolement et de contention est, elle aussi très ancienne. Mais la prise en considération des évolutions juridiques internationale et nationale, ainsi que des enjeux éthiques nous poussent aujourd'hui à remettre en cause la question de l'utilisation de ces pratiques d'un autre temps⁷⁰⁰. Si l'isolement est une mesure clairement contestable dans la mesure où elle renforce l'enfermement institutionnel subi par le malade, la contention est sans doute la pratique la plus controversée, dans la mesure où elle rappelle les excès de la psychiatrie d'antan. Elle est d'autant plus controversée qu'elle regroupe un large panel de « soins » (Paragraphe 1) et qu'elle est, selon l'éthique actuelle, quasi-indéfendable (Paragraphe 2).

Paragraphe 1. La contention : des catégories différentes portant toutes autant atteinte à la liberté d'aller et venir du patient

397. Lorsque la thématique de la contention et de la liberté d'aller et venir en psychiatrie est abordée, le recours de la contention physique est très rapidement évoqué. Il convient dans un premier temps d'étudier la définition de la contention en psychiatrie. Étymologiquement, la contention vient de « *contentio* » qui signifie la « lutte » : il s'agit de l'immobilisation d'un malade pour mieux le soigner⁷⁰¹. Plus exactement, la contention est « *un procédé thérapeutique permettant d'immobiliser un membre, de comprimer des tissus ou de protéger un malade agité* »⁷⁰². Au sein d'un établissement de santé la contention est prescrite dans le but de prévenir les risques de chutes, pour maîtriser l'agitation d'un patient ou pour la réduire.⁷⁰³ Bien que les professionnels aient recours à cette technique en psychiatrie, celle-ci suscite des interrogations quant au respect de la liberté d'aller et venir⁷⁰⁴.

398. La contention (au même titre que l'isolement d'ailleurs) est explicitement défini dans le code de la santé publique comme une pratique de dernier recours pour prévenir un

⁷⁰⁰ H. K'OURIO & R. GOUREVITCH, « La balance bénéfice/risque en psychiatrie », *Soins psychiatriques*, n°299, juillet/aout 2015

⁷⁰¹ L'Encyclopédie Universalis : définition de la contention en 2005

⁷⁰² Le dictionnaire LAROUSSE, définition de la contention

⁷⁰³ Entretien avec le Dr CANTERINO, psychiatre à Lyon, cf Annexe 31

⁷⁰⁴ C. HANON & J-C. PASCAL, *Consentement et contrainte dans les soins en psychiatrie*, Montrouge, 2014

« dommage immédiat ou imminent pour le patient ou autrui », prise sur décision d'un psychiatre, pour une durée limitée et dont la mise en œuvre doit être effectuée sous surveillance stricte pour éviter tout risque pour le patient concerné⁷⁰⁵. L'ARS précise également que la contention « se caractérise par l'utilisation de tous les moyens, méthodes, matériels ou vêtements qui empêchent ou limitent les capacités de mobilisation volontaire de tout ou d'une partie du corps dans le seul but d'obtenir de la sécurité pour une personne âgée qui présente un comportement estimé dangereux ou mal adapté »⁷⁰⁶. Si elle est utilisée à des fins curatives ou préventives dans le cadre de l'hospitalisation sous contrainte en psychiatrie, elle n'en reste pas moins une mesure liberticide particulièrement extrême (A), et ce quel que soit son mode d'administration (B).

A. La contention, une pratique à l'impact extrême sur la liberté d'aller et venir du patient

399. Les patients, dans le cadre de leur hospitalisation sous contrainte, restent des individus ayant droits et libertés. La charte de la personne hospitalisée s'applique à leur cas et les soignants doivent en respecter les termes⁷⁰⁷. L'utilisation de la contention d'une manière générale peut être traduite par une atteinte aux droits de la personne hospitalisée dans le sens où elle se caractérise par une diminution de la liberté d'aller et venir évidente. En psychiatrie, la contention est utilisée à des fins sécuritaires et est motivée par des raisons thérapeutiques. Lors de la mise sous contention le patient se voit priver de cette liberté susmentionnée, puisqu'il est privé de sa liberté de mouvement, fondamentale à l'exercice de la liberté d'aller et venir, et se retrouve ainsi contraint non seulement par le cadre hospitalier mais aussi physiquement sans le vouloir, stade ultime d'absence de consentement. Pourtant, l'article 16 du Code civil déclare que « La loi assure la primauté de la personne, interdit toute atteinte à la dignité de celle-ci et garantit le respect de l'être humain dès le commencement de sa vie ». Ainsi il affirme donc que l'individu a droit au respect de son corps. L'individu est libre d'agir, de choisir, de se mouvoir, et dispose d'une liberté d'aller et venir. Pour contrer cet état de principe dans le cadre de l'hospitalisation et de la mesure de contention plus spécifiquement, les soignants doivent suivre un protocole bien précis qui leur permet de justifier de la nécessité d'une telle mesure liberticide et de son adaptabilité à la situation (profil psychologique et besoin du patient en question). La notion de contention paraît être en contradiction avec l'essence du cadre réglementaire établi

⁷⁰⁵ Article L.3222-5-1 du CSP : « L'isolement et la contention sont des pratiques de dernier recours. Il ne peut y être procédé que pour prévenir un dommage immédiat ou imminent pour le patient ou autrui, sur décision d'un psychiatre, prise pour une durée limitée. Leur mise en œuvre doit faire l'objet d'une surveillance stricte confiée par l'établissement à des professionnels de santé désignés à cette fin »

⁷⁰⁶ ARS Ile de France, « Flyer : la contention, c'est quoi ? », <https://www.iledefrance.ars.sante.fr/media/29835/download?inline#:~:text=La%20contention%20physique%20passive%20se,un%20comportement%20estim%C3%A9%20dangereux%20ou>

⁷⁰⁷ France Ministère de la Santé et des solidarités. Charte de la personne hospitalisée. Consultable sur le site www.santé.gouv.fr

pour préserver la dignité de la personne. Cependant aucun texte n'interdit expressément l'utilisation de la contention en psychiatrie, c'est pour cela que le corps médical à recours à cette méthode mais à condition de respecter la procédure d'usage de la contention.

400. La contention, bien qu'autorisée dans le cadre de la pratique médicale, présente parfois des aspects éthiquement et déontologiquement contestables, tant sur le plan juridique que sur le plan médical, en entravant la liberté d'aller et venir des patients (pratique liberticide) et en leur prodiguant un soin qui reste controversé et qui, pour certains d'entre eux n'est pas toujours perçu comme bénéfique (contexte parfois déshumanisant). Les professionnels de santé ont conscience que la pose d'une contention, bien qu'elle puisse être prescrite dans le but de recentrer les patients agités, va à l'encontre de la liberté d'aller et venir : « *on sait bien qu'on prive les patients de leur liberté, mais nous sommes en psychiatrie et parfois les contenir permet de les calmer lorsqu'ils sont en situation de crise* »⁷⁰⁸. Et si l'on pense directement aux attaches utilisées pour la contention lorsqu'on évoque cette mesure en hospitalisation sans consentement, il apparait que la contention peut également être chimique avant d'être physique. Dans tous les cas, l'atteinte à la liberté d'aller et venir du patient ne fait aucun doute.

B. Différentes méthodes pour un impact tout aussi liberticide

401. Au-delà de la définition étymologique et juridique du terme « contention », J. PALAZZOLO⁷⁰⁹ la définit comme étant une « *restriction, à des fins thérapeutiques, de l'espace évolutif d'un malade atteint de troubles mentaux* »⁷¹⁰. De fait, elle peut comporter des représentations diverses. En psychiatrie, différents types de contentions peuvent être utilisées et prescrites pour le patient⁷¹¹. La contention chimique, appelée aussi contention médicamenteuse chez les professionnels de santé, est celle qui est la plus répandue en psychiatrie, bien que beaucoup moins connue du « grand public » et donc, bien moins ouvertement critiquée. En UMD, les infirmiers s'en servent comme une « forme de contention » qu'ils utilisent lors de l'entrée du patient dans ce service. Elle consiste à utiliser des traitements médicamenteux, des psychotropes, qui ont un effet sédatif sur le patient et ainsi limiter tout mouvement. L'administration des neuroleptiques consiste à réduire tout mouvement sans devoir contenir physiquement le patient.⁷¹²

⁷⁰⁸ Entretien Sophie DELANNE, IDE au Vinatier, Lyon, cf Annexe 32

⁷⁰⁹ J. PALAZZOLO, B. LACHAUX, J.P. CHABANNES, « Isolement, Contention et Contrainte en Psychiatrie », Rapport du CPNLF, *Média Flash*, Paris, 2000

⁷¹⁰ R. CARRE, Contention physique : revue de la littérature et étude qualitative du vécu des patients. Thèse d'exercice. Université Toulouse III - Paul Sabatier (2014)

⁷¹¹ <https://www.santementale.fr/actualites/focus-sur-la-contention-en-psychiatrie.html>

⁷¹² Entretien Christian VAYSSE et ses collègues, UMD du Vinatier, Lyon, cf Annexe 35

402. Pour les patients récalcitrants mais pour lesquels des alternatives peuvent être plus facilement envisagés, il existe d'autres alternatives à la contention : il s'agit des services de soins appelés Unité Cognitivo Comportementale (UCC)⁷¹³. L'UCC s'appuie sur « *l'humanité* »⁷¹⁴ permettant ainsi de diminuer le contentieux et renforcer le soin relationnel. L'UCC conduit une démarche thérapeutique (non médicamenteuse de préférence) et diagnostique. L'accompagnement est pratiqué par une équipe pluridisciplinaire (psychologues, médecins, IDE...)⁷¹⁵. Plus globalement, la contention peut être extrapolée de bien des façons. La contention psychique se traduit par des injonctions émises par les soignants à l'égard des patients dans le but de le contenir et empêche le patient d'être libre de toute mobilité.

403. La contention architecturale⁷¹⁶, comme son nom l'indique, contient le patient dans un lieu précis. Le soignant utilise les locaux afin de réduire la libre mobilité des patients : fermer la pièce, mettre un bracelet pour éviter que le patient quitte un lieu restreint. Le service de l'UMD est déjà à lui seul contenant⁷¹⁷. Ces formes de contention sont, certes, peut conventionnellement (selon l'idée première que l'on se fait de la contention, par le seul usage d'attache) sont pourtant bien réelles et évoqués par tous les soignants interrogés dans le cadre de cette thèse. A titre de comparaison, le concept de contention architecturale est particulièrement utilisé dans le secteur carcéral. En effet, la cadre architecturale qu'impose la prison elle-même encadre le condamné, et permet certes de l'enfermer à titre punitif mais aussi de le recadrer et de le préparer dans un environnement restreint et maîtrisé (au bout d'un moment presque rassurant car devenu familier) à sa sortie (politique de réinsertion)⁷¹⁸. Cet encadrement est tout aussi nécessaire aux patients en psychiatrie, qui ont également besoin d'un tel encadrement. Après que le personnel soignant a eu recours au pouvoir de la parole, de la pharmacopée à doses suffisantes, le cadre législatif estime que la contention physique peut être utilisée, en dernier recours, conformément à l'article 72 de la loi du 26 janvier 2016 de modernisation du système de santé⁷¹⁹. Certes, la contention « architecturale » pourrait faire

⁷¹³ CIRCULAIRE du 15 septembre 2008 relative à la mise en œuvre du volet sanitaire du plan Alzheimer 2008-2012

⁷¹⁴ J. PELLISSIER & Y. GINESTE, *Humanitude*, ed Armand Colin, 2007 ; « *L'Humanitude s'intéresse aux liens qui permettent aux humains de se rencontrer quelque soit leur état, leur statut. Le maintien de ces liens s'appuie sur trois piliers relationnels, le regard, la parole, le toucher et un pilier identitaire, la verticalité. Ces quatre piliers constituent les bases incontournables, vitales des relations humaines positives tout au long de notre vie. En redéfinissant ce qu'est un soignant, ce qu'est la notion de personne et de personne aidée, l'Humanitude permet de professionnaliser au travers de 150 nouvelles techniques de prendre-soin, un véritable accompagnement dans la bientraitance.* » <https://www.humanitude.fr/1-humanitude/>

⁷¹⁵ Entretien Marie-France CALLU, cf Annexe 38

⁷¹⁶ Ibid

⁷¹⁷ Entretien Madame CALLU, cf Annexe 38

⁷¹⁸ D. SCHEER, « Conceptions architecturales et pratiques spatiales en prison. De l'investissement à l'effritement, de la reproduction à la réappropriation », *Revue de science criminelle et de droit pénal comparé*, vol. 2, no. 2, 2016, pp. 419-427.

⁷¹⁹ Inséré à l'article L. 3222-5-1 du CSP

penser à une forme de contention physique (au même titre que l'on peut le rattacher à une forme d'isolement), dans la mesure où le patient est physiquement limité dans ses mouvements (il ne s'agit pas de le limiter de façon médicamenteuse). Cependant, la contention physique, telle qu'elle existe dans la représentation collective, implique des entraves matérielles en contact direct avec l'individu (attaches par exemple).

404. Rappelons que la contention physique en psychiatrie, ne peut avoir lieu que dans le cadre d'une mesure d'isolement prévue pour garantir un environnement sécurisant pour le patient. La HAS définit la contention physique comme étant « *des moyens mis en œuvre pour limiter les capacités de mobilisation de tout ou une partie du corps ou pour limiter la libre circulation des personnes dans un but sécuritaire pour une personne ayant un comportement jugé dangereux ou mal adapté* »⁷²⁰. Au vu de cette définition donnée par la HAS, la contention met donc en question le principe de la liberté d'aller et venir en employant les termes de limitation de mouvements et d'autonomie. La contention physique ou manuelle consiste en une immobilisation physique du patient par tout moyen matériel⁷²¹. Le soignant a recours à sa simple force physique, comme son nom l'indique. C'est une contrainte volontaire de la part du soignant qui ne doit pas avoir d'autre moyen à cet instant précis pour légitimer cette action. La contention limite les capacités de mobilisation volontaires du patient dans le simple but d'éviter l'auto et l'hétéro agressivité⁷²². C'est une contention qui doit être prescrite sur un temps limité conformément à la loi du 26 janvier 2016. Elle doit donc rester un moyen thérapeutique et implique une surveillance de la part de l'équipe soignante⁷²³.

Mais si la contention paraît se justifier par le seul besoin d'encadrement pour bien des malades (ne serait-ce qu'à travers la contention architecturale, pour retrouver un rythme, un cadre connu et rassurant, entourant), ou par un impératif de sécurité (du patient lui-même, ou d'autrui), elle reste une mesure si extrême qu'elle pose bien des interrogations, notamment sur le plan de l'éthique médicale.

Paragraphe 2. La contention aujourd'hui : quelle réflexion éthico-juridique sur cette pratique liberticide ?

405. L'analyse étymologique évoquée précédemment peut, à elle seule, amorcer l'ambivalence de la contention⁷²⁴. Théoriquement, la contention est l'« *action de maintenir fortement un os fracturé ou une articulation luxée au moyen de broches, de plaques, de*

⁷²⁰ HAS : ÉVALUATION DES PRATIQUES PROFESSIONNELLES DANS LES ÉTABLISSEMENTS DE SANTÉ, 2017

⁷²¹ Ceinture, vêtements, barrières de lits, attaches poignets, draps, fauteuil

⁷²² Entretien Christian VAYSSE, cf Annexe 35

⁷²³ Cf Partie 1, Titre 2, Chapitre 2 de la présente thèse

⁷²⁴ Cf chapeau introductif du présent Paragraphe

bandages, de plâtre, etc. Moyens de contention interne, externe. Par extension. Moyens de contention, pour immobiliser un forcené, un animal. »⁷²⁵ Du point de vue de la psychiatrie, on peut donc définir la contention comme une limitation de l'autonomie et des mouvements au moyen d'un procédé physique, chimique et/ou d'un procédé mécanique. Littéralement on retrouve bien cette notion de lutte et de maintien ensemble : en effet, la contention va porter atteinte bien sûr à la liberté d'aller et venir, elle implique une relation d'inégalité entre le soignant et le soigné, voir même une relation de pouvoir dans laquelle le praticien est maître du jeu dans la mesure où il est celui qui attache et qui libère le patient. Il a, de fait, une double responsabilité. On peut dégager un cheminement philosophico-psychologique en trois points (A) avant d'en déduire un point de vue éthique (B).

A. La contention : analyse philosophico-psychologique

406. La première manière de penser la contention serait la « liberté versus la sécurité » : telle est généralement la formule selon laquelle on va placer et condamner la contention. C'est-à-dire que l'on va contenir une personne âgée désorientée, un patient atteint d'un trouble ou d'une maladie mentale au nom de sa propre sécurité, au nom de sa propre protection. Mais, contention est aussi le déverbal de « contenir ». ⁷²⁶ Contenir peut-être un joli mot qui évoque la main, le fait de retenir l'autre, la main qui représente le berceau du bébé, c'est donc aussi la main protectrice. D'ailleurs, on est même invité à faire des contentions lorsque l'enfant est petit : on sait même, de source scientifique, que l'enfant contenu contre soi a un développement cognitif beaucoup plus développé. On est ici dans une ambivalence et on se pose la question de savoir si l'on peut mettre au rang des vertus la notion de contention. Parler des « liens » utiliser pour la contention, philosophiquement parlant, peut être rattaché aux liens amoureux, quand on se tient par la main, quand on s'enlace. Donc derrière l'opposition liberté/sécurité, il existe également des notions de contention qui renvoient à des liens qui dépassent largement l'aspect sécuritaire. On peut même pousser le vice de l'analyse jusqu'à considérer qu'il peut y avoir un plaisir assez fort à sentir un lien, à se sentir lié voir soumis. Cette analyse revêt, certes, une certaine provocation philosophique, mais elle n'en est pas moins réelle pour autant. Donc on peut se poser la question de savoir si l'on peut considérer la contention comme rassurante, maternelle⁷²⁷. A partir de cette courte analyse, il s'agit de penser les conditions de ces « bons gestes » pour arriver à établir un semblant de « bonne contention », si tant est que l'on puisse la considérer. Bien sûr, cela semble relativement compliqué : là se joue le partage du bon et du mauvais, et comment articuler les deux dans une situation souvent d'urgence.

⁷²⁵ Dictionnaire de l'Académie française : <https://www.dictionnaire-academie.fr/article/A9C3822>

⁷²⁶ G. GIGERENZER, *Penser le risque : apprendre à vivre dans l'incertitude*, traduit par Juilien Randon-Fürling, Genève, 2009

⁷²⁷ P. GOSLING, *Psychologie sociale*, Paris, Bréal, 1996

407. Le deuxième angle de réflexion est le suivant : peut-on penser l'opposition entre dépendance et indépendance dans la notion de contention ? cette articulation pourrait-elle faire advenir une « bonne dépendance » ou une véritable « indépendance ». Lier quelqu'un c'est quand même le mettre sous sa dépendance, c'est-à-dire l'obliger à demander, à formuler sa demande, à verbaliser un désir et attendre que le lieur lui accorde une certaine satisfaction⁷²⁸. Nous sommes dans une relation que je qualifierais de paradoxale voir de provocatrice ici. Au fond de nous, nous avons tous une revendication d'indépendance qui nous sous-tend. Nous ne voulons pas dépendre de quelqu'un, c'est même un fondamental : refus d'avoir des comptes à rendre, dégoût voire peur de tout ce qui va transparaître de nous et empêcher une rencontre à l'autre. Aristote nous explique que pour vivre seul, totalement indépendant des autres, il y a deux solutions : être un Dieu ou être une bête.⁷²⁹ Mais, n'étant ni l'un ni l'autre, nous sommes pris dans des liens avec une volonté d'indépendance sous-jacente qui, de toute façon, est impossible. Si l'on essaye de penser cette relation ambiguë, nous sommes condamnés à une divinité ou condamné à une monstruosité⁷³⁰. Au final, la liberté, et surtout la liberté d'aller et venir, on veut la fantasmer de manière indépendante, mais pour autant est-ce possible ? Hegel⁷³¹ nous rappelle que l'on confond, dans notre revendication d'indépendance, deux types de libertés : la liberté totalement folle, celle soumise à l'imagination, qui pense une richesse des possibles, un épanchement des choix, et la liberté concrète, celle en actes, qui se réaliserait uniquement dans des petits choix, dans des suites d'évènements qu'on aurait choisies, auxquels on aurait adhéré. Cette liberté se réalise donc dans des contraintes, par des contraintes, dans des entraves et par des entraves. Donc, au final, le lien est très ambiguë dans la mesure où il n'est pas forcément synonyme de dépendance mais il n'est pas non plus synonyme d'indépendance. Cela pose ici la question de la liberté d'aller et venir, chez le patient et le soignant, qui se heurte avant tout à des questions d'organisation et de mise en pratique au sein d'un établissement de santé, dans le cadre de soins spécifiques. Nous sommes obligés de choisir, d'acter notre liberté et nous sommes même forcés à être libres. La métaphore de Robinson illustre très bien cet état de fait ; ce dernier ne devient réellement libre qu'à partir de l'arrivée de Vendredi.⁷³² Cette opposition de penser la contention entre dépendance et indépendance ne tient pas car nous sommes obligés de réduire la dépendance pour augmenter la liberté. Donc il s'agit plutôt d'interroger la qualité des liens que nous formons entre individus et, dans le cadre de la prise en charge psychiatrique, est-ce que ce lien imaginaire peut aller jusqu'au lien physique que représente la contention ; voilà la question éthique qu'il nous faut analyser dans le fond, évitant ainsi le cercle vicieux de l'opposition dépendance/indépendance.

⁷²⁸ N. MACHIAVEL, *Le Prince*, Paris, PUF, 2001

⁷²⁹ ARISTOTE, *La politique*, 335-323 av. JC

⁷³⁰ C'est globalement en ce sens qu'Aristote pense la « bête ».

⁷³¹ E. GAZIAUX, « La liberté selon Hegel : une invitation au débat pour l'éthique théologique ? », *Revue Théologique de Louvain*, 2004, 35-3, p. 316 à 342

⁷³² Michel TOURNIER, *Vendredi ou la vie sauvage*, Gallimard, 2012

408. Une troisième réflexion peut également être réalisée autour du couple autonomie/hétéronomie. En effet, lorsqu'on met en place une contention, le sujet est atteint dans sa propre autonomie, dans sa propre capacité à déterminer sa propre norme. D'ailleurs, en général, on verbalise assez peu la « contention » en psychiatrie, on va trouver des moyens autres, l'action va se faire sans réellement le verbaliser. En comparaison, dans certaines situations, en salle de réveil par exemple, ou en EHPAD, des contentions sont possibles pour protéger une personne qui déambule, une personne qui pourrait effectuer des gestes intempestifs sans qu'ils soient volontaires (salle de réveil, la désintubation par exemple, etc.). La contention revêt alors une autre vision parce que la personne concernée n'a pas ou plus autonome, parce qu'atteinte d'une dégénérescence ou est endormie pour des raisons chirurgicales auxquelles elle a d'ailleurs consenti. La notion de liberté d'aller et venir s'exerce pourtant tout autant, en particulier en EHPAD où le consentement n'est pas toujours recueilli voir recherché. Autrefois, en psychiatrie, on disait du malade qu'il était « aliéné »⁷³³ qui, du latin « *alienus* », signifie « étranger à lui-même », c'est-à-dire plus lui-même. L'individu n'était donc plus pensé par rapport à elle-même mais par rapport à une extériorité. Au final, il faudrait plutôt penser en termes d'altération des fonctions cognitives, comment la personne serait devenue autre, comment cette personne serait altérée en elle-même et, parce qu'elle serait hétéronome, alors on pourrait agir au nom de sa propre protection d'autonomie.

409. Au final, la contention, les liens qu'on impose à l'autre, pose directement la question de la responsabilité du soignant, mais en même temps nous place face au mythe de l'autonomie. Nous nous pensons depuis l'*Homo erectus* vers un *Homo* totalement *economicus*, hyper-individualisé, qui gère tout, hyper-rationnel, capable de tout décider.⁷³⁴ En pleine transparence, sommes-nous réellement capables de tout cela ? Freud nous rappelle qu'une telle conception est totalement illusoire car nous ne sommes jamais totalement hyper-rationnels, nous ne serons jamais totalement capables de décider par nous-même et que l'hypothèse même d'un inconscient vient détruire totalement cette idée utopique.⁷³⁵ Il nous faut donc accepter, à certains moments, d'être sous l'influence des autres, ne serait-ce que sous l'influence de la culture des autres, sous l'influence de notre propre culture, de la loi à laquelle on est soumis, etc. Mais est-ce que cette soumission peut aller jusqu'à une contention ; c'est la véritable question éthique.

B. De la soumission à la contention : approche éthique

⁷³³ Cf Introduction de la présente thèse

⁷³⁴ E. MORIN, *Leçons d'un siècle de vie*, Denoël, 2021

⁷³⁵ E. FROMM, « Le modèle de l'homme chez Freud et ses déterminants sociaux », *L'Homme et la société*, 1969, n°13, p.111-125 ; Sigmund FREUD, *Le mot d'esprit et sa relation à l'inconscient*, Gallimard, 1905, Folio, 1992

410. Sur le plan éthique, la réflexion au sujet de la contention semble se situer dans l'articulation que l'on va placer entre autonomie et hétéronomie, non pas uniquement dans la promotion de l'autonomie du patient, ni seulement sur la promotion de l'exercice d'un simple soin qui serait protocolisé et qui répondrait uniquement à une injonction médicale et/ou juridique. Donc penser la clinique avec la contention, c'est laisser une légitimité à l'hétéronomie du patient, c'est-à-dire comment il est « autre » et comment gérer cet « autre ». Comment protéger et faire en sorte que le patient redevienne entièrement lui-même en le faisant passer de son hétéronomie (le fait d'être dispersé, de revêtir parfois plusieurs personnalités) à une autonomie. C'est évidemment quelque chose que l'on ne peut ni anticiper ni protocoliser, mais c'est dans ce paradoxe que se joue un possible jeu social, une possible capacité de soins. En tout cas, l'autonomie versus l'hétéronomie pose une radicale dissymétrie qui nous appelle à une vigilance aux droits des patients et aux droits des soignants également. Une promotion trop impensée de la contention nous tromperait dans l'exercice de l'autonomie du patient et ne viserait qu'une hétéronomie. Une non-éthique de la contention entraînerait évidemment la tentation d'abus de pouvoir, avec une mauvaise perception du lien qui serait celle du contrôle, de la surveillance et non pas dans le soin.

411. Il ressort de cette courte analyse qu'il faut faire fi des conceptions fantasmées de la liberté : point souvent négligé par les opposants aux mesures d'isolement et de contention qui mobilisent souvent des conceptions de la liberté qui ne tiennent pas. Enfin, peut-on penser une « bonne contention », dans la mesure où son éviction totale semble être rendue impossible par les conditions même de l'hospitalisation (manque de moyens humains notamment) ? L'éthique nous montre que, devant cette radicale possibilité qui est en elle-même quasi-impossible, faisons le vœu que la recherche en psychiatrie avance pour éviter ou abolir de tels usages⁷³⁶.

412. Pour l'isolement comme pour la contention, lorsque l'on décide d'une mise en œuvre de l'une ou l'autre de ces pratiques, on se trouve dans le cadre d'une mesure d'exception. On réduit la liberté d'aller et venir et donc on porte atteinte davantage aux droits et libertés du patient concerné⁷³⁷. Il s'agit pour le soignant d'utiliser à bon escient la liberté de soins dont il dispose : la notion de « dernier recours » revêt alors toute son importance. Mais les dérives sont néanmoins fréquentes et interrogent sur le bien-fondé de ces formes de soins d'une autre époque.

⁷³⁶ E. LEVINAS, *Ethique et infini*, Paris, Fayard, 1982

⁷³⁷ Loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé, dite « loi Kouchner », JORF du 5 mars 2002, <https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000000227015/>

Chapitre 2. Isolement et contention : des pratiques liberticides aux bénéfices incertains

413. En 2022, 285 947 personnes ont été hospitalisées à temps plein en psychiatrie. Parmi elles, une grande majorité, soit 210 130 patients, ont été pris en charge exclusivement en soins libres, sans contrainte particulière. En revanche, 75 817 patients ont connu au moins un séjour en soins sans consentement, c'est-à-dire une hospitalisation imposée pour des raisons médicales et légales, sans l'accord du patient. Parmi ces patients hospitalisés sous contrainte, une proportion significative a été soumise à des mesures restrictives de liberté. Ainsi, 27 762 personnes, soit environ 36,6 % de ceux ayant connu un séjour en soins sans consentement, ont fait l'objet d'au moins une mesure d'isolement. La contention mécanique a été appliquée à 7 779 personnes, représentant 10,3 % des patients concernés par les soins sous contrainte. Ces résultats se concentrent uniquement sur les hospitalisations en psychiatrie à temps plein et exclut les mesures d'isolement et de contention appliquées dans des établissements non habilités à recevoir des patients en soins sans consentement⁷³⁸. De ce fait, les chiffres présentés offrent une vision précise mais partielle de la situation globale du recours à ces pratiques en France⁷³⁹.

414. Déjà, en 2015, la mise à l'isolement concernait 62% des patients hospitalisés en psychiatrie, sans compter les mesures d'isolement en UMD⁷⁴⁰. Puis, en 2021, la mesure d'isolement concernait près de 29 000 personnes en hospitalisation complète en psychiatrie, dont environ 85 % en hospitalisation sans consentement. Plus globalement, le recours à ce soin a concerné plus de 30 % des patients hospitalisés alors sans leur consentement. Et l'isolement peut parfois être accompagné de mesures de contention. Le recueil des chiffres exactes par l'IRDES n'est pas exhaustif, mais on sait déjà que cette même année, près de 10 000 patients en hospitalisation complète ont subi des mesures de contention mécanique, c'est à dire environ un tiers des patients placés à l'isolement, et plus d'un malade sur 10 hospitalisé sous contrainte. En outre, il existe des disparités importantes entre établissements, concernant la pratique de ces soins, de telle sorte que la prise en charge est réalisée de façon très inégale sur le territoire national.⁷⁴¹

⁷³⁸ E. TOUITOU-BURCKARD, C. GANDRE, M. COLDEFY, en collaboration avec A. ELLINI, S. SAETTA et le consortium Plaid-Care, « Isolement et contention en psychiatrie en 2022 : un panorama inédit de la population concernée et des disparités d'usage entre établissements », *Questions d'économie de la santé*, n° 286 - Février 2024

⁷³⁹ Cf Annexe 7

⁷⁴⁰ AtlaSanté, Santé mentale une base de données territorialisée, IRDES & DRESS, <https://santementale.atlasante.fr/#c=report> : cf Annexe 9

⁷⁴¹ CGLPL, Rapport d'activité 2021, publié en 2022, Dossier de presse.

415. En 2021, soit 10 ans après la loi de 2011 de réforme des soins psychiatriques sans consentement⁷⁴² en France, le recours aux soins contraints semble doucement décroître : une tendance qui mérite d'être poursuivie et qui s'inscrit dans l'objectif gouvernemental de réduction des recours aux prises en charges psychiatriques sans consentement⁷⁴³. Cependant, concernant les mesures d'isolement et de contention, ces usages sont loin d'être marginaux, en sachant que leur recensement reste compliqué et donc sûrement incomplet. En effet, depuis 2012 en l'occurrence, il est constaté que le recours à l'isolement reste en quasi constante augmentation. Effectivement, le nombre d'individus ayant subi une mesure d'isolement au cours d'une hospitalisation complète en psychiatrie a globalement augmenté de 19 % entre 2012 et 2021, et de 48 % s'agissant des hospitalisés sous contrainte⁷⁴⁴. Précisons tout de même que, suite à une sensibilisation sur ces pratiques d'isolement et de contention, la comptabilisation de leur fréquence d'administration ait été plus assidue. Néanmoins, l'augmentation est bien réelle. Ce constat, en revanche, va à l'encontre des objectifs gouvernementaux précédemment cités et ne répond pas vraiment aux recommandations internationales de bonnes pratiques en santé mentale de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS).⁷⁴⁵

416. Ces brèves analyses mettent en évidence une réalité contrastée. Si la plupart des patients hospitalisés en psychiatrie le sont en soins libres, un quart des hospitalisations se font sans consentement, avec un recours fréquent aux mesures d'isolement. Cette situation soulève des questions quant à la prise en charge et aux alternatives possibles pour limiter le recours à ces pratiques coercitives tout en garantissant la sécurité des patients et des soignants. En effet, le caractère liberticide de l'isolement et de la contention, et notamment d'un point de vue de la liberté d'aller et venir du patient, interroge sur la limite entre soin et contrainte pour chacune de ces méthodes et par extension sur le bénéfice réel qui peut en résulter (Section 1). Une interrogation d'autant plus légitime suite aux nombreux abus constatés encore récemment concernant leur utilisation, et qui questionnent sur la suffisance du cadre législatif alors en vigueur (Section 2).

Section 1. Rapport bénéfices/risques : des retours sur expérience peu concluants

⁷⁴² 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, JORF n°0155 du 6 juillet 2011, <https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000024312722/>

⁷⁴³ Ministère des Solidarités et de la Santé, Mise en œuvre de la feuille de route « Santé mentale et psychiatrie », État d'avancement au 21 janvier 2022.

⁷⁴⁴ Op. cit. : M. COLEFY, C. GANDRE, avec la collaboration de S. RALLO, « Les soins sans consentement et les pratiques privatives de liberté en psychiatrie : un objectif de réduction qui reste à atteindre », *Question d'économie de la santé*, n°269, Juin 2022

⁷⁴⁵ OMS, "WHO Quality Rights Tool Kit. Assessing and Improving Quality and Human Rights in Mental Health and Social Care Facilities", 2012 ; OMS, "Guidance on Community Mental Health Services", 2021.

417. Si l'on imagine sans peine – malgré les éventuels bénéfices - le caractère potentiellement traumatisant, anxiogène ou humiliant des pratiques d'isolement et de contention chez les patients qui les subissent, ainsi que pour leurs proches (Paragraphe 1), il apparaît que ces pratiques peuvent être tout aussi mal perçues par les professionnels concernés eux-mêmes (Paragraphe 2).

Paragraphe 1. Les patients en psychiatrie : un retour ambivalent, entre contrainte et encadrement

418. « On a une majorité de retours très négatifs sur ces pratiques, qui sont traumatisantes pour les patients mais aussi pour les soignants, parce qu'il y a une perte de sens dans la vocation du métier de soignant. » Julie JADEAU, volontaire à l'association Argos antenne de la Vienne.⁷⁴⁶ Le retour des patients est en effet majoritairement négatif concernant les mesures d'isolement et de contention. Cela ne signifie pas pour autant que le bénéfice retiré soit nul (A). Cependant le retour patient revêt une importance évidente, tant pour améliorer la qualité de la prise en charge que pour assurer une évolution pertinente de ces mesures (B).

A. Le retour patient sur les pratiques d'isolement et de contention

419. Les contrôles des mesures d'isolement et de contention sont limités au cadre de l'hospitalisation sans consentement. Elle ne concerne pas les urgences, alors même que ces deux mesures y sont régulièrement pratiquées. Johan, patient suivi régulièrement en psychiatrie, témoigne à sa sortie d'hospitalisation au Centre Hospitalier du Vinatier : « *Quand j'arrive à l'Hôpital, pour ne pas circuler dans les couloirs des urgences, on m'attache au lit. Je suis entravée, je ne peux plus rien faire, ça n'a pas trop de sens en fait. Le pire c'est que dès qu'on m'attache je m'énerve en fait. J'essaye de dialoguer parce que mon but c'est d'éviter cette torture, parce que pour moi ça reste une atteinte aux droits de l'homme d'être entravé à un lit et d'autres attaché comme ça pendant quelques heures, voir quelques jours parfois. Ça sert à rien en fait, parce que vous avez besoin d'aide, vous allez à l'Hôpital pour vous faire aider et tout ce qu'on trouve à faire c'est de vous attacher par mesure de sécurité.* » Une fois en unité spécialisée, plus de contention, mais les mouvements de Johan y restent restreints puisque, lors de sa dernière hospitalisation, il est resté en chambre d'isolement pendant 5 jours, dès son

⁷⁴⁶ Conférence de l'Espace Mendès France, Organisé en partenariat avec Argos antenne de la Vienne et le Comité d'éthique du centre hospitalier Henri Laborit de Poitiers. Dans le cadre des Semaines d'information sur la santé mentale, du 4 au 17 octobre 2021, sur le thème « Réflexion éthique sur l'isolement et la contention : quels sont mes droits ? »

arrivée⁷⁴⁷. « *Quand on est enfermé tout seul à l'intérieur d'une chambre, à rien faire et enfermé à double tour, le temps ne passe pas vraiment. Il y a juste une horloge qui vous indique le temps, mais on s'y retrouve pas au final. Les jours passent et se ressemblent. C'est la mort, c'est un mouvoir : moi je me suis senti abandonné en fait, on sait pas quoi faire de toi, on te met dans cet espace le temps que tu te calmes ou le temps que tu ailles mieux* »⁷⁴⁸.

420. Si le traumatisme qu'engendre – au moins au moment de sa mise en œuvre – l'isolement ou la contention, le bénéfice peut parfois être réel. En voici un exemple, avec un retour patient dont l'avis laisse à penser que ces deux méthodes ont été, pour lui, salutaires :

Pouvez-vous nous expliquer dans quelles circonstances vous avez vécu ces pratiques d'isolement et de contention :

« *J'ai connu la contention vers mes 19 ans. Cela faisait déjà 2 ans que j'étais suivi et là c'était lors d'une hospitalisation où j'étais relativement exalté, dans un sentiment de toute puissance, un électron libre. Du coup j'ai été attaché pendant 7 jours et je suis restée dans cette chambre d'isolement pendant 15 jours.* »

Vous souvenez-vous avoir échangé avec les infirmiers à l'époque à propos de cette méthode ?

« *Je n'ai pas eu l'impression qu'on m'expliquait grand-chose. Ça a été un peu violent mais ça a été surtout une réaction à un état exalté, à un état non contrôlable. J'ai perçu cette contention de façon assez violente mais je pense que c'était une réaction à un état qui était assez violent aussi et qui pouvait paraître ingérable.* »

Comment a évolué cette mesure ?

« *Ça a été assez progressif. Déjà dans la chambre d'isolement j'ai beaucoup prié pour garder un rythme à ma psyché pour pas sombrer. Du coup je récitais pour pouvoir avoir un rythme et me rendre compte du temps qui passe. Et puis j'avais quelques cigarettes toutes les 2-3 heures, donc ma logorrhée se développait avec les infirmières qui me surveillaient donc j'arrivais à me jauger à peu près, pour savoir si j'étais encore très speed ou pas. On m'a donné 1 heure de dessin par-ci par-là, sans gomme, donc ce que je marquais était un peu indélébile, ce qui me faisait un peu surveiller ce que je faisais. Progressivement j'étais détaché, j'avais quelques passages dans le service, puis retour en chambre, donc ça s'est fait assez progressivement et je me suis vu aller de mieux en mieux assez vite finalement. Je pense que ça aurait pris plus de temps si on ne m'avait pas mis des limites, si on ne m'avait pas contraint finalement à*

⁷⁴⁷ Il n'était pas hospitalisé en UMD : rappelons que le passage en chambre d'isolement est obligatoire lors d'une entrée en UMD.

⁷⁴⁸ Interview Johan, patient en psychiatrie, à sa sortie de l'Hôpital du Vinatier, Lyon, avril 2021.

redescendre assez rapidement et de la façon la plus encadrée possible. Même si c'était violent, au final avec le recul je pense que c'était nécessaire. »

Avec le recul, plus de 10 ans après, pouvez-vous digérer certains sentiments que vous aviez dans les suites immédiates de cet acte, qui étaient de l'ordre de la punition notamment ?

« Quand je suis sortie de cette chambre d'isolement j'étais encore attaché au lit. Quand le psychiatre est arrivé dans ma chambre, il m'a proposé de passer au lithium, donc c'était un changement de traitement assez important en fait. J'ai senti qu'il prenait les choses en main, qu'il réagissait et que je n'étais pas juste échoué sur ce lit à attendre que la punition passe, que les choses avançaient et j'ai commencé à lui faire confiance à ce moment-là. J'étais plutôt dans la provocation avant cela, j'essayais de montrer que tout allait bien, que je n'avais pas besoin de cela. Du coup cette prise en main m'a donné confiance. Avec le recul, j'ai considéré que c'était une étape importante dans mon parcours de soin : c'était un moment où on me posait des limites, tout n'était pas permis, et donc j'ai pu jauger ces limites par la suite et m'en rendre compte. »

Pensez-vous qu'il aurait pu y avoir une alternative, une autre façon de procéder pour vous faire redescendre à ce moment-là ?

« Je pense que j'étais vraiment dans la recherche des limites et dans l'excès. Donc j'étais vraiment, pas violent physiquement, mais ça pouvait se ressentir comme tel. J'étais assez ingérable et je pense que dans un service où il y a d'autres personnes, d'autres sensibilités, c'est compliqué d'avoir un électron libre aussi instable. Donc je pense qu'en discutant avec des infirmiers, en prenant le temps, peut-être que les choses auraient pu être gérées autrement. Mais bon, je pense qu'il n'y avait pas forcément le temps justement, les infirmiers n'avaient pas forcément les ressources pour pouvoir faire autrement à ce moment-là. Je pouvais avoir peur d'en arriver à ces extrémités-là, donc du coup j'ai essayé d'en reparler, d'en rediscuter. J'ai déjà eu une autre hospitalisation où je me suis retrouvée, après un acte violent avec un autre patient, dans une chambre d'isolement et j'ai eu peur de repartir dans ce schéma-là. Et en fait, en discutant avec les professionnels qui sont passés les uns après les autres dans la chambre d'isolement, je suis sortie au bout d'1 heure parce qu'ils ont vu que ça n'était pas nécessaire. Donc voilà, il y a d'autres possibilités et cette expérience m'a quand même servie à essayer de limiter la casse dans des réactions en chaîne et des escalades qui auraient pu me mener à de telles extrémités. Ça m'a permis une connaissance de moi-même différente, ça m'a permis de voir que tout n'était pas possible et que je pouvais apprendre à me connaître et à montrer aussi des faiblesses sans qu'on appuie dessus et qu'on s'en serve contre moi. J'avais un peu ce rapport avec la sphère

soignante, de me dire qu'en montrant mes faiblesses ça allait me desservir et j'ai vu, même avec le psychiatre qui m'avait mis en chambre d'isolement, lors d'un entretien des années après, que je pouvais montrer mes doutes sans que ça me desserve. Donc ça m'a aidé par la suite à essayer d'apprendre à me connaître, à essayer de me jauger, à essayer d'apprendre à connaître mes limites. D'une certaine manière ça m'a aussi aidé à conseiller d'autres gens qui seraient dans la provocation, de comprendre comment ça se passait et de voir comment on pouvait éviter ça. »⁷⁴⁹

421. Dans la continuité de ce retour relativement positif, paradoxalement, dans certains cas de figure en psychiatrie, il arrive que le patient réclame lui-même la contention, un état de fait qui met à mal la théorie des défenseurs de l'interdiction de la contention (Collectif des 39)⁷⁵⁰. Cependant, dans ce cas de figure, il n'y a de fait pas de contrainte puisque la pose de la contention est à l'initiative du patient lui-même⁷⁵¹. Malgré qu'elle soit un moyen sécuritaire, les dispositions relatives à la privation de liberté dans un but d'assistance ne sont pas mentionnées dans les lois et ne sont pas considérées comme une contrainte au sens strict. Rappelons que le Larousse définit la contrainte comme étant « *une action de forcer quelqu'un à agir contre sa volonté* ».

422. Mais évidemment, un patient réclame très rarement la contention. Il s'agit de cas très précis de patients qui sentent arriver une phase de violence ou d'agitation et qui, conscient, souhaite la contrôler. L'agitation est un trouble du comportement qui correspondant à une hyperactivité psychomotrice désordonnée et inadaptée. Elle témoigne d'une souffrance psychologique. L'agression quant à elle, traduit une pulsion intérieure que le sujet a besoin d'extérioriser. En psychiatrie, elle illustre un état de désespoir et un besoin pour le patient de se libérer d'un mal-être intérieur. L'agressivité donne lieu à de la violence pour l'individu lui-même ou pour des personnes extérieures.⁷⁵² Dans ces deux cas de figures, le patient arrive (parfois) à reconnaître la montée de ces troubles et ainsi demander la contention afin d'éviter tout débordement⁷⁵³.

⁷⁴⁹ Interview d'un patient en psychiatrie, à l'occasion de la Conférence de l'Espace Mendès France, Organisé en partenariat avec Argos antenne de la Vienne et le Comité d'éthique du centre hospitalier Henri Laborit de Poitiers. Dans le cadre des Semaines d'information sur la santé mentale, du 4 au 17 octobre 2021, sur le thème « Réflexion éthique sur l'isolement et la contention : quels sont mes droits ? »

⁷⁵⁰ <https://www.collectifpsychiatrie.fr/>

⁷⁵¹ La contention : droit, limites et perspectives (Bulletin de Actualités Sociales Hebdomadaires (ASH), 3077 - Cahier 2 [28/09/2018])

⁷⁵² Entretien Docteur CLAUDEL, cf Annexe 29

⁷⁵³ Guide des bonnes pratiques d'utilisation de la contention physique passive des patients adultes, CHU de Bordeaux. Septembre 2013. Disponible sur : <http://internes.chu-bordeaux.fr>

423. Il existe cependant des alternatives à la contention, surtout lorsqu'elle est demandée par le patient lui-même : il y a notamment la chambre d'apaisement.⁷⁵⁴ C'est un espace dédié à la gestion de la violence, de l'agressivité, du mal-être et du débordement psychique. C'est un lieu où le patient pourra diminuer l'émotion qui le contient. Il pourra être rassuré et parfois se soustraire un moment aux yeux des autres patients. En effet, certains patients se connaissent déjà bien (ainsi que leur maladie) et savent prévenir le risque. Pour cette raison ils demandent la contention ou l'isolement selon le cas du patient. Dans ce schéma, la contrainte devient par extension la psychose du patient lui-même⁷⁵⁵. C'est une décision volontaire de la part du patient. C'est donc lui qui restreint sa liberté pour limiter tous risques liés à sa pathologie.

424. Si les patients ont un retour mixte sur les mesures d'isolement et de contention, le témoignage des proches est autant empreint d'ambivalence. On note souvent un malaise vis-à-vis de ces mesures de contraintes : qui peut souhaiter voir un proche malade dans une chambre d'isolement ou contenu, sans qu'il y consente ? Le souhaiter reviendrait presque à une forme de perversion. C'est ce que rapporte, Dominique, mère d'Antoine (patient atteint de schizophrénie), interné à plusieurs reprises à l'Hôpital du Vinatier. Et elle n'est pas la seule dans ce cas.⁷⁵⁶ Ce témoignage reflète, là-encore toute l'ambivalence des mesures d'isolement et de contention. Pour les proches, l'isolement et la contention sont perçus à la fois comme des mesures presque libératrices, dans la mesure où la charge de la gestion de leur proche ne leur incombe plus, celui-ci étant sous la surveillance de l'établissement et des soignants, mais également comme une mesure d'une sévérité parfois insoutenable, dont on ne peut souhaiter la pratique sur l'un de ses proches.

425. Plus globalement, une étude effectuée en 2011 sur une cohorte de 30 patients ayant vécu la mise à l'isolement (étude réalisée à distance de cette expérience pour recueillir un point de vue le plus neutre et censé possible). La majorité d'entre eux témoignent d'une bienveillance

⁷⁵⁴ Entretien Dr CLAUDEL, cf Annexe 29

⁷⁵⁵ Entretien Marie-France CALLU, cf Annexe 38

⁷⁵⁶ « Mon fils est atteint de troubles mentaux depuis plus de 20 ans maintenant. Lors de sa dernière hospitalisation – c'était loin d'être la première – il est parti de chez nous attaché, sur la civière des pompiers. J'ai appelé trois jours plus tard pour prendre de ses nouvelles et l'infirmier m'a dit qu'il était toujours en chambre d'isolement, chose qui n'était encore jamais arrivé puisqu'il était généralement peu violent et rapidement coopérant. J'ai pu le revoir cinq jours après sa sortie de chambre d'isolement, en présence du psychiatre. J'ai donc demandé des explications au psychiatre sur la durée prolongée de son maintien à l'isolement. Il m'a répondu qu'il avait besoin de dormir, de calme pour discuter avec le personnel médical. Et, une fois passé la surprise de ce temps plus important que d'habitude, je dois reconnaître que j'ai retrouvé mon fils d'un état nettement amélioré et presque identique à celui qu'il adopte lorsqu'il va mieux. En comparaison, je l'avais déjà retrouvé, au bout de quelques jours d'hospitalisation, dans des états lamentables, où il était presque méconnaissable, parce qu'on avait utilisé sur lui la méthode de la camisole chimique plutôt que l'isolement et la contention physique. Au final, j'ai trouvé qu'il avait mis beaucoup moins de temps à se rétablir après son isolement qu'après une sédation un peu plus appuyée. Oui, c'est très dur pour une mère de savoir son enfant attaché, isolé, mais force est de constater que c'est pour son bien et que ça marche... » : témoignage de la mère d'un patient interné à l'hôpital du Vinatier, suite à sa demande d'hospitalisation sous contrainte.

des soignants durant la réalisation de cet acte et 40% reconnaissait que la mise en chambre d'isolement leur avait été utile. Cependant, tous percevaient l'isolement comme une expérience difficile à vivre, pouvant être traumatisante et qui implique un impact émotionnel négatif persistant pendant et après la mesure.⁷⁵⁷

426. Sur la base de cette étude et des différents témoignages recueillis, des pistes de réflexion concernant l'encadrement de ces mesures se dessinent. Les patients expriment régulièrement la volonté d'un véritable débriefing post-isolement ou post-contention, afin d'en comprendre - et d'en accepter plus facilement - les raisons. Cet échange permettrait de contrer au moins en partie les effets négatifs de ces mesures humainement dégradantes.⁷⁵⁸ Cependant, cet échange nécessite de respecter un certain formalisme pour être efficace. Il est effectivement nécessaire que le patient reçoive une information appropriée (qu'il est en principe davantage en état de recevoir puisqu'il n'est plus dans un état de crise tel que celle ayant conduit à la mesure d'isolement ou de contention) sur le comportement ayant justifié la mesure par exemple. Si cette information est délivrée convenablement, le patient peut l'analyser à bon escient et aviser de la suite de son séjour hospitalier en connaissance de cause. La mesure d'isolement ou de contention aura donc eu un effet préventif double : au moment de la poussée délirante ou violente et pour prévenir les conduites à risque à l'avenir.

B. Les associations de patients, porte-parole de ces derniers

427. « *J'ai l'impression que le pragmatisme et la vie de tous les jours des personnes qui sont en situation de handicap psychique prouvent que ces dernières sont capables mais vulnérables, et surtout elles n'ont que des moments d'incapacité.* » exprime Claude FINKELSTEIN, présidente de la Fédération Nationale des Associations d'usagers en PSYchiatry (FNAPSY)⁷⁵⁹ et elle-même usager des services de soins psychiatriques. Elle poursuit avec un exemple, en faveur de l'usage de l'isolement et de la contention physique : « *L'un de nos membres, qui est au conseil d'administration, a régulièrement des périodes « up » qui sont assez embêtantes puisqu'il passe alors par une phase hyperactive, avec des gestes qui peuvent parfois faire peur, des idées qui le mettent en danger, etc. Un jour nous avons senti venir cette phase « up » dans son comportement. On a tous essayé de faire bloc autour de lui, de le retenir en essayant de le convaincre, de discuter avec lui, de l'apaiser. Nous étions nombreux à le surveiller en appelant régulièrement, en allant le voir, etc. Malgré tout ce que l'on a pu faire, il est parti en douce et il a été retrouvé à Dijon : le médecin de l'Hôpital psychiatrique de Dijon m'a appelé à sa*

⁷⁵⁷ N. CANO, L. BOYER, C. GARNIER, et al. « L'isolement en psychiatrie : point de vue des patients et perspectives éthiques », *Encephale*, 2011 ; 37 : S4-S10.

⁷⁵⁸ T. MEEHAN, C. VERMEER, C. WINDSOR, "Patients' perceptions of seclusion: a qualitative investigation.", *J Adv Nurs*, 2000 ; 31 : 370-7.

⁷⁵⁹ Il s'agit d'un ensemble d'associations de patients, environ une soixantaine, composées d'usagers exclusivement, soit environ cinq mille personnes au total.

demande. Là, évidemment j'ai dit qu'il fallait le garder parce qu'on savait qu'il n'était pas bien. Donc, dans certains cas, vous avez beau faire, la contrainte est obligatoire. »

Rappelons le contexte de la mise en isolement ou en contention. Cela fait, en principe, suite à un état de crise, qui peut se définir comme la manifestation soudaine et violente de sentiments, d'une maladie ou d'un état anormal⁷⁶⁰. Selon certains patients interrogés, cette violence interne est suivie d'une violence externe qui rend l'ensemble encore pire. *« On vous attache, on vous met à l'isolement, vous ne pouvez parler à personne, vous pouvez juste crier au mur qui ne renvoie rien du tout. En règle générale, quand on a une crise on est déjà très tétanisé, on est très énervé, donc on vous met à plat, on vous attache comme ça et on vous laisse vous débattre seul. Chez nous, à la FNAPSY, on dit souvent qu'un psychiatre qui commence sa carrière devrait passer par un comité d'usagers qui l'attache sur le lit dans les mêmes conditions et que, s'il a envie de faire « pipi » et bien pas tout de suite. Moi, j'en connais qui ont bu leur urine, et je ne vous parle pas des chambres d'isolement sans fenêtre. »*⁷⁶¹

428. L'isolement et la contention sont-ils des « soins » ? A en croire les différents acteurs des soins sans consentement, du patient lui-même au JLD, en passant par les soignants, oui et non ! Attacher quelqu'un n'est pas, à proprement parler un soin, ou ce serait un soin très paradoxal. Mais tout dépend comment cela a été amené, comment la mesure a été expliquée au patient, tout dépend combien de personnes sont là pour l'attacher, tout dépend du contexte créé pour pratiquer ces mesures (anxiogène ou non), tout dépend aussi de l'approche des soignants (temps de parole, d'explication, d'écoute, d'accompagnement pendant et après la réalisation de l'acte de contention ou d'isolement), etc. D'après les témoignages des patients entendus dans le cadre de cette thèse, dans un moment de crise, la parole n'arrive pas à sortir, ou en tout cas pas « normalement ». Le fait pour un patient de ne pas se sentir entendu, écouter, pris au sérieux dans sa souffrance est, semble-t-il, l'élément le plus traumatisant dans l'isolement ou la contention.

« Il y a une peur de la violence en psychiatrie par les soignants qui, pour nous, est inadmissible. Parce que la psychiatrie c'est la violence de la maladie en premier lieu pour le patient. Le personnel doit pouvoir comprendre cette violence et pouvoir y faire face. Si ce n'est pas le cas, c'est que la formation est insuffisante ou inappropriée ! Parce que contentionner ou isoler un malade en prévention d'une violence éventuelle envers les soignants, c'est inadmissible et ça existe pourtant plus souvent qu'on ne le pense. (...) Tous ceux que je côtoie à la FNAPSY qui

⁷⁶⁰ Dictionnaire Larousse 2021

A l'appui, témoignage de Claude FINKELSTEIN : *« La crise, c'est une violence interne insupportable. La violence qui est à l'intérieur, qu'on ne peut la plupart du temps pas exprimer parce qu'on n'a pas les mots, parce qu'on ne nous écoute pas, parce qu'on crie, elle est insupportable. Je peux vous le dire parce que, en ce qui me concerne j'ai sauté par la fenêtre à plusieurs reprises, ce qui a entraîné une vingtaine d'opérations avec des souffrances physiques énormes, mais jamais rien à voir avec la souffrance psychique. C'est là, en vous, vous n'en sortez pas et vous ne pouvez pas arrêter seule. »*

⁷⁶¹ Ibid

*ont été isolé ou contentonné un jour finisse par me dire « on est traité comme des bêtes », parce que ce qui manque, c'est la parole. »*⁷⁶²

Lors des « cafés philosophiques » organisés par la FNAPSY, permettant aux usagers qui en sont membres de se retrouver, ce qui ressort surtout c'est que chaque patient (chaque usager en l'occurrence) a eu son moment de violence, à un moment ou à un autre. Il est fréquent d'entendre lors de ces réunions, que la plus grande peur de ceux qui subissent la maladie mentale est de passer le cap de la violence. *A minima*, après avoir contentonné ou isolé un individu, la parole et l'échange sont primordiaux pour lui permettre d'accepter l'acte qui lui a été imposé, de le comprendre parfois et de mieux le vivre *a posteriori*.⁷⁶³

429. L'isolement et la contention sont donc des sujets très ambivalents. Il est certain que, *a priori*, ce sont des techniques traumatisantes, mais il y a certaines expériences où, *de facto*, elles semblent efficaces bien que marquantes. Cependant, plusieurs études réalisées auprès de patients ayant subi une ou plusieurs mesures d'isolement et/ou de contention démontrent que les malades vivent fréquemment ces pratiques avec un sentiment de colère, de peur, se sentent généralement humiliés, déshumanisés. Revient régulièrement le sentiment d'impuissance, une démoralisation inhérente, un sentiment de détresse physique et mentale, et une atteinte majeure à l'intégrité. Bien que des ressentis positifs soient également décrits, ils restent minoritaires avec seulement 3 études sur 12 rapportant des effets positifs, là où la totalité rapportent des effets négatifs. Évidemment, le biais de ces études est à considérer, les patients pouvant s'en servir comme d'un moyen d'expression de leur désaccord face à ces méthodes coercitives. Cependant, certains retours semblent tout à fait pertinents, même sans besoin d'avis médical : certains patients évoquent même le traumatisme que peut causer la contention en leur rappelant leurs propres expériences de vie (viol, abus, violences, etc.). La moitié des études démontrent que les patients se sentent punis plus que soignés et accompagnés⁷⁶⁴.

430. Finalement, sur le plan thérapeutique, l'enjeu de la prise en charge autour des mesures d'isolement et de contention est primordial. En effet, considérer que ces mesures coercitives sont une première phase bénéfique pour la suite du traitement parce qu'il serait potentiellement mieux accepté par le patient suite à un sa mise à l'isolement ou sa contention (prétendu bien-être retrouvé, soulagement) reviendrait à occulter tout l'impact négatif avéré de ces mesures. En effet, l'hypothèse selon laquelle la poursuite des soins pourrait être limitée voir compliquée à la suite de ces mesures liberticides est tout aussi vraisemblable. L'isolement et la contention

⁷⁶² Ibid

⁷⁶³ Dr Redoine HAOUÏ, Colloque « Contention et isolement : aux limites de la loi et du soin ? », Espace de réflexion éthique BFC, 22 août 2022.

⁷⁶⁴ TD. STROUT, « Perspectives on the experience of being physically restrained : an integrative review of the qualitative literature », *International Journal of Mental Health Nursing*, 19(6):416-27, december 2010 : repertoire de 12 études menées entre 1996 et 2009 et regroupées en quatre thèmes (l'impact psychologique négatif, la « retraumatisation », les perceptions de pratiques non éthiques, la sensation « d'esprit brisé »).

seraient alors une première approche de la relation thérapeutique patient/soignant très négative, créant un sentiment péjoratif, voir traumatisant du contexte de soin et des soignants en tant qu'exécutants. Ces mesures risquent d'altérer de façon significative la confiance du patient envers le soignant et donc de compromettre l'engagement du patient dans son propre processus de soin.⁷⁶⁵ Le retour des professionnels sur ce point confirme ce constat alarmant.

Paragraphe 2. Le retour des professionnels, acteurs de ces mesures

431. « *Homo homini lupus est* »⁷⁶⁶ : ces propos du Thomas Hobbes sous-entendent que la violence fait partie de la nature humaine. Dans le cadre des soins contraints, la violence est une préoccupation majeure et un problème récurrent : en témoignent les nombreux faits divers ayant scandalisés l'opinion publique⁷⁶⁷. Dès lors, il est important de définir la notion de violence afin d'apprécier son existence dans le secteur de la psychiatrie : « *Il y a violences quand, dans une situation d'interaction, un ou plusieurs acteurs agissent de manière directe ou indirecte, massée ou distribués, en portant atteinte à un ou plusieurs autres, à des degrés variables, soit dans leur intégrité physique, soit dans leurs participations symboliques et culturelles.* »⁷⁶⁸ Si la violence psychiatrique a toujours existé, elle fait actuellement l'objet d'une évolution significative, dans la mesure où elle est davantage mise en avant par les professionnels de ce secteur médical.⁷⁶⁹ Il paraît tangible de considérer la contention physique comme une contrainte ayant pour but principal de protéger le personnel soignant ou le patient lui-même de toute violence auto ou hétéro-agressive, et pour but secondaire d'apporter une aide dans l'administration des soins, lorsque le patient les refuse malgré leur nécessité. A première vue, ces buts sont justifiés par la seule constatation d'une prévalence de cette violence dans le secteur psychiatrique par rapport aux autres secteurs médicaux.⁷⁷⁰ Cependant, malgré l'intérêt que semblent pouvoir en tirer les soignants, la pratique quotidienne apporte à ces derniers une vision éclairée du bien-fondé de ces mesures⁷⁷¹. Bien que les effets bénéfiques puissent être réels, sans parler du côté pratique de l'usage de ces mesures sur le plan organisationnel, l'isolement et la contention ne sont pas

⁷⁶⁵ Y. KHAZAAL, C. BONSACK, F. BORGEAT, « La contrainte en psychiatrie : actualités et perspectives », *Revue Medicale Suisse*, 2005 ; 1 : 515-8.

⁷⁶⁶ Comprendre « L'homme est un loup pour l'homme » : Thomas HOBBS, *Leviathan*, ed East India Publishing Company, 2020

⁷⁶⁷ A titre d'exemples : 1) Affaire Romain Dupuy : D. DELSENY et F. LOISY, « Le tueur des infirmières de Pau autorisé à quitter l'unité pour malades difficiles », *Le Parisien*, 9 juin 2022, <https://www.leparisien.fr/faits-divers/le-tueur-des-infirmieres-de-pau-autorise-a-quitter-lunite-pour-malades-difficiles-09-06-2022-QQIFN7QATZEPHFWDJWJQGEKZQY.php> ; 2) Un psychiatre poignardé par un patient à l'hôpital Marchant à Toulouse : « Un patient poignarde un psychiatre de l'hôpital Marchant de Toulouse », *La Dépêche*, 07 mars 2023, <https://www.ladepeche.fr/2023/02/23/info-la-depeche-un-psychiatre-de-lhopital-marchant-de-toulouse-poignarde-par-un-patient-11018564.php>

⁷⁶⁸ Y. MICHAUD, *Violence et politique*, ed Gallimard, Paris, 1978, p.20

⁷⁶⁹ « La violence en psychiatrie », *Santé mentale*, n°82, novembre 2003.

⁷⁷⁰ GBEZO, E. BERNARD, *Les soignants face à la violence*, Rueil-Malmaison, Ed Lamarre, 2005, 227p.

⁷⁷¹ M. LACASSAGNE, « Le vécu de l'infirmier lors de la contention physique d'un patient agité en psychiatrie », Auch, IFSI du Gers, 2012

toujours bien accueillis par les professionnels de santé eux-mêmes (A), de par le caractère contestable du bénéfice qui en résulte (B). En outre, l'usage du pyjama, pratique banale dans les autres secteurs médicaux, revêt un caractère bien particulier en psychiatrie et un impact sur le bien-être du patient tout aussi contestable (C), tendant à se demander quel avenir concéder à cette mesure, parfois considéré comme une extension de l'isolement.

A. Les soignants, affectés par les mesures d'isolement et de contention

432. « En psychiatrie, les troubles sont sévères et il y aura toujours des patients qui auront besoin d'être hospitalisé à un ou plusieurs moments de leur vie. Actuellement, on ne voit pas comment, à moins de changements dans les médications, pallier cet état de fait. Les patients ont parfois besoin à certains moments de leur hospitalisation d'être isolés, soit parce qu'ils sont dangereux pour eux-mêmes, soit parce qu'ils sont dangereux pour les autres, la maladie faisant qu'il sont inconscients des actes qu'ils ont à ce moment-là. (...)

*On souhaite tous (les soignants) que ces pratiques d'isolement et de contention soient pratiquées au minimum, parce qu'elles sont traumatisantes pour la personne qui les vit, et elles sont traumatisantes pour les soignants qui doivent l'appliquer, parce que cela ne se passe pas forcément facilement. Seulement, il faut bien le dire quand même, nous ne sommes pas dans une situation qui favorise les choses. Nos moyens humains se sont appauvris au cours des 15 dernières années. Cela s'aggrave avec la crise du Covid ; beaucoup de soignants partent, dans tous les services, de nombreux postes infirmiers notamment ne sont pas pourvus, il manque plus d'un quart de médecins psychiatres hospitaliers sur le territoire français, etc. ».*⁷⁷² Selon Sylvie PERON, médecin psychiatre à Poitiers, cette surcharge administrative que va engendrer le contrôle des mesures d'isolement et de contention pose bien des soucis. Certes, ce contrôle contribue au respect des droits et libertés des patients hospitalisés, mais est-ce vraiment nécessaire ? Le personnel soignant n'a, d'après le Dr PERON, aucun intérêt à abuser de l'isolement et de la contention, dans la mesure où ces traitements sont difficiles à mettre en œuvre (patient réticent, violence, traumatisme de part et d'autre, attention particulière à accorder au patient pendant la durée du soin, etc.). Le rajout de certificats médicaux complémentaires ne changera probablement rien à l'usage de l'isolement et de la contention, en revanche cela ne fera qu'alourdir les procédures administratives, dans un contexte hospitalier dépourvu de moyens humains suffisants. Le risque est donc que les soignants mettent en place des « subterfuges » pour pallier au manque de personnel, en préparant par exemple des modèles types de certificats ou en recopiant des certificats préexistants sans pour autant chercher à examiner le malade plus qu'avant.

⁷⁷² Dr Sylvie Péron, psychiatre, lors de la Conférence de l'Espace Mendès France, Organisé en partenariat avec Argos antenne de la Vienne et le Comité d'éthique du centre hospitalier Henri Laborit de Poitiers. Dans le cadre des Semaines d'information sur la santé mentale, du 4 au 17 octobre 2021, sur le thème « Réflexion éthique sur l'isolement et la contention : quels sont mes droits ? »

433. Le retour des soignants, et notamment des infirmiers n'est pas forcément meilleur quant à leur degré d'affectation lors de la réalisation d'une pratique d'isolement ou de contention. 22% d'entre eux auraient été blessés lors d'une réalisation de contention.⁷⁷³ Beaucoup disent ressentir un sentiment d'anxiété, être inconfortable avec l'exercice, un sentiment de culpabilité vis-à-vis du patient concerné, une colère et une forme d'impuissance, un constat d'échec.⁷⁷⁴

Le problème organisationnel est également un point bloquant important. En effet, les médecins psychiatres doivent faire les certificats médicaux régulièrement, que ce soit la nuit, le jour, les week-end, les jours fériés, etc. Il existe une permanence des soins à l'hôpital, cependant cette permanence s'appuie aussi sur des internes, qui sont des médecins en formation et qui ne sont plus autorisés à réaliser les certificats médicaux. La permanence des soins a dû être revue ainsi que les astreintes des médecins seniors uniquement pour les certificats médicaux... D'après le Dr PERON, il peut y avoir en moyenne 25 certificats par patient interné en hospitalisation complète sur le temps de son hospitalisation, en comptant par exemple ceux pour les entrées et sorties du service pour une permission ou un examen médical dans un autre service, etc. Il existe également un problème lié à la diminution du nombre de psychotropes efficaces dans les états agités, angoissés, les phases de violence, etc. Les soignants en associaient plusieurs et cela était très efficace, bien que rapporté à une forme de camisole chimique. Après la crise, il était également plus facile de discuter avec les patients d'après le Dr LAMOTHE, psychiatre lyonnais. Actuellement, cela n'est plus possible pour des raisons de responsabilité médicale ; il n'est plus possible d'associer certains médicaments entre eux. Le Dr PERON fait le même retour. Elle ajoute également que la recherche médicale dans le secteur de la psychiatrie est au point mort, aucun nouveau médicament n'est sorti récemment et les laboratoires pharmaceutiques ont plutôt tendance à arrêter la production de certains d'entre eux, dont les coûts de production sont trop élevés. Au Centre hospitalier Henri Laborit de Poitiers, en 2020, il y a eu 323 mesures d'isolement sur 235 patients. Par rapport à 2019 dans ce même établissement, une baisse de 30% du nombre d'isolements a été constatée. Depuis 2017, le Centre hospitalier Henri Laborit tient un registre informatique des mesures d'isolements et de contentions, sur lequel figurent les médecins ayant fait les certificats, les infirmiers qui s'occupent du suivi des patients, la durée de chaque mesure, etc. Ce CH a également travaillé sur la création « d'espaces d'apaisement », c'est-à-dire des pièces ouvertes où les patients sentant arriver une crise peuvent, par eux-mêmes, demander à y être isolés : il peut s'y rendre seul ou accompagné d'un soignant qui lui proposera une médiation comme de la relaxation par exemple. C'est un moyen supplémentaire existant avant le recours à l'isolement ou à la contention. Les événements indésirables graves sont également répertoriés par le service de la

⁷⁷³ B. STUBBS, « The manual handling of the aggressive patient: a review of the risk of injury to nurses », *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 2009, 16(4), p. 395-400.

⁷⁷⁴ S. BIGWOOD & M. CROWE, « It's part of the job, but it spoils the job: a phenomenological study of physical restraint », *International Journal of Mental Health Nursing*, 2008, p. 215-222.

qualité de l'hôpital. Enfin, les professionnels du soin sont formés, une formation qui s'effectue en plusieurs étapes : comment utiliser et entretenir le matériel (de contention notamment), comment gérer la violence du patient en crise. Sur ce dernier aspect, la formation Oméga, canadienne, est de plus en plus utilisée dans les établissements de santé mentale français. Elle préconise notamment la « contenance », technique manuelle et orale permettant d'envelopper le patient dans un geste plus rassurant qu'agressif, tout en l'entourant de paroles appropriées, rassurantes et apaisantes. Il est nécessaire de réaliser des formations de psychologie institutionnelle, notamment pour les infirmiers qui, dans le cadre de leurs études, ne sont pas formés spécifiquement au secteur de la psychiatrie.⁷⁷⁵ Dans certains établissements psychiatriques, des commissions transversales entre soignants sont également mise en place, permettant les échanges entre professionnels de santé (chacun avec sa propre expérience), pour trouver des solutions alternatives à l'isolement et la contention⁷⁷⁶.

Gilles DEVERS, avocat et ancien infirmier en psychiatrie témoigne des excès causés par le manque de moyens humains dans les services : « *Je vois des équipes qui ferme leur service alors que la dangerosité des patients qui y sont ne le justifie pas. Il y a une différence entre fermer l'enceinte de l'hôpital pour garantir la sécurité publique et fermer un service ; c'est une forme d'isolement déguisée et très hypocrite. Le patient n'est pas enfermé dans sa chambre, mais en pratique il ne peut pas sortir de son service du tout. On voit des pratiques de mise à l'isolement qui sont sidérantes.* ». Ce constat est rapporté indifféremment par la majorité des praticiens en psychiatrie⁷⁷⁷. Cette analyse est reprise par Linda Sales Caires, cadre de santé au Centre Hospitalier Paul Girard, dans l'analogie – ou plutôt la proportionnalité plus ou moins justifiée - qu'elle fait entre modèle de violence⁷⁷⁸ et réponse par les mesures d'isolement ou de contention. « *Pour Romain, le choix de la contention physique semblait répondre à une violence « pathologique ». Il a menacé le personnel soignant puis agressé physiquement un infirmier. Ce comportement agressif à l'encontre des soignants, mais aussi envers d'autres patients, s'est répété, le patient a donc été à plusieurs reprises isolé et/ou mis sous contention. Par contre, le placement de Thierry en chambre d'isolement traduit clairement une carence institutionnelle. Il n'existait pas de place dans un service mieux à même de gérer des patients atteints d'autisme, alors il s'est retrouvé dans une unité six mois à cause d'un manque de structure adaptée. Par contre, le cas de Lauriane relève davantage du modèle situationnel/interactionnel. Effectivement, le fait de mettre Lauriane en chambre d'isolement et*

⁷⁷⁵ A. PERRIN-NIQUET, « Formation et pratique infirmière en psychiatrie : une structuration mutuelle », *Soins psychiatrie*, n°277

⁷⁷⁶ J. GUIVARCH & N. CANO, « Usage de la contention physique en psychiatrie : vécu soignant et perspectives éthiques », *L'Encéphale*, n°39, 2013.

⁷⁷⁷ P. TOUZET, « Soins sous contrainte, soignants sous contrainte », *Soins Psychiatrie*, n°295, sept/oct 2014

⁷⁷⁸ Op. cit. DUBURY, JOY, WHITTINGTON, RICHARD, « Causes and management of patient aggression and violence: staff and patient perspectives », *Journal of advances Nursing*, vol. 50, n°5, 2005, p.469-478 ; NIJMAN, HENK, CAMPO, JOOST, RAVELLI, DICK, MERCKELBACH, HARALD, « A tentative Model of Agression on Inpatient Psychiatric Wards », *Psychiatric Services*, vol. 50, n°6, Juin 1999, p.832-834.

*sous contention après un entretien médical ne semble pas, a priori, correspondre à un but thérapeutique. Il apparaît clairement dans cette situation que les mesures de contrainte engagées vis-à-vis de la patiente sont d'ordre disciplinaire. »*⁷⁷⁹

434. Le meilleur garant contre l'abus d'usage des mesures d'isolement et de contention serait donc une amélioration organisationnelle au sens large, passant en premier lieu par l'augmentation des moyens humains (nombre de soignants/patient, expérimentation des soignants) découlant sur une amélioration du lien thérapeutique. En effet, aux vues des témoignages recueillis et des études menées en ce sens, il semblerait que l'usage abusif de l'isolement ou de la contention serait intrinsèquement lié au nombre limité de soignants disponibles pour mettre en œuvre des démarches alternatives mais nécessitant temps et effectifs⁷⁸⁰. En outre, la prise en charge extérieure des patients, le fait d'anticiper les crises via des consultations régulières en ambulatoire pour assurer le suivi du malade en post-hospitalisation, permettent aussi de rediscuter avec les patients de leur vécu, de leur prise en charge hospitalière, de pouvoir leur demander quelles seraient, selon eux, les améliorations à apporter (au moins pour leur prise en charge personnelle) et de prévoir un éventuel programme de soins en cas de réhospitalisation ; programme qui serait donc établi avec le concours du malade concerné et donc qui pourrait presque faire reconsidérer l'hospitalisation sous contrainte comme une prise en charge qui avait été consentie par le patient lorsqu'il en avait les capacités mentales. Les patients et associations de patients sont ainsi très utiles dans l'amélioration des prises en charges hospitalières et surtout du recours à l'isolement et à la contention. De façon plus institutionnelle, il existe également le CDU (Comité Des Usagers) qui regroupe des usagers et des représentants des familles, qui ont aussi leur mot à dire sur les conditions d'hospitalisation et de prise en charge.

435. Afin d'engager un débat plus officiel, depuis plusieurs années des voix dans le secteur de la psychiatrie se sont élevées contre une banalisation de plus en plus marquée des pratiques d'isolement et de contention. C'est le cas du Collectif des 39 qui s'est fermement opposé à la contention en 2014, via une pétition ayant totalisée près de 10 000 signatures⁷⁸¹. Pour les Dr Hervé BOKOBZA⁷⁸², psychiatre, et Yves GIGOU⁷⁸³, infirmier de secteur psychiatrique, la légitimité du recours à ces mesures est non seulement contestable du point de vue du patient,

⁷⁷⁹ L. SALES CAIRES, *La contention physique en psychiatrie : un dissensus profond*, ed Connaissances & Savoirs, 2017.

⁷⁸⁰ J. PALAZZOLO, P. FAVRE, V. HALIM et al., « À propos de l'utilisation de l'isolement en psychiatrie : le témoignage des soignants », *Encephale*, 2000 ; 26 : 84-92.

⁷⁸¹ Les appels du Collectif des 39 : <https://www.hospitalite-collectif39.org/?NON-A-LA-CONTENTION>

⁷⁸² H. BOKOBZA, *Manifeste d'un psychiatre outragé*, ed Champ social, 2021.

⁷⁸³ Y. GIGOU, *Mon métier d'infirmier, éloge de la psychiatrie de secteur*, ed Dune, 2019.

mais également du point de vue du soignant.⁷⁸⁴ Dans leur plaidoirie, tous deux s'emploient à démontrer que ces mesures sont traumatisantes pour le patient et sa famille bien sûr mais également pour le soignant parfois, sans forcément obtenir de réel résultat qui ne pourrait être obtenu d'une autre manière, à l'heure où les progrès médicaux permettraient sans doute de trouver des alternatives moins frontales et plus humaines⁷⁸⁵.

436. Cependant, bien que la quantité de signataires à la pétition du Collectif des 39 soit impressionnante, les professionnels de santé interrogés dans le cadre de cette thèse ne nient pas l'existence de ces abus de recours à la mesure d'isolement, mais insistent sur le fait qu'ils restent très peu fréquents. Le débat divise au cœur même de la profession. Le Dr CLAUDEL dit à ce propos : « *Personnellement je n'ai pas vu d'abus dans le recours à l'isolement. Mais j'imagine que la féminisation importante dans la profession infirmière a fait que la capacité de contenance des équipes de soin a été diminuée ; donc parfois l'isolement doit certainement être utilisé parce qu'un comportement instable peut être difficile à gérer. Mais il faut savoir que les chambres d'isolement ne sont pas si nombreuses donc elles sont souvent gardées pour des cas justifiés. On avait plutôt tendance à attacher des gens sur des lits dans des chambres non fermées par manque de chambre d'isolement. Par manque de moyen, on a recours à la contention alors que l'isolement suffirait, sans avoir besoin d'attacher le patient.* »⁷⁸⁶

⁷⁸⁴ Plaidoirie dans le cadre du Collectif des 39, accompagnant la pétition, en faveur d'une loi interdisant les mesures de contention en psychiatrie et pédopsychiatrie

⁷⁸⁵ Plaidoirie du Dr BOKOBZA, psychiatre, et de M. Yves GIGOU, infirmier de secteur psychiatrique : « *La sangle qui attache tue le lien humain qui soigne. En France, chaque jour, on enferme, on immobilise, on attache, on sangle des personnes malades en hôpital psychiatrique – et aussi en EHPAD-. Ces conditions physiques sont d'un autre âge. Elles sont présentes en France tous les jours. Nous l'affirmons, ces actes ne soignent pas. Les patients qui les ont subi en témoignent régulièrement ; elles produisent un traumatisme à jamais encre dans leur chair, dans leur cœur. Dire non aux sangles qui font mal, qui font hurler, qui effrayent plus que tout, c'est dire oui à un minimum de fraternité, c'est remettre au travail une pensée affadie, devenue glacée, c'est poser un acte de régénérescence. Or, nous savons que l'on peut faire autrement. Cela a été fait durant des décennies, mais ce savoir-faire est en train de se perdre au profit d'une banalisation grandissante de ces actes de contention. Aux prises avec un système hospitalier qui malmène et déshumanise les soignants, l'emprise gestionnaire et bureaucratique envahit le quotidien, principe de précaution, risque zéro, technique sécuritaire, protocolisation permanente des actes, réduction du temps de transmission entre les soignants, ... Comment, alors, prendre le temps de comprendre, de chercher du sens, tout simplement de penser ? Ce contexte nuisible trouve dans la banalisation des actes de contention physique sa traduction naturelle. C'est l'expression du désarroi, du renoncement. Que dire alors de la culpabilité des soignants ? Repenser la formation, donner de toute urgence des moyens nécessaires à cette mission complexe et difficile est la moindre des choses. Pensez-y. Qui d'entre nous supporterait de voir son enfant, son parent proche, un ami en grande souffrance, attaché, ligoté, sangle ? Qui pourrait accepter un tel acte alors qu'il est possible d'agir autrement ? Car il est possible d'agir autrement. Mesdames, Messieurs les candidats aux élections présidentielles et législatives, nous savons que parfois il faut beaucoup de courage pour élaborer des lois qui semblent aller à contre-courant des idées reçues. La maladie mentale fait peur. Ne pas céder à cette peur vous revient, à vous, les élus du peuple. Il nous revient d'affirmer haut et fort qu'une vision sécuritaire de la psychiatrie va à l'encontre du besoin légitime de sécurité protectrice que soignants, patients et familles réclament. Proscrire la contention physique, l'interdire, permettra à tous de retrouver une dignité nécessaire et indispensable. Cette interdiction serait alors le premier acte qui signerait l'arrêt de la régression, d'une part, et les premiers pas vers une refondation de la psychiatrie, d'autre part. Rien n'est hors de portée de l'intelligence humaine. Ne laissons pas les patients soumis à des traitements qui ne sont pas des soins. Nous nous prononçons pour le vote d'une loi qui interdise la contention physique.* »

⁷⁸⁶ Entretien réalisé avec le Dr CLAUDEL, cf Annexe 29

Pour le Dr LAMOTHE, la mesure d'isolement est davantage concernée par d'éventuels abus que la contention, de par sa mise en œuvre plus simple, moins violente. En outre, il précise que le plus grand risque d'abus réside dans la relation "sado-masochique" vers laquelle tend naturellement toute personne en situation de régression comme les malades mentaux ; « *C'est impossible d'avoir une collusion de malveillance de tout un service. (...) Il ne faut pas oublier l'universalité de la relation sado-masochique lorsque l'on travaille en psychiatrie. (...) Si je suis gentil, je ne suis pas du tout sûr qu'on me le rende alors que si je suis méchant je suis sûre qu'on va s'occuper de moi ; la relation sado-masochique c'est cela, obliger l'autre à répondre* ». Le risque est donc de répondre négativement à cette relation instaurée par le malade, via une réaction de contrainte et non d'empathie chez le soignant, que ce soit par l'isolement ou la contention⁷⁸⁷.

437. Finalement, pour les professionnels de santé, ce sont les conditions de travail en psychiatrie qui mènent à ces pratiques. « *Il y a plusieurs facteurs qui rentrent en ligne de compte. Il y a d'une part la baisse des effectifs soignants qui fait que dans une unité, quand vous êtes à deux ou trois soignants pour vingt patients, il y a nécessairement des tensions parce que ce sont des patients hospitalisés, donc des gens qui vont mal. Il y a aussi un autre aspect qui rentre en ligne de compte. Il y a une augmentation de la violence ciblée sur les institutionnels. Je rappelle qu'il y a environ 1 an, une infirmière s'est faite assassiner par un patient.* », s'exprime le Dr Laurent VASSAL, psychiatre du collectif inter-Hôpitaux. Ces situations de violences sont de plus en plus mal vécues par les soignants. Car, en effet, l'usage parfois excessif de la contention ou de l'isolement peut s'expliquer – sans pour autant se justifier - par le désarroi des soignants, faute de moyens suffisants, face à des violences récurrentes, etc.⁷⁸⁸ Ces retours sont si fréquents que le système de santé canadien a mis au point une méthode, appelée « Oméga » qui vise à prévenir les situations de violence en établissement de soins psychiatriques tout en préservant la santé physique et mentale des soignants. Cependant, cette méthode n'apporte que des solutions partielles et reste très controversée⁷⁸⁹. Afin de sonner l'alerte, le collectif inter-hôpitaux avait adressé une lettre ouverte à la CGLPL. Les soignants y réclament plus de moyens pour mettre fin à ces méthodes. « *Moi, je trouve que ce sont des pratiques terribles. Je pense qu'elles ne devraient être utilisées que de façon infinitésimale. Je ne vais pas vous dire que je constate qu'ils (les soignants) ne peuvent pas faire autrement parce qu'il y a des endroits quand même où, malgré le manque de moyens, des médecins arrivent à ne pas les utiliser avec des techniques de désescalade, d'apaisement, etc. J'ai peur qu'à force de se dire « on n'y arrive pas, on est débordé » on finisse par s'habituer à*

⁷⁸⁷ Entretien réalisé avec le Dr LAMOTHE, cf Annexe 30

⁷⁸⁸ Plusieurs témoignages recueillis à l'Hôpital du Vinatier et notamment auprès de Sophie DELANNE et Christian VAYSSE, infirmiers respectivement en service ouvert et en UMD à l'Hôpital du Vinatier, Lyon : cf Annexes 32 à 35

⁷⁸⁹ Santé Canada, « « Certaines circonstances » Équité et sensibilisation du système de soins de santé quant aux besoins des populations minoritaires et marginalisées », Recueil de documents et de rapports, 2001

ces mesures. »⁷⁹⁰ La CGLPL, suite à réception de cette lettre, avait tout de même soutenu les revendications des soignants.

B. Un ratio bénéfices/risques thérapeutiques controversé

438. Qu'il s'agisse des mesures d'isolement (1) ou de contention (2), l'ambivalence quant au bien-fondé de ces mesures se traduit, sur le plan pratico-pratique, par un ratio bénéfice/risque très contestable.

1. L'isolement, une mesure contraignante dans tous ses aspects, pour un bénéfice incertain

439. Rappelons qu'une chambre d'isolement est une pièce fermée à clef, utilisée pour limiter chez l'individu hospitalisé sous contrainte les manifestations auto et/ou hétéro-agressives. Son utilisation en France est très controversée, en ce qu'elle pose trois types de problèmes : éthiques, concernant la question du respect des droits et des libertés fondamentales, des problèmes médicaux qui imposent d'utiliser ces mesures à bon escient, en appréciant le rapport thérapeutique bénéfice/risque, et des problèmes organisationnels, concernant notamment l'aménagement de la chambre en elle-même ainsi que la mise en place de procédures adaptées.

440. La mise en chambre d'isolement (MCI) a été pour la première fois explicitement consacrée en juin 1998, par l'Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé (ANAES), constituant ainsi un progrès majeur dans l'histoire de ces pratiques⁷⁹¹. L'ANAES y a répertorié vingt-trois critères de qualité concernant la chambre d'isolement et son utilisation. En outre, il existe des cas de figure où la MCI est incontournable : c'est notamment le cas de l'entrée d'un patient en unité pour malades difficiles (UMD), qui comporte automatiquement une MCI pendant au moins 24 heures, qui peuvent aller jusqu'à plusieurs jours.⁷⁹² Cette transition est obligatoire, et ce même si une place est déjà disponible au sein de l'UMD. Dans le cas contraire, l'isolement peut être prolongé le temps qu'une place se libère en UMD. Cette mise à l'isolement est très contestée puisqu'elle ne relève pas – ou du moins pas dans sa totalité – d'une mesure thérapeutique. Le fait pour un patient de passer en soins intensifs (UMD dans le secteur de la psychiatrie) ne justifie en rien sa mesure de contrainte extrême. Le manque de lit en UMD et les lourdeurs administratives qu'implique l'entrée dans ce service expliquent cette entrave aux soins, sans pour autant la justifier. Le manque de places est tel que certains

⁷⁹⁰ Dominique SIMONNOT, CGLPL, interview pour « Allo Docteurs », émission du 19 mai 2021.

⁷⁹¹ ANAES, Audit clinique appliqué à l'utilisation des chambres d'isolement en psychiatrie, juin 1998.

⁷⁹² Circulaire du 15 octobre 2012 relative à l'instruction ministérielle relative au répertoire des détenus particulièrement signalés, B.O. du Ministère de la Justice, n°2012-10, 31 octobre 2012.

services (en général celui dont vient le patient concerné) doivent se substituer à l'UMD le temps que la procédure de transfère ne s'opère : ce laps de temps pouvant aller jusqu'à plusieurs mois, est fréquemment ponctué de mesures d'isolement et de contention, le service n'étant pas adapté aux besoins du malade.

2. La contention, une mesure extrême à l'impact parfois plus néfaste que bénéfique

441. Quelques facteurs prédisposent à l'utilisation de la contention et certains relèvent directement du patient ou de ses proches. Le grand âge, les troubles cognitifs ou comportementaux, les déambulations incontrôlées, les chutes potentielles, l'agitation sont autant d'éléments en faveur de l'utilisation de toute forme de contentions. La culture de la sécurité, les difficultés de soins (offre insuffisante, manque de personnel, manque de lits, formations incomplètes, manque de ressources, protocoles à améliorer, etc.) ou encore la « peur du procès » sont autant de facteurs pouvant pousser les soignants à une utilisation plus fréquente des contentions⁷⁹³. La place de la contention dans la société est donc contradictoire. La contention peut apporter des bénéfices évidents, et pas seulement en psychiatrie : elle permet d'améliorer les soins techniques (maintien de sondes, GEP, lunette ou masque à oxygène, d'améliorer la sécurité du patient (éviter les chutes, les blessures, les fugues, les errances). On rappellera par exemple le cas d'une patiente retrouvée morte de froid, après s'être échappé de son unité, dans un établissement hospitalier parisien, en 2013⁷⁹⁴. Mais la contention peut aussi permettre l'amélioration des procédures et des protocoles de soins, avec moins de gestes techniques à pratiquer, des soins qui sont faits plus rapidement, ainsi que l'amélioration du confort des autres patients. Mais ce dernier type de bénéfices ne profitent pas directement au patient concerné par la mesure et pose des problèmes sur le plan éthique.

442. Les risques de la contention sont, eux, bien connus et nombreux. Le premier et le plus important reste le décès du patient. Il a été répertorié plus de 40 décès en 10 ans, entre 1996 et 2006, soit 4 par an en moyenne, un chiffre qui a augmenté entre 2006 et 2011 pour atteindre 27 décès, soit 5,5 par an en moyenne. Au-delà du décès, des complications peuvent survenir, dites complications du décubitus⁷⁹⁵. De façon un peu moins immédiate et un peu plus paradoxale, la

⁷⁹³ M. BELLAHSEN, R. KNAEBEL, *La révolte de la psychiatrie, les ripostes à la catastrophe gestionnaire*, ed La Découverte, 2020

⁷⁹⁴ *Le Parisien*, « Paris : une patiente morte de froid à l'hôpital Sainte-Périne », 21/01/2013, <https://www.leparisien.fr/paris-75/paris-une-patiente-morte-de-froid-a-l-hopital-sainte-perine-21-01-2013-2499299.php> : « Une patiente de l'hôpital Sainte-Périne, dans le XVI^e à Paris, a été retrouvée morte de froid vendredi matin, après avoir passé une partie de la nuit dans le jardin de l'établissement. Son corps a été retrouvé avant 9 heures, au moment du changement de service, par le personnel inquiet de ne pas voir la vieille dame dans sa chambre. »

⁷⁹⁵ Complications du décubitus : il s'agit de l'ensemble des complications liées à l'immobilité. On retrouve la sarcopénie, la perte d'autonomie si le patient est d'un âge avancé, les escarres, rétention d'urine, incontinence, constipation, déshydratation, thromboses veineuses profondes, embolie pulmonaire, infections.

contention prolongée peut entraîner une augmentation du risque de chutes graves lié à la désorientation du malade, à son engourdissement, etc. Enfin, des accidents autres ont déjà pu être constatés, notamment des lésions du plexus brachial⁷⁹⁶, les hyperthermies, la rhabdomyolyse⁷⁹⁷, des compressions nerveuses, etc. « *Il m'est arrivé de retrouver une patiente étranglée par sa contention : elle avait sans doute un peu glissé.* » témoigne à nouveau le Dr Jean DELATE.

443. Outre les risques physiques, il existe aussi des risques psychologiques qui sont d'autant plus problématiques dans la mesure où la contention est censée améliorer la psyché du patient qui la subit. Elle peut engendrer une agressivité, le sentiment de révolte, de l'anxiété. « *Il y a quelques années, j'avais été amené à contensionner au fauteuil, pas au lit, une dame qui avait été opérée d'une hanche et qui avait dû tomber 5 fois. Elle a fini par me mordre. Je l'ai revu 3 mois après et c'est la seule chose dont elle se souvenait : elle m'a dit que je n'étais pas « gentil » parce que je l'avais attachée.* » se souvient Jean DELATE. Plus simplement, la contention peut également engendrer des douleurs, un sentiment d'humiliation et accentuer dans certains cas la confusion ou le délire.

C. Le pyjama, extension tout aussi controversée des mesures d'isolement et de contention ?

444. Une étude de 2015 a révélé qu'en moyenne, 15% des patients en psychiatrie portent le pyjama dans les services d'entrée. Parmi ces malades, 80% sont admis dans le cadre d'une hospitalisation sous contrainte. Dans 75% de ces cas, le port du pyjama a fait l'objet d'une prescription médicale en bonne et due forme, qui peut donc être tracée dans le dossier du patient. Généralement, les motifs de cette prescription sont le risque de fuite, un trouble psychique accru dû au nouveau cadre hospitalier, une imprévisibilité de fait, une dangerosité parfois, ou un risque de suicide important.⁷⁹⁸ Au-delà des chiffres, le CGLPL avait déjà constaté la récurrence de cette pratique : « *Dans de nombreux hôpitaux visités, les patients sont maintenus en pyjama,*

⁷⁹⁶ Lésion du plexus brachial : « *Les lésions du plexus brachial sont causées par un étirement excessif, une déchirure ou un autre traumatisme d'un réseau de nerfs allant de la colonne vertébrale à l'épaule, au bras et à la main. Les symptômes peuvent inclure un bras flasque ou paralysé, une perte de contrôle musculaire de l'épaule, du bras, de la main ou du poignet et une baisse de sensibilité dans le bras ou la main.* »

Source : <https://www.christopherreeve.org/fr/international/french-hub/la-sante/causes-de-la-paralysie/lesion-du-plexus-brachial#:~:text=Ressources-.Qu'est%2Dce%20qu'une%20%C3%A9sion%20du%20plexus%20brachial,bras%20et%20%C3%A0%20la%20main.>

⁷⁹⁷ Rhabdomyolyse : « *La rhabdomyolyse est un syndrome clinique comportant une dégradation du tissu musculaire squelettique. La symptomatologie comprend une faiblesse musculaire, des myalgies et des urines brun-rougeâtre, bien que cette triade soit présente chez moins de 10% des patients.* » Source : <https://www.msmanuals.com/fr/professional/troubles-g%C3%A9nito-urinaires/l%C3%A9sion-r%C3%A9nale-aigu%C3%AB/rhabdomyolyse#:~:text=La%20rhabdomyolyse%20est%20un%20syndrome.moins%20de%2010%25%20des%20patients.>

⁷⁹⁸ Étude du Dr Nicolas MAGES, « Évaluation des pratiques professionnelles « restrictions des libertés, port du pyjama » », Centre Hospitalier Le Vinatier, 2015.

le plus souvent celui fourni par l'institution, manifestement sans prise en compte de la dignité des personnes et de l'impact dépersonnalisant de cette tenue (...) La plupart des patients entendus disent vivre ces pyjamas comme une humiliation. Les contrôleurs ont par ailleurs constaté des situations particulièrement indignes, dès lors que les tailles de pyjamas fournies par les établissements ne sont pas adaptées aux personnes corpulentes ou de petite taille. »⁷⁹⁹.

445. Le soin à l'hôpital psychiatrique se pratique rarement autour du lit comme c'est généralement le cas à l'hôpital général en hospitalisation classique. En psychiatrie, les patients sont reçus au sein d'un bureau médical ou infirmier du service qui le reçoit. Dès lors, le pyjama ne revêt pas une place normale dans le cadre du soin psychiatrique, comme cela pourrait être le cas en hospitalisation classique, dans d'autres secteurs médicaux (dans le cadre d'une hospitalisation liée à une opération chirurgicale par exemple). De fait, par extension, le port forcé du pyjama en hospitalisation sans consentement, en dehors des heures de nuit est en soi une forme d'isolement. En effet, le malade porte un signe distinctif qui l'isole socialement, qui l'empêche de sortir se promener – ne serait-ce que dans l'enceinte de l'Hôpital (intérieur ou extérieur) – qui peut lui apporter un sentiment de honte, de malaise vis-à-vis des autres patients ou pire, vis-à-vis de sa famille en visite. Sophie DELANNE, infirmière en psychiatrie, rapporte que cette pratique est « *mal vécue par les patients. Ça passe vraiment pour une punition et c'est très infantilisant. Nous, ça nous aide à repérer un malade qui n'est pas bien et qui n'a pas le droit de sortir, mais je ne suis pas sûr que ça apporte quelque chose au patient.* ». Le Dr CLAUDEL, psychiatre lyonnais, considère que « *le port du pyjama peut aider le patient à comprendre son erreur, à intégrer qu'il a dépassé une limite qui ne doit pas être dépassée. Ça permet aussi de l'inciter au repos et ça donne une alerte aux soignants sur l'état actuel du patient. (...) Mais c'est certain, c'est très infantilisant.* ». En effet, cet abord paraît intéressant dans la mesure où, pour certains patients, le port du pyjama peut leur permettre d'intégrer la notion de soin, de comprendre le milieu dans lequel il se trouve et donc de s'ouvrir à la thérapeutique qui va leur être administrée. Dans la mesure où certaines pathologies induisent un déni parfois complet de la maladie, cette aide matérielle pour ramener le patient à la réalité semble la bienvenue.

446. Brigitte F, patiente à l'Hôpital du Vinatier, trouve quant à elle que le port du « *pyjama est dégradant. J'ai honte de sortir avec ce truc. L'autre fois, ma famille est venue me voir et je me baladais en pyjama. J'étais gênée face à mon fils et puis ma sœur a compris que j'avais fait une bêtise.* ». En effet, le pyjama prive le patient de son cadre habituel, et de sa singularité, de sa personnalité. De plus, ce vêtement hospitalier est esthétiquement peu attractif, ce qui n'est

⁷⁹⁹ Rapports d'activité, Contrôleur général des lieux de privation de liberté pour les années 2008 et 2014 ; N. GILOUX, « Le pyjama hospitalier, une expo à la Ferme du Vinatier », *Santé Mentale*, n°206, mars 2016.

pas fait pour améliorer l'image que se fait le patient de lui-même, ni celle qu'il renvoie à ses co-internés.

447. Le fait est que, pour les patients comme pour les soignants – au-delà des considérations d'ordre organisationnelles – l'usage du pyjama comme méthode thérapeutique est très contestable. Les établissements tendent à réduire cette pratique, mais elle reste toujours très ancrée. Pourtant, elle entre dans le champ de considération des traitements que l'on peut qualifier de « dégradants ». L'article 3 de la Convention de sauvegarde des droits de l'Homme et des libertés fondamentales y fait référence⁸⁰⁰. D'ailleurs, c'est justement le texte sur lequel se fonde la CEDH dans son arrêt *Herczegfalvy* rendu le 24 septembre 1992⁸⁰¹, dans lequel elle invite les médecins et soignants à concilier respect des droits du patient et besoins thérapeutiques : « *s'il appartient aux autorités médicales de décider [...] des moyens thérapeutiques à employer, au besoin de force, pour préserver la santé physique et mentale des malades entièrement incapables d'autodétermination et dont elles ont la responsabilité, ceux-ci n'en demeurent pas moins protégés par l'article 3, dont les exigences ne souffrent aucune dérogation* ». La CEDH y précise que les pratiques médicales, surtout lorsqu'elles impliquent l'usage de la force, doivent être réalisées selon des techniques et dans un cadre scientifiquement reconnu et approuvé. Quoiqu'il en soit, dans une logique d'évolution de la prise en charge psychiatrique, il paraît plus vraisemblable de tendre vers une suppression des vestiges de l'histoire asilaire, le port du pyjama en faisant clairement partie.⁸⁰² Le doute s'installe donc concernant la question de l'isolement engendré par le port du pyjama. Est-ce un abus parmi d'autres ?

Section 2. La mise en évidence d'un cadre législatif insuffisant : la raison des abus constatés, à l'origine des critiques sur l'isolement et la contention ?

448. La violence a toujours un sens original. Certains auteurs ont tenté de déterminer les raisons de la violence des patients hospitalisés sous contrainte en psychiatrie, afin de les catégoriser et de déterminer les moyens d'y répondre.⁸⁰³ Ainsi, trois modèles peuvent être retenus. Le modèle interne implique une violence émanant du patient lui-même dû à sa pathologie. Le modèle externe voit la violence émaner de facteurs externes favorisant

⁸⁰⁰ Article 3 de la Convention de sauvegarde des droits de l'Homme et des libertés fondamentales : « *Nul ne peut être soumis à la torture ni à des peines ou traitements inhumains ou dégradants* ».

⁸⁰¹ CEDH, *Herczegfalvy c./Autriche*, 24 septembre 1992, n°10533/83.

⁸⁰² E. GOFFMAN, *Asiles*, 1968.

⁸⁰³ DUBURY, JOY, WHITTINGTON, RICHARD, "Causes and management of patient aggression and violence: staff and patient perspectives", *Journal of advances Nursing*, vol. 50, n°5, 2005, p.469-478 ; NIJMAN, HENK, CAMPO, JOOST, RAVELLI, DICK, MERCKELBACH, HARALD, "A tentative Model of Agression on Inpatient Psychiatric Wards", *Psychiatric Services*, vol. 50, n°6, Juin 1999, p.832-834.

l'agressivité du malade : cela peut être lié à l'espace de soin, à l'encadrement hospitalier, à la surcharge du service, etc. Enfin, le modèle situationnel ou interactionnel, qui implique les réactions du personnel médical envers les patients (échanges insuffisants ou mal menés, intolérance, méthodes punitives, etc.). Dès lors, les mesures d'isolement et de contention ont un impact différent suivant le modèle considéré. Dans le cadre du premier modèle, il s'agit de canaliser la violence du patient, imprévisible et parfois difficilement contrôlable. L'usage de l'isolement ou de la contention dans le cadre du deuxième modèle traduit une forme de « violence institutionnelle » du fait d'un manque de moyens pour répondre à la demande de soin. Enfin, leur usage dans le cadre du troisième modèle ferait penser à une politique de « grand renfermement » dans une considération de la sécurité de la société, comme étant prioritaire par rapport à la nécessité de soin des malades concernés⁸⁰⁴. Dès lors, la limite entre soin et abus est parfois bien mince.

449. En 2009, Jean-Marie DELARUE, alors contrôleur général des lieux de privation de liberté, s'était exprimé sur les abus qu'il avait lui-même constaté sur les mesures d'isolement et de contention : « *Mais l'isolement alors ? (...) nous avons constaté des durées longues, très longues de plusieurs semaines. Et nous avons vu aussi des isolements sans fin. Comme dans ce service de psychiatrie d'un hôpital général où un malade est enfermé dans une chambre avec un seul matelas, à moitié nu. Il est là depuis des années... (...) Encore plus troublant, la présence de plus en plus systématique de vidéosurveillance dans des chambres d'isolement. (...) Il nous semble que certains maires prennent un peu trop de facilités avec les hospitalisations d'office.* »⁸⁰⁵

450. En 2014, la question de la recrudescence des pratiques d'isolement et de contention inquiétait déjà. « *Aujourd'hui, l'isolement est devenu une pratique routinière. Et la contention, bien que plus rare, a aussi tendance à se banaliser. Au point que beaucoup de soignants ne s'imaginent même pas qu'on puisse faire autrement.* »⁸⁰⁶ Cette banalisation entraîne inévitablement une baisse de vigilance quant au respect des règles de bonne pratique sur ces deux méthodes. Pourtant, elles sont primordiales puisqu'en cas d'abus, l'impact sur le patient est particulièrement poussé, sa liberté d'aller et venir étant dans un cas comme dans l'autre mise à mal. Cette baisse de vigilance induit donc des abus, parfois sévères, constamment jusqu'à récemment encore et qui n'ont pas manqué d'alimenter le débat précédemment évoqué à l'encontre de ces mesures de « soin » déjà très controversées.

⁸⁰⁴ L. SALES CAIRES, *La contention physique en psychiatrie : un dissensus profond*, ed Connaissances & Savoirs, 2017.

⁸⁰⁵ Journal *Libération*, « L'enfermement revient en force dans les hôpitaux psychiatriques », Novembre 2009.

⁸⁰⁶ Journal *La Croix*, « La psychiatrie s'interroge face à la banalisation de l'isolement et de la contention », mars 2014 ; témoignage de Dominique FRIARD, infirmier du secteur psychiatrique de l'Hôpital de Gap et rédacteur en chef adjoint de la revue *Santé mentale*.

451. Comme l'ont confessé les soignants interrogés dans le cadre de cette thèse, les abus concernant les mesures d'isolement et de contention sont réels et, pour la plupart, considérés comme inévitables du fait de la surcharge de travail à l'hôpital, du manque d'effectif et de moyens de gestion autre que ces mesures parfois employées, de fait, à mauvais escient (Paragraphe 1). Dans ces cas de figure, l'établissement peut se voir sanctionner pour ces agissements (Paragraphe 2).

Paragraphe 1. Constat : des abus scandaleux à l'origine d'une remise en cause de l'encadrement juridique de ces mesures

452. Rappelons que les droits fondamentaux s'appliquent à tous les patients en psychiatrie, au même titre qu'à tout citoyen et donc tout patient quel que soit le secteur médical.⁸⁰⁷ L'affaire Renolde contre France nous en donne un exemple conséquent⁸⁰⁸. La CEDH avait conclu à la violation de l'article 2 de la Conv.EDH, considérant que la France avait manqué à son obligation de protéger le droit à la vie de Joselito Renolde, qui avait été incarcéré suite à une décision favorable du service médico-psychologique régional (SMPR)⁸⁰⁹. Seulement, son placement en cellule disciplinaire était incompatible avec ses troubles mentaux, ce qui s'est vérifié rapidement puisqu'il s'est suicidé dans sa cellule faute de soins appropriés. On pourrait d'office y voir un paradoxe, dans la mesure où le suicide peut certes être considéré moralement comme « contre-nature », cependant c'est un choix qui relève de l'individu lui-même et, *de facto*, de son libre-choix. Cependant, en l'espèce, ce suicide était directement lié aux troubles psychiques du détenu, en sachant que le principal risque de décès en psychiatrie est l'autolyse : le détenu aurait donc dû être particulièrement surveillé, à défaut d'être soigné⁸¹⁰. Mais la CEDH avait de toute façon tranché sur la question du droit individuel de chacun au suicide. Elle ne le

⁸⁰⁷ Cf Partie I, Titre 1..... de la présente thèse (à voir en fonction du plan remanié)

Article 4 de la Déclaration des droits de l'Homme et du citoyen du 26 août 1789 la liberté « *consiste à pouvoir faire tout ce qui ne nuit pas à autrui* ». Ses limites « *ne peuvent être déterminées que par la loi* » ; article 7 de Déclaration des droits de l'Homme et du Citoyen évoque le droit à la sûreté : « *nul homme, ne peut être accusé, arrêté ou détenu que dans les cas déterminés par la loi, et selon les formes qu'elle a prescrites* » ; Préambule de la Constitution de 1946 « *tout être humain, sans distinction de race, de religion ni de croyance, possède des droits inaliénables et sacrés* » & « *solennellement les droits et libertés de l'homme et du citoyen consacrés par la Déclaration des droits de 1789* » ; préambule de la Convention européenne de sauvegarde des Droits de l'Homme et des libertés fondamentales adoptée à Rome le 4 novembre 1950 évoque le but de la réalisation d'une union européenne, pour lequel « *l'un des moyens d'atteindre ce but est la sauvegarde et le développement des droits de l'homme et des libertés fondamentales* » (Convention de sauvegarde des Droits de l'Homme et des Libertés fondamentales telle qu'amendée par les Protocoles n°11 et n°14, Rome, 4.XI.1950, Conseil de l'Europe, série des traités européens n°5) ; Charte des Droits fondamentaux de l'Union européenne, n°2012/C 326/02, J.O. de l'Union européenne, C 326/391.

⁸⁰⁸ CEDH, 16 octobre 2008, Renolde c./France, req. n°5608/05

⁸⁰⁹ Conseil de l'Europe, recommandation 818 relative à la situation des malades mentaux, adopté par l'Assemblée le 8 octobre 1977, dans « Textes du Conseil de l'Europe en matière de bioéthique », Vol. II, n°5, Strasbourg, avril 2014, Page 11/123.

⁸¹⁰ Organisation Mondiale de la Santé, *Rapport sur la santé dans le monde : La santé mentale : nouvelle conception, nouveaux espoirs*, OMS, Genève, 2001, 182 pages,

reconnait pas dans son arrêt *Pretty* contre Royaume-Uni du 25 avril 2002 : « [...] *L'article 2 ne saurait, sans distorsion de langage, être interprété comme conférant un droit diamétralement opposé, à savoir un droit à mourir ; il ne saurait davantage créer un droit à l'autodétermination en ce sens qu'il donnerait à tout individu le droit de choisir la mort plutôt que la vie.* »⁸¹¹. En revanche la Cour érige le droit à la vie en « *valeur suprême dans l'échelle [des droits] au plan international* »⁸¹². Ce dernier serait le « *premier des droits de l'Homme* » et la première « *condition nécessaire à l'exercice de tous les autres droits* ». ⁸¹³ La dépénalisation du suicide n'a pas simplifié la donne pour autant : le principe de précaution a été imposé aux établissements de santé, et de santé mentale par extension, impliquer la nécessité d'éviter que les patients internés n'aient recours au suicide. L'absence d'action visant à empêcher un malade de se porter atteinte à ses jours revient à un cas de non-assistance à personne en danger, dans la mesure où le malade est considéré comme irresponsable de ses actes au moment où il met fin à ses jours.⁸¹⁴ Si l'on revient sur le cas de M. Renolde, cette jurisprudence sous-entend que le statut administratif de l'individu ne modifie en rien son droit à la vie, sous toutes ces formes d'application. En l'occurrence, l'intéressé aurait dû être suivi en soins sans consentement et non être enfermé en milieu carcéral. Mais, dans l'un ou l'autre des cas, les droits et libertés de l'individu sont les mêmes. La différence réside dans le caractère liberticide de leur milieu (carcéral ou hospitalisation sans consentement en psychiatrie). Dans ces cas particuliers, la sauvegarde du droit à la vie du patient peut expliquer la restriction de certaines de ses libertés, et notamment de sa liberté d'aller et venir. Rappelons que cette atteinte à la liberté d'aller et venir du patient doit être « *nécessaire, adapté et proportionné à l'état [du patient]* »⁸¹⁵ Dans un

⁸¹¹ CEDH, 25 avril 2002, *Pretty* c./Royaume-Uni, req. n°2346/02 (citation §39)

⁸¹² CEDH, 22 mars 2001, *Streletz, Kessler et Krentz* c./Allemagne, req. n° 35532/97, 34044/96 et 44801/98

⁸¹³ F. SUDRE, *Droit européen et international des droits de l'homme*, op. cit., 2008

⁸¹⁴ Article 223-6 du Code pénal et article R. 4127-9 du CSP

⁸¹⁵ Article L.3211-3 du CSP : « *Lorsqu'une personne atteinte de troubles mentaux fait l'objet de soins psychiatriques en application des dispositions des chapitres II et III du présent titre ou est transportée en vue de ces soins, les restrictions à l'exercice de ses libertés individuelles doivent être adaptées, nécessaires et proportionnées à son état mental et à la mise en œuvre du traitement requis. En toutes circonstances, la dignité de la personne doit être respectée et sa réinsertion recherchée. Avant chaque décision prononçant le maintien des soins en application des articles L. 3212-4, L. 3212-7 et L. 3213-4 ou définissant la forme de la prise en charge en application des articles L. 3211-12-5, L. 3212-4, L. 3213-1 et L. 3213-3, la personne faisant l'objet de soins psychiatriques est, dans la mesure où son état le permet, informée de ce projet de décision et mise à même de faire valoir ses observations, par tout moyen et de manière appropriée à cet état. En outre, toute personne faisant l'objet de soins psychiatriques en application des chapitres II et III du présent titre ou de l'article 706-135 du code de procédure pénale est informée : a) Le plus rapidement possible et d'une manière appropriée à son état, de la décision d'admission et de chacune des décisions mentionnées au deuxième alinéa du présent article, ainsi que des raisons qui les motivent ; b) Dès l'admission ou aussitôt que son état le permet et, par la suite, à sa demande et après chacune des décisions mentionnées au même deuxième alinéa, de sa situation juridique, de ses droits, des voies de recours qui lui sont ouvertes et des garanties qui lui sont offertes en application de l'article L. 3211-12-1. L'avis de cette personne sur les modalités des soins doit être recherché et pris en considération dans toute la mesure du possible. En tout état de cause, elle dispose du droit : 1° De communiquer avec les autorités mentionnées à l'article L. 3222-4 ; 2° De saisir la commission prévue à l'article L. 3222-5 et, lorsqu'elle est hospitalisée, la commission mentionnée à l'article L. 1112-3 ; 3° De porter à la connaissance du Contrôleur général des lieux de privation de liberté des faits ou situations susceptibles de relever de sa compétence ; 4° De prendre conseil d'un médecin ou d'un avocat de son choix ; 5° D'émettre ou de recevoir des courriers ; 6° De*

tel cas, l'établissement doit s'assurer que les droits du patient hospitalisé sans son consentement restent garantis : « *Lorsqu'une personne atteinte de troubles mentaux est hospitalisée sans son consentement [...], les restrictions à l'exercice de ses libertés individuelles doivent être limitées à celles nécessitées par son état de santé et la mise en œuvre de son traitement* »⁸¹⁶. La mise en place d'un encadrement législatif et réglementaire était manifeste face à de tels faits juridiques.

453. Du côté des patients, évidemment les moments d'isolement et de contention font suite à des moments de crise, d'agitation, d'intensité, de panique, de colère, mais ils ne sont pas pour autant bien perçus et vécus par les patients concernés. « *J'avais peur, j'ai cru que j'allais mourir. J'avais l'impression de souffrir le martyr parce que j'étais attaché. On devient fou avec ça.* », témoigne Sébastien, hospitalisé en service ouvert après un passage en UMD. La réponse de l'isolement et de la contention fait souvent partie du traumatisme. Mais, dans ce traumatisme, il y a aussi la reconnaissance de son utilité : le patient a parfois besoin d'être arrêté, a besoin d'être empêché dans son délire, a besoin d'être gardé en sécurité, etc. Mais si ces arguments de fond peuvent être reconnus, justifiant la nécessité occasionnelle de l'isolement et de la contention, la forme que revêt leur mise en œuvre a été le plus souvent inacceptable par le passé. Il est souvent fait mention dans les rapports des CGLPL, des conditions d'isolement par exemple, avec l'absence de sanitaires notamment. Si l'isolement et/ou la contention peut être justifiées en soit, elles doivent être pratiquées dans le respect de la dignité du patient, autant que faire se peut.⁸¹⁷ Malheureusement, les contraintes - organisationnelles notamment - prennent parfois le dessus sur l'objectif de la contenance, au sens médical du terme. Il peut alors s'agir d'un manque d'effectif chez le personnel soignant (A) ou encore d'un cadre inadéquat pour la gestion des crises sans recourir à ces mesures extrêmes (B).

A. Des abus liés à une pratique excessive des mesures d'isolement et de contention

454. En 2016, un scandale sur le recours abusif à l'isolement-contention a fait surface au Centre psychothérapique de l'Ain, seul hôpital psychiatrique de ce département, disposant de 412 lits et géré par l'association Organisation pour la santé et l'accueil (Orsac). Des traitements jugés inhumains ou dégradants dont les soignants se rendaient complices, directement ou indirectement (mise en œuvre de ces mesures ou passivité devant les événements) et qui sont

consulter le règlement intérieur de l'établissement et de recevoir les explications qui s'y rapportent ; 7° D'exercer son droit de vote ; 8° De se livrer aux activités religieuses ou philosophiques de son choix. Ces droits, à l'exception de ceux mentionnés aux 5°, 7° et 8°, peuvent être exercés à leur demande par les parents ou les personnes susceptibles d'agir dans l'intérêt du malade. »

⁸¹⁶ Conseil constitutionnel, n° 2010-71 Q.P.C., 26 novembre 2010

B. POUJADE, « Les soins sans consentement au gré des questions prioritaires de constitutionnalité », sous la direction de X. CABANNES & M. BENILLOUCHE, *Hospitalisations sans consentement*, pages 67 à 75.

⁸¹⁷ Référence notamment à l'article R.4127-2 du CSP : « *Le médecin, au service de l'individu et de la santé publique, exerce sa mission dans le respect de la vie humaine, de la personne et de sa dignité. Le respect dû à la personne ne cesse pas de s'imposer après la mort* »

restés inconnus pendant des années malgré les contrôles réguliers dans le cadre des missions d'évaluation et d'accréditation ordonnées par l'ARS notamment. C'est un courrier envoyé par la famille d'une internée qui a décidé Adeline HAZAN, alors contrôleuse générale des lieux de privation de liberté, de lancer une enquête. La patiente en question était restée contenue à son lit pendant plus d'un an, sans possibilité laissée à sa famille de lui rendre visite. Madame HAZAN expliquait être « *sidérée que l'Agence régionale de santé, que la Haute Autorité de santé, que les différentes commissions départementales, toutes ces structures qui sont venues ces dernières années, voire pour certaines ces dernières semaines, n'aient pas observé ce que notre mission a vu. Et qu'elles n'aient en tout cas pas réagi. Cela me laisse sans voix.* ». Elle ajoutait qu'il avait été mis en évidence « *des pratiques attentatoires aux droits de l'homme. Nous n'avions jamais vu cela. Des pratiques centralisées, honteuses, et choquantes. (...) Une pratique de maîtrise et de contrôle des faits et gestes des patients d'autant plus singulière qu'elle est appliquée avec une rigueur exceptionnelle* »⁸¹⁸

455. En effet, en plus d'un cadre de soin intégrant les interdits, chaque patient se voyait attribué un document standardisé, mis à jour au cas par cas, intitulé « prescription de restriction de liberté d'aller et venir ». Les soignants y prescrivait à volonté des interdictions (ou restriction) de sortir, de fumer, de communiquer, sans oublier une utilisation de l'isolement et de la contention de manière tout à fait disproportionnée et non conforme aux règles communément appliquées. Le contrôleur explique sur ce point qu'on y enfermait et attachait « *outre ceux placés en chambre d'isolement, de nombreux patients hospitalisés dans les unités de "soins de suite" sont enfermés dans des chambres ordinaires. Nous avons constaté que cet enfermement, qui dépasse souvent vingt heures par jour, pouvait être prolongé pendant plusieurs mois. Il peut s'y ajouter une contention au lit ou au fauteuil jusqu'à vingt-trois heures par jour, pour certains patients pendant des mois également, voire des années.* » L'absence de bouton d'appel (désactivé par les soignants) obligeait les patients enfermés à taper à la porte ou à crier pour solliciter leur intervention. Ceux en contention n'avaient d'autre choix que d'attendre le passage d'un soignant, souvent d'un infirmier.

456. L'établissement s'est également doté d'un nombre impressionnant de chambres d'isolement : deux par unité, sauf pour les unités pour adolescent et psychotiques déficitaires graves qui n'en comportent qu'une chacune, et l'unité de court séjour qui n'en a pas. Vingt-cinq chambres d'isolement sont ainsi disponibles mais cela n'a apparemment pas suffi puisque le centre a aménagé une unité pour malades agités et perturbateurs (Umap) de vingt et une chambres supplémentaires identiques : espace vierge avec un lit fixé au sol et contention à demeure, un lavabo et un WC. L'équipe du CGLPL signalait qu'« *aucun espace n'est à l'abri*

⁸¹⁸ E. FAVEREAU, « Psychiatrie, l'enfer derrière les portes », journal Libération, 25/03/2016, https://www.liberation.fr/france/2016/03/25/psychiatrie-l-enfer-derriere-les-portes_1442156/

du regard extérieur. Les douches, une pour deux chambres, sont des cabines sans porte ni rideau, imposant aux patients de se laver sous la surveillance directe des soignants » et il n'existe pas de bouton d'appel à l'aide. Cette unité, initialement prévue pour traiter des crises passagères accueillait pourtant des patients en long séjour - dont certains étaient présents depuis l'ouverture de l'unité, en 2010 – sans oublier une utilisation à des fins disciplinaire. A l'Umap, « le port du pyjama y est obligatoire pendant toute la durée du séjour, le tabac y est totalement proscrit, il est interdit aux patients de conserver dans leur chambre leurs affaires personnelles » et, au mieux, « les patients ne sont enfermés que 19 heures par jour dans leur chambre »⁸¹⁹. Un exemple précis, lors de la mission de contrôle réalisée par l'équipe du CGLPL, un patient était isolé et attaché. Les soignants présents ont donc été interrogés sur la dureté de cette mesure : « Chacun des soignants interrogés (...), dont certains sont en poste dans l'unité depuis plusieurs années, a répondu n'avoir jamais vu cette personne ailleurs que dans la chambre d'isolement... Certains malades sont sous contention la nuit, d'autres en permanence. Une jeune femme présente depuis un an était constamment sous contention des quatre membres, le lien posé sur l'un des deux bras était ajusté de façon à lui permettre de reposer le bassin au sol sans l'aide d'un soignant. », notait Madame HAZAN.⁸²⁰

457. Suite à ce scandale du centre psychothérapeutique de l'Ain, Adeline HAZAN a réalisé un rapport⁸²¹ fondé sur des données recueillies lors de 121 visites d'établissements de santé mentale depuis 2008, portant sur 112 structures, c'est à dire environ 40% des 284 établissements recensés au 30 avril 2016. Y sont établis un certain nombre d'abus au sein des hôpitaux psychiatriques concernant l'utilisation des mesures d'isolement et de contention ; « l'isolement et la contention connaissent une recrudescence depuis une vingtaine d'années ». L'abus résidait dans le fait d'avoir recours à ces mesures pour répondre aux mêmes problématiques récurrentes de réduction des effectifs ou de présence (absence) de professionnels dans les unités de soin, de changements dans les formations, d'évolution de l'approche psychopathologiques, de manquements à l'obligation de maintenir les unités ouvertes (à l'exception des UMD), etc.

B. Des abus liés à l'état des locaux hospitaliers

458. Pour reprendre l'exemple plus récent du CH de Lens, les abus concernant les pratiques d'isolement et de contention étaient également fréquents, avec notamment une absence d'alternative possible à ces deux cas de figure. Les chambres d'isolement ont été qualifiées d' « indignes » par le CGLPL, ne permettant pas d'assurer la confidentialité des soins, ni de

⁸¹⁹ C. CORDIER, « Le CGLPL alerte en urgence pour violations graves des droits au Centre psychothérapeutique de l'Ain », Hospimédia, publié le 16/03/16, <https://abonnes.hospimedia.fr/articles/20160316-psychiatrie-le-cglpl-alerte-en-urgence-pour-violations>

⁸²⁰ Rapport du CGLPL, « Isolement et contention dans les établissements de santé mentale », 2016, http://www.cglpl.fr/wp-content/uploads/2016/05/CGLPL_Rapport-isolement-et-contention_Dalloz.pdf

⁸²¹ Ibid

garantir l'intimité des patients ainsi que des conditions de soins dignes. De plus, isolement et contention ne sont pas seulement pratiqués en chambre d'isolement (là ils doivent l'être), mais aussi « *indistinctement en chambre hôtelière* ». De fait, si officiellement le CH de Lens ne dispose que de deux chambres d'isolement réglementaire, il utilise en réalité ses quatre-vingts chambres comme tel si besoin (fréquemment à vrai dire, selon le rapport du CGLPL). Il n'existe pas d'alternative spécifique, comme le recommande la HAS (chambre d'apaisement par exemple), permettant de proposer différents pallier de prise en charge et de faire ainsi la distinction entre mineurs et majeurs, patients en soins libres ou non, etc. Enfin, et c'est sans doute le plus alarmant, les pratiques d'isolement et de contention semblent être considérées par les soignants du centre psychiatrique de Lens « *comme des prescriptions et non des décisions médicales susceptibles de recours* » : le contrôle médical a posteriori n'est d'ailleurs pas toujours assuré, les psychiatres ne se déplaçant pas nécessairement « *pour examiner un patient isolé en journée et encore moins la nuit pendant le temps de leur astreinte opérationnelle* ». ⁸²²

459. Si de tels abus sont constatés en hôpitaux psychiatriques, force est de constater que d'autres services pratiquent assidûment l'isolement et la contention, et ce dans l'irrespect du cadre légal imposé. Par exemple, dans la majorité des services d'urgence, les pratiques d'isolement et de contention sont rarement tracées malgré une assiduité de recours à ces mesures, régulièrement constatée. A titre d'exemple, le rapport de visite du Centre Hospitalier du Forez à Montbrison fait état de pareils débordements : « *Presque toutes les tentatives de suicide font l'objet de ce type de placement (isolement et/ou contention). Le patient est immédiatement contenu au sein de ce service, un lit est d'ailleurs pré-équipé avec du matériel de contention et transféré en secteur d'isolement sous réserve de la disponibilité d'une chambre. En l'absence de disponibilité, le patient est gardé contenu dans le couloir des urgences et admis, dans l'attente d'un lit disponible en psychiatrie, dans l'unité d'hospitalisation de soins de courte durée, la contention est maintenue. Le recours à la contention aux urgences se pratique quatre à cinq fois par semaine. Il ne fait l'objet d'aucune traçabilité. Les praticiens évoquent l'engagement de leur responsabilité en cas de passage à l'acte pour justifier cette pratique.* » ⁸²³ En sachant la part importante d'admission en soins psychiatriques par le biais des urgences, ces constatations sont préoccupantes ⁸²⁴ : en effet,

⁸²² G. THIBAULT, « Des dysfonctionnements graves et anciens sont constatés au centre de santé mentale de Lens », Hospimedia, publié le 01/03/22 ; rédaction sur la base des Recommandations en urgence du Contrôleur général des lieux de privation de liberté du 1er février 2022 relatives au centre de santé mentale Jean-Baptiste-Pussin à Lens (Pas-de-Calais), publié au JO, n°0050, 01/03/2022, <https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFSCITA000045269781>

⁸²³ CGLPL, « Rapport de visite du Centre Hospitalier du Forez à Montbrison », septembre 2017, <http://www.cglpl.fr/wp-content/uploads/2018/12/Rapport-de-visite-du-centre-hospitalier-du-Forez-%C3%A0-Montbrison-Loire.pdf>

⁸²⁴ M. COLDEFY, IRDES, et C. GANDRE, INSERM, Atlas de la santé mentale en France, 2020, <https://www.irdes.fr/recherche/ouvrages/007-atlas-de-la-sante-mentale-en-france.pdf>

47,1% des admissions en établissement de santé mentale se faisait par le service des urgences en 2015⁸²⁵.

Paragraphe 2. Réactions : un recadrage juridique et déontologique face à ses abus

460. Rappelons que, dans ses recommandations de bonnes pratiques⁸²⁶, la HAS a précisé que les mesures d'isolement puis de contention ne peuvent être utilisées que pour « *faire face à un danger important et imminent pour le patient ou autrui* » et en aucun cas pour « *punir, humilier ou établir une domination sur des patients ou de résoudre un problème organisationnel comme un manque de personnel* ». Face aux abus précédemment évoqués, des recommandations de bonnes pratiques ont été développées (A) et un encadrement légal plus sévère a été remarqué dans la jurisprudence en matière de recours à l'isolement-contention (B).

A. Un recadrage administratif : les interventions des institutions de santé publique

461. Face à cette constatation au centre psychothérapeutique de l'Ain, la HAS a décidé de « *surseoir à statuer sur la certification de l'établissement en raison de réserves dans l'attente des résultats d'une visite de suivi* »⁸²⁷ La HAS précisait dans son rapport de certification qu'une visite de suivi aurait lieu quatre mois plus tard, pour constater les évolutions et projets mis en place. Les experts-visiteurs se sont alors penchés tout particulièrement sur les problématiques de respect des droits des patients. En effet, la décision de la HAS mentionnait que « *les prescriptions relatives à l'isolement, à l'apaisement et à la contention ne sont pas conformes aux recommandations de bonne pratique* », dans la mesure où, par exemple, « *la réévaluation n'est pas garantie, en termes de délais, du fait notamment, du nombre de chambres d'isolement existant dans l'établissement* ». Dans le même esprit, la réévaluation médicale (normalement toutes les 24h) de l'isolement n'est pas effectuée le plus souvent, ce qui avait déjà été constaté par le CGLPL. Pour la contention, même constat alarmant, avec des prescriptions initiales de cette mesure supérieures aux 48h légalement autorisées, sans oublier celles prescrites d'office pour plusieurs mois et celles « *si besoin* ». Ce même rapport de la HAS souligne que l'établissement « *n'a pas pris la pleine mesure de l'existence d'une grave situation à risques découlant de ces éléments et de la nécessité d'en faire un objectif d'amélioration, décliné dans un plan d'actions structuré et suivi* », de telle sorte qu'aucune réponse n'avait été apportée « *aux*

⁸²⁵ Cf Annexe 10

⁸²⁶ HAS, « Limiter les mesures d'isolement et de contention en service psychiatrique », Communiqué de presse, 20 mars 2017, https://www.has-sante.fr/jcms/c_2751206/fr/limiter-les-mesures-d-isolement-et-de-contention-en-service-psychiatrique

⁸²⁷ Décision N°2017.0818/CCES/SCES-30544 du 05/12/2017 de la commission de certification des établissements de santé portant sur la procédure de certification de l'établissement de santé CENTRE PSYCHOTHERAPIQUE DE L'AIN, HAS, http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_2641243/fr/decision-n2016-0379/dc/cces-30544-du-08/06/2016-du-college-de-la-haute-autorite-de-sante-relative-a-la-procedure-de-certification-de-l-etablissement-de-sante-centre-psychotherapique-de-l-ain

nombreux dysfonctionnements identifiés en matière de pratiques d'isolement, de contention, de liberté d'aller et de venir, et d'intimité et de dignité »⁸²⁸.

462. De tels dysfonctionnement ont choqué l'opinion publique et la ministre des Affaires sociales et de la Santé de l'époque, Marisol TOURAINE, avait annoncé publiquement que le centre de l'Ain disposait de six mois pour remédier à ces pratiques déviantes.⁸²⁹ Le directeur du CPA s'est de toute façon engagé, auprès de l'ARS où il a été reçu dans les plus brefs délais ayant suivis la publication du rapport du CGLPL, à « *faire cesser immédiatement un certain nombre de pratiques* » parmi lesquelles l'absence d'utilisation des chambres ordinaires comme chambre d'isolement et, de fait, l'absence d'enfermement des patients y résident, mais aussi l'arrêt des hospitalisation au long court dans l'Umap.

463. Au-delà des recommandations concernant les hôpitaux psychiatriques, une recommandation relative à la liberté d'aller et venir dans les établissements de soins et de sécurité⁸³⁰ a été adopté en 2004 par la HAS, la fédération française hospitalière de France (FFHF) et l'agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé. Cette recommandation indique notamment que « *la liberté d'aller et venir dans les établissements sanitaires et médico-sociaux est un droit inaliénable. Cette liberté peut être exceptionnellement limitée dans des conditions strictement définies pour des raisons médicales. (...) La contention est une atteinte à la liberté inaliénable d'aller et venir. La contention systématique doit être interdite (...). Dans tous les cas, la recherche d'une alternative soit être réalisée (...). La contention doit être exceptionnelle et réduite aux situations d'urgence médicale après avoir exploré toutes les solutions alternatives, et correspondre à un protocole précis : recherche d'alternatives systématiquement réalisée au préalable ; prescription médicale obligatoire en temps réel, après avoir apprécié le danger pour la personne et les tiers, et motivation écrite dans le dossier médical ; déclaration dans un registre consultable dans l'établissement ; surveillance programmée, (...). Si ces décisions sont prises : il est nécessaire de permettre la pluridisciplinarité de la prise de décision, à laquelle seront associés la personne et ses proches. (...) Toute décision de confinement doit faire l'objet d'un protocole précis, être motivée, portée au dossier de la personne, écrite sur un registre consultable par les autorités de contrôle et*

⁸²⁸ Idem 103

⁸²⁹ C. CORDIER, « La HAS presse le Centre psychothérapique de l'Ain de s'assurer du respect des droits des patients », Hospimédia, publié le 29/06/16, <https://abonnes.hospimedia.fr/articles/20160629-qualite-la-has-presse-le-centre-psychotherapique-de>

⁸³⁰ HAS, FFHF & ANAES, « Conférence de consensus : Liberté d'aller et venir dans les établissements sanitaires et médico-sociaux, et obligation de soins et de sécurité », 2004, https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/Liberte_aller_venir_long.pdf

faire l'objet d'une information rapide à l'entourage. »⁸³¹. Si ces recommandations sont peu suivies d'effet⁸³², les juges sont de plus en plus enclins à les faire respecter.

B. Un recadrage jurisprudentiel, prémisse d'une volonté d'encadrement légal par le législateur ?

464. En pratique et à titre d'exemple, en 2015, la Cour d'appel administrative de Marseille⁸³³ a mis en lumière un nouveau cas d'abus de la mesure d'isolement, concernant le contexte de mise en œuvre de ladite mesure. En effet, il est à la charge des établissements de santé mental de mettre à disposition des soignants et patients des moyens matériels suffisants et respectueux des exigences de la CEDH en la matière. En l'espèce, il s'agissait d'un patient qui se plaignait de ses nombreuses MCI et surtout des conditions de leur mise en œuvre. Il a donc saisi le juge administratif à l'encontre de l'établissement. L'enjeu était donc, d'abord de s'assurer du bienfondé de ces diverses mesures (pas d'atteinte disproportionnée à la liberté d'aller et venir du patient) puis de vérifier que les conditions matérielles de chaque séjour ne portaient pas atteinte à la dignité du malade. Dans la mesure où il est difficile pour un patient – surtout en psychiatrie, étant donné l'altération de sa conscience, vis-à-vis de sa maladie – de faire la preuve de la nécessité ou non d'une telle mesure, le juge a décidé de basculer la charge de la preuve sur l'établissement, quand à la nécessité des MCI. A ce titre, « *l'invocation de l'état d'agitation et du comportement du patient ne saurait, à elle seule, démontrer la justification médicale de la mesure, qui ne saurait se justifier qu'après qu'une réponse graduée, médicamenteuse, humaine, matérielle adaptée a été apportée à l'état du patient et ne saurait présenter un caractère punitif ou avoir seulement vocation à faciliter le travail de l'équipe soignante* ». La Cour d'appel a tranché en faveur du patient, en considérant que « *s'il [...] n'existe aucune norme spécifique relative aux chambres d'isolement, cette circonstance est sans influence sur l'obligation générale qui pèse sur les établissements de soins, et tout particulièrement sur ceux d'entre eux qui sont amenés à accueillir des patients fragilisés par des troubles mentaux, de respecter leur dignité et de veiller à ce que les modalités d'exécution des mesures de placement en chambre d'isolement ne les soumettent pas à une épreuve qui excède le niveau de souffrance inhérent à toute mesure d'isolement non librement décidée* ». Le plaignant a touché 1500 euros de dommages et intérêts en réparation du préjudice subi.

465. Si la réglementation des mesures d'isolement et de contention amène potentiellement une lourdeur administrative évidente pour les soignants, elle a aussi permis d'anticiper sur de potentiels recherches en responsabilité des soignants ou des établissements⁸³⁴. En effet, avoir un cadre strict est certes contraignant, mais il apporte aussi des points de vigilance qui, s'ils

⁸³¹ CGLPL, Soins sans consentement et droits fondamentaux, ed Dalloz, 2020, p.32

⁸³² Cf Rapport de visite du Centre Hospitalier du Forez à Montbrison, 2017 (A du présent Paragraphe)

⁸³³ CAA Marseille, 21 mai 2015, n°13MA03115,

⁸³⁴ Cf Chapitre suivant sur la réglementation des mesures d'isolement et de contention

sont respectés, donnent une garantie de « bonne pratique » aux acteurs des soins en question. Ce fut justement le cas dans un arrêt de 2012 rendu par la Haute juridiction judiciaire⁸³⁵. Il était question d'une faute de surveillance lors d'une MCI durant laquelle la patiente concernée s'est suicidée. La Cour de cassation a considéré que les antécédents suicidaires de la patiente ne suffisaient pas à prévenir les risques d'autolyse. Elle a également considéré que, dans la mesure où l'établissement est soumis à une obligation de moyen, la gravité de la pathologie et de l'état de la patiente nécessitait bien une mesure de MCI dans les conditions extrêmes qui ont été mise en place (chambre sans meuble excepté un lit fixé au sol, fermée à clé, port du pyjama en permanence, absence d'effet personnel). La médication avait déjà été employée et était médicalement justifiée, et la surveillance semblait être correctement menée d'après le registre fourni. La faute de l'établissement n'a donc pas été retenue au regard des mesures mises en œuvre pour garantir la sécurité de la patiente. Concernant les mesures d'isolement et de contention, la loi évoque non pas des « soins » mais des « pratiques ». L'ambivalence sous-jacente se retranscrit également du point de vue des juristes, assistés des soignants ayant participé de près ou de loin à la rédaction des textes législatifs.

⁸³⁵ CCass. civ. 1ère, 13 décembre 2012, n°11-27.616

S. GUIGUE, « L'appréciation de la faute de surveillance lors du suicide d'un patient en chambre d'isolement », R.D.S., n°52, mars 2013, pp. 256-257.

Titre 2. Un contrôle de l'isolement et de la contention renouvelé par le pouvoir judiciaire

466. En psychiatrie, la question de la contention et de l'isolement occupe une place centrale⁸³⁶. Et pour cause, « *La M.C.I*⁸³⁷. porte gravement atteinte à certaines libertés fondamentales, parmi lesquelles la liberté individuelle, la liberté d'aller et venir ou encore le respect de la vie privée, notamment à travers la liberté de correspondance, l'intimité et le droit à des visites »⁸³⁸. Les premiers textes législatifs sur les mesures de contrainte dans le cadre des soins psychiatriques ne réglementent pas explicitement les mesures d'isolement et de contention, alors même qu'elles sont parmi les pratiques thérapeutiques les plus liberticides. La jurisprudence n'aidait pas non plus à trancher en faveur ou en défaveur de ces usages. En effet, si l'isolement et la contention peuvent être assimilées à des traitements inhumains ou dégradants⁸³⁹, l'absence de leur usage dans un cas qui l'aurait probablement nécessité engage la responsabilité de l'établissement public⁸⁴⁰. L'usage des contentions peut en revanche être reproché à l'établissement si le cas du malade n'est pas considéré comme étant au stade d'une personne présentant un risque majeur d'atteinte envers lui-même ou les autres⁸⁴¹.

467. De manière très succincte, et pour poser les bases de l'évolution législative dont il est question dans le présent chapitre, il convient de rappeler que l'isolement et la contention n'ont été explicitement encadrés par le droit qu'à compter de 2016, à travers la loi de modernisation de notre système de santé du 26 janvier 2016. Les bases de l'encadrement de ces mesures liberticides ont ainsi pu être ajoutées à l'article L. 3222-5-1 du CSP⁸⁴². Cependant, cette réglementation est vite devenue insuffisante, dans la mesure où aucun contrôle de ces mesures et de leur bonne mise en œuvre n'était prévu, comme c'est pourtant le cas de l'hospitalisation sans consentement⁸⁴³. Or, cette lacune posait problème puisque, au même titre que l'hospitalisation sous contrainte, l'isolement et la contention présentent une restriction de la liberté d'aller et venir du patient tout aussi marquée (et même davantage). Des

⁸³⁶ HAS, « Place de la contention et de la chambre d'isolement en psychiatrie », note de cadre en vue de la réalisation de fiches mémo, juillet 2015.

⁸³⁷ MCI = mise en chambre d'isolement

⁸³⁸ P. GELEITEI cité par E. CANUT, « La mise en chambre d'isolement, un soin difficilement conciliable avec la protection de certains droits et des libertés fondamentales », A. LAUDE (dir.), *Consentement et santé*, Ed. Dalloz, Coll. Thèmes & commentaires, Paris, 2014, p.271-285.

⁸³⁹ CEDH, Aksoy c. Turquie, 18 décembre 1996, § 62 ; CEDH, Assenov et autres c. Bulgarie, 28 octobre 1998, § 93 ; CEDH, Selmouni c. France [GC], no 25803/94, § 95, CEDH 1999-V.

⁸⁴⁰ CAA Nantes, 25 janvier 1995, n°92NT00651

⁸⁴¹ CAA Douai, 13 juin 2006, n°05DA01245

⁸⁴² Son contenu sera détaillé en Section 1, Paragraphe 2 du présent Chapitre

⁸⁴³ C. BEKHDADI, « Les pratiques de la mise en isolement et sous contention en psychiatrie : étude descriptive au regard de la nouvelle réglementation », *Médecine humaine et pathologie*. 2017. ffdumas01958187f

recommandations de bonnes pratiques⁸⁴⁴ sont donc venues compléter la loi du 26 janvier 2016, en février 2017. Cependant, n'ayant aucune valeur législative, l'efficacité de ces recommandations s'est avérée insuffisante. La même année, le 29 mars 2017, une instruction ministérielle a donc été transmise aux établissements de santé mentale pour préciser les conditions d'application de la loi de 2016 en matière d'isolement et de contention, ainsi que « *les modalités de mise en œuvre du registre prévu par la loi dans chaque établissement de santé autorisé en psychiatrie et désigné pour assurer des soins psychiatriques sans consentement ainsi que l'utilisation des données au sein de chaque établissement, aux niveaux régional et national pour le suivi de ces pratiques.* »⁸⁴⁵ Néanmoins, l'absence d'un véritable contrôle légalement encadré persistait. Dès lors une réforme de l'encadrement juridique des mesures d'isolement et de contention a été entreprise dès 2020, pour aboutir après bien des étapes à la Loi du 22 janvier 2022 renforçant les outils de gestion de la crise sanitaire, et portant notamment réforme des mesures d'isolement et de contention⁸⁴⁶, suivie du Décret n° 2022-419 du 23 mars 2022 modifiant la procédure applicable devant le juge des libertés et de la détention en matière d'isolement et de contention mis en œuvre dans le cadre de soins psychiatriques sans consentement.⁸⁴⁷

468. A travers cette lenteur législative, la France pourtant pays des Droits de l'Homme a été paradoxalement le dernier des pays membres de l'Union Européenne à légiférer sur ces pratiques : il a donc fallu attendre un ensemble de lois sur l'hospitalisation sans consentement puis la loi du 26 janvier 2016 et son article 72⁸⁴⁸ pour poser un cadre législatif de l'isolement et de la contention (Chapitre 1), avant de développer davantage encore cet encadrement juridique tardif avec l'ajout d'un contrôle direct de ces mesures par le JLD (Chapitre 2).

⁸⁴⁴ HAS, « Recommandation de bonnes pratiques : isolement et contention en psychiatrie générale », février 2017

⁸⁴⁵ Instruction no DGOS/R4/DGS/SP4/2017/109 du 29 mars 2017 relative à la politique de réduction des pratiques d'isolement et de contention au sein des établissements de santé autorisés en psychiatrie et désignés par le directeur général de l'agence régionale de santé pour assurer des soins psychiatriques sans consentement, https://sante.gouv.fr/fichiers/bo/2017/17-04/ste_20170004_0000_0050.pdf

⁸⁴⁶ Loi n° 2022-46 du 22 janvier 2022 renforçant les outils de gestion de la crise sanitaire et modifiant le code de la santé publique, JORF n°0019 du 23 janvier 2022, <https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000045062855>

⁸⁴⁷ Ces différentes étapes seront détaillées en Section 2 du présent Chapitre. Cf Annexe 11 : schéma de l'évolution législative sus-évoquée

⁸⁴⁸ Loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé, NOR : AFSX1418355L, JORF n°0022 du 27 janvier 2016, <https://www.legifrance.gouv.fr/loda/id/JORFTEXT000031912641>

Chapitre 1. L'encadrement initial de l'isolement et de la contention : un régime juridique tardif et incomplet

469. Le concept d'isolement est généralement associé au milieu carcéral, où il désigne un régime exceptionnel et strict dans lequel, à titre préventif, un détenu est totalement séparé des autres prisonniers, vivant seul dans sa cellule et exclu de la vie collective de l'établissement, y compris des activités organisées⁸⁴⁹. Aujourd'hui, en psychiatrie, l'isolement est défini comme le placement d'un patient dans un espace clos, duquel il ne peut sortir librement et qui est distinct des autres unités, dans le but de le protéger durant une phase critique de sa prise en charge thérapeutique. Cette mesure ne peut être appliquée que dans un lieu spécifiquement conçu et adapté à cet usage⁸⁵⁰. Rappelons que l'isolement doit rester une mesure exceptionnelle, appliquée en dernier recours, exclusivement dans le cadre de soins réalisés sans consentement. En résumé, son usage est soumis aux mêmes conditions que la contention, conformément aux dispositions de l'article L. 3222-5-1-I, alinéa 1er du CSP. Sa durée initiale est limitée, avec possibilité de renouvellement si l'état du patient l'exige⁸⁵¹. Le JLD exerce un contrôle sur la mesure d'isolement⁸⁵². Par ailleurs, une mesure d'isolement ou de contention est indépendante de la décision d'admission en soins sans consentement⁸⁵³.

470. Rappelons également que, dans le domaine de la santé mentale et de la psychiatrie, la contention désigne, au sens large, toute méthode permettant d'immobiliser un patient ou un usager d'un établissement dans le but d'assurer sa protection ou celle d'autrui. Étant une mesure privative de liberté, elle porte une atteinte significative à la dignité humaine ainsi qu'aux droits fondamentaux de la personne. C'est pourquoi le législateur français a choisi d'intervenir sur cette question en 2016, sous l'influence notamment de la Cour européenne des droits de l'Homme. Rappelons aussi que la HAS opère une distinction entre deux formes de contention. La première est la contention physique ou manuelle, définie comme le maintien ou l'immobilisation du patient par l'usage de la force physique. La seconde est la contention mécanique, qui correspond à l'utilisation de moyens, dispositifs, vêtements ou méthodes destinés à limiter ou empêcher les mouvements volontaires de tout ou partie du corps d'un patient, dans le but d'assurer sa sécurité ou celle d'autrui lorsque son comportement présente un risque grave⁸⁵⁴. Selon une instruction ministérielle de mars 2022, la contention mécanique consiste à restreindre ou contrôler les mouvements d'un patient en utilisant un dispositif attaché

⁸⁴⁹ G. CORNU, *Vocabulaire juridique*, Association Henri-Capitant, PUF, 14^e ed, 2022

⁸⁵⁰ Recommandations de la HAS, mars 2017

⁸⁵¹ Les détails des réglementations encadrant les mesures d'isolement et de contention seront développées dans le présent chapitre et dans le chapitre suivant

⁸⁵² Cf Chapitre 2 du présent Titre

⁸⁵³ Cass. Civ., avis, 8 juillet 2021, n°15012

⁸⁵⁴ HAS, « Isolement et contention en psychiatrie générale », recommandations de février 2017

à un lit dans une chambre spécialement dédiée⁸⁵⁵. Seul ce type de contention bénéficie d'un encadrement juridique, et ce, de manière restreinte. En effet, les textes législatifs ne prévoient son application que dans le domaine de la psychiatrie, bien qu'elle soit couramment pratiquée dans d'autres services médicaux et établissements médico-sociaux. À l'instar de l'isolement, la contention est considérée comme une pratique de dernier recours, applicable uniquement aux patients en hospitalisation complète sans consentement. Son usage est strictement limité à la prévention d'un dommage immédiat ou imminent pour le patient ou pour autrui. Elle doit être décidée par un psychiatre, qui doit motiver sa décision en s'assurant qu'elle est adaptée, nécessaire et proportionnée au risque évalué. La mise en œuvre de cette mesure est soumise à une surveillance rigoureuse, tant sur le plan somatique que psychiatrique, confiée à des professionnels de santé désignés à cet effet. Toutes les informations relatives à cette pratique doivent être consignées dans le dossier médical du patient, ainsi que dans un registre dédié sous format numérique. Les établissements de santé ont l'obligation d'élaborer un rapport annuel détaillant les actions mises en place pour limiter le recours à ces pratiques⁸⁵⁶.

471. Cet encadrement des mesures d'isolement et de contention est le fruit d'un cheminement législatif et réglementaire, mené dans le but d'atteindre une conciliation délicate des droits et libertés du patient, tout en le protégeant souvent malgré lui, au mépris de certaines de ses libertés. Le juriste, qu'il soit universitaire ou praticien – le médecin pareillement – sait que, parfois, il faut altérer une liberté pour en préserver une autre, c'est la notion même de principe et d'exception : un classique que l'on retrouve dans n'importe quel débat juridique et qui en complexifie inévitablement l'enjeu. Cette complexité du débat n'a pas empêché les divers revirements législatifs précédemment évoqués⁸⁵⁷ entrepris pour l'encadrement de ces pratiques d'isolement et de contention. Rappelons qu'à la fin du siècle dernier, des réformes quantitativement peu nombreuses mais historiquement marquantes avaient posé les bases de l'exercice médical et juridique des soins psychiatriques (notamment des soins sans consentement) : la loi Esquirol en 1838 et la loi de 1990. Le Conseil constitutionnel et la Cour Européenne des Droits de l'Homme avaient interrogé ce cadre législatif entre 2009 et 2011, remettant en cause le caractère peu évolué de ces réformes trop anciennes, face aux considérations de plus en plus humanistes des libertés fondamentales. Ces revendications ont abouti aux réformes législatives de 2011 puis de 2013. Le cadre normatif a ainsi changé à deux reprises de façon drastique en l'espace de 20 ans.

⁸⁵⁵ Instruction ministérielle relative à la politique de réduction des pratiques d'isolement et de contention au sein des établissements de santé autorisés en psychiatrie et désignés par le directeur général de l'ARS pour assurer des soins psychiatriques sans consentement, 29 mars 2017

⁸⁵⁶ S. THÉRON, *Dictionnaire de droit de la santé mentale et de la psychiatrie*, LEH édition, 2023

⁸⁵⁷ Exposés dans le chapeau introductif du présent Chapitre.

472. L'encadrement législatif des mesures d'isolement et de contention s'est mis en place en différentes étapes. Il faut tout d'abord mentionner l'« avant », c'est-à-dire le cadre législatif n'incluant pas d'encadrement spécifique pour ces mesures (Section 1) : en effet, la question de la protection des patients dans le cadre de l'isolement et de la contention n'était pas couverte spécifiquement par le droit, au-delà des principes généraux applicables, pour autant cette lacune législative ne signifiait pas qu'il n'existait aucune réglementation en la matière, d'une manière ou d'une autre. La première étape législative date finalement de 2016, à travers la loi n°2016-41 du 26 janvier 2016, dite de modernisation de notre système de santé (Section 2).

Section 1. Des pratiques initialement peu encadrées

473. L'isolement et la contention, comme l'ensemble des soins prodigués en psychiatrie, font l'objet d'un contrôle non juridique par le biais de certaines institutions françaises (Paragraphe 1). Mais, si l'isolement et la contention ont connu une réglementation tardive en France⁸⁵⁸ (Paragraphe 3), plusieurs textes de droit international les consacrent depuis longtemps (Paragraphe 2).

Paragraphe 1. La mise en place d'un premier contrôle non juridique

474. Le protocole facultatif se rapportant à la Convention contre la torture et autres peines et traitements cruels, inhumains et dégradants adopté par l'Assemblée générale des Nations-Unies le 18 décembre 2002 avait été signé par la France le 16 septembre 2005 puis ratifié le 28 juillet 2008. Ce protocole prévoit un contrôle indépendant de l'ensemble des lieux de privation de liberté, en mettant en place des mécanismes nationaux de prévention indépendants chargés d'examiner de manière régulière les lieux de privation de liberté pour lesquels ils sont compétents. Le contrôleur général des lieux de privation de liberté a donc été mis en place : c'est une autorité administrative indépendante créée par une loi de décembre 2007⁸⁵⁹. Il a la particularité d'être indépendant, en ne recevant d'instruction ni de la part du Gouvernement, ni de l'administration, et évidemment d'aucun ministère. Cette indépendance se traduit notamment par le fait que le CGLPL est nommé pour 6 ans, non révocable, mais surtout non renouvelable.⁸⁶⁰

⁸⁵⁸ E. FAVEREAU, « Contention : la dérive sécuritaire », *Libération*, 9 septembre 2015, pages 16 à 19.

⁸⁵⁹ Loi n°2007-1545 du 30 octobre 2007 (modifiée par la loi n°2014-528 du 26 mai 2014), sur le respect des droits fondamentaux des personnes privées de liberté.

⁸⁶⁰ Source : site du CGLPL, <https://www.cglpl.fr/accueil/faq/#question1>

Dominique SIMONNOT, journaliste spécialiste des affaires judiciaires, est l'actuel CGLPL : elle a été nommée par le décret du 14 octobre 2020 pour 6 ans non renouvelable. Elle a été précédée d'Adeline HAZAN (17 juillet 2014 – 16 juillet 2020) et Jean-Marie DELARUE (13 juin 2008 – 12 juin 2014).

475. C'est le CGLPL qui recrute, comme il l'entend, les contrôleurs pour les missionner dans les différents établissements de France. Les visites en établissements se font, en général, en équipes pluridisciplinaires. En principe, pour les hôpitaux psychiatriques, il y a toujours un médecin dans ladite équipe. L'équipe du CGLPL, lors de ces contrôles, est en droit de demander n'importe quel document ou information : rien ne peut lui être refusé, sauf ce qui touche au secret professionnel et au secret défense. Le secret professionnel, usuellement appelé « secret médical », n'implique pas tout ce qui touche aux pièces médicales faisant partie de la procédure de contrôle du CGLPL. Ainsi, le CGLPL et son équipe peuvent se rendre à n'importe quel instant (nuit et week-end compris) dans des lieux de privation de liberté, l'hôpital psychiatrique en faisant partie. Dans cette dernière configuration, ils peuvent à tout individu considéré comme source intéressante d'informations quant au déroulement des opérations au sein de l'établissement (la confidentialité des échanges est toujours assurée). Enfin, ils peuvent obtenir l'accès à toute information ou pièce médicale utile à l'exercice de leur mission, donc y compris celles relevant du secret médical. Seules font exception les documents ou informations dont la connaissance pourrait porter atteinte à la défense nationale, à la sûreté de l'État, au secret professionnel entre un avocat et son client, au secret d'une enquête ou d'une instruction. En revanche, depuis la loi du 26 mai 2014⁸⁶¹, les contrôleurs par ailleurs médecins peuvent accéder à des informations en principe protégées par le « secret médical », sous réserve de l'accord du patient concerné, à moins que soient en cause des questions relatives au respect de l'intégrité physique ou psychique d'un mineur ou d'un majeur protégé⁸⁶².

476. Ces contrôles sont le plus souvent prévus mais ils peuvent être réalisés de manière inopinée. « *Nous faisons en sorte que chacun des membres de l'équipe du CGLPL ait, via ses expériences antérieures, une légitimité dans ce qu'il contrôle.* »⁸⁶³ C'est pourquoi, pour les équipes dédiées aux inspections d'hôpitaux psychiatriques, il y a généralement au moins un médecin, mais aussi un magistrat, dans la mesure où l'équipe contrôle les décisions médicales ainsi que les décisions de justice, en assistant toujours à une audience du JLD. Le contrôle du CGLPL porte sur les conditions d'hébergement, les effectifs et la formation de ces effectifs, la façon dont les droits sont énoncés et reconnus aux patients en soins sous contrainte, la dispensation des soins incluant la façon dont les malades sont placés en isolement, les chambres

⁸⁶¹ Loi n° 2014-528 du 26 mai 2014 modifiant la loi n° 2007-1545 du 30 octobre 2007 instituant un Contrôleur général des lieux de privation de liberté, JORF n°0122 du 27 mai 2014, <https://www.legifrance.gouv.fr/loda/id/JORFTEXT000028986483>

⁸⁶² « *Les majeurs protégés sont les personnes qui sont dans l'impossibilité de pourvoir seules à leurs intérêts en raison de l'altération soit de leurs facultés mentales, soit de leurs facultés corporelles de nature à empêcher l'expression de leur volonté, et qui bénéficient à ce titre d'une mesure de protection juridique résultant soit d'un mandat de protection future, soit d'une décision de justice.* » Source : Dictionnaire Juridique Dalloz
Article 431 du Code civil : « *La demande est accompagnée, à peine d'irrecevabilité, d'un certificat circonstancié rédigé par un médecin choisi sur une liste établie par le procureur de la République. (...)* »

⁸⁶³ Marie-Agnès CREDOZ, Contrôleure extérieure du Contrôleur général des lieux de privation de liberté, Colloque "Contention et isolement : aux limites de la loi et du soin ?", 22 août 2022, Espace de réflexion éthique Bourgogne-Franche-Comté.

d'isolement bien sûr, puis la régularité de la décision d'isolement en elle-même. Une fois que l'équipe du contrôleur est sur place, dans l'établissement hospitalier, les membres se dispersent, déambulent dans les couloirs, dans les différents pavillons et services, avant de se réunir le jour même à partir de 18h, pour débriefer et mettre en commun l'ensemble des informations reçues. Cette réunion dure entre 2 et 3 heures, si ce n'est plus. Chaque point de discordance est scrupuleusement vérifié : il y a un souci de vérification et d'objectivité très important. Au final, l'ensemble de l'analyse s'échelonne en général sur une semaine (voire deux semaines si l'établissement est conséquent). A la fin du contrôle, une restitution orale est préparée, là encore en équipe, qui sera donnée au chef d'établissement. Chaque membre rédige ensuite, à son retour à domicile, un rapport sur le contrôle effectué, en insistant particulièrement sur sa part d'analyse. Tous ces rapports seront ensuite transmis au chef de mission - qui n'a pas de rôle hiérarchique mais qui a un rôle de coordinateur – qui les collationne avant qu'une relecture collective ne soit organisée à nouveau en équipe. Une fois cette relecture effectuée, le rapport passe devant une cellule qualité avant d'être envoyé au chef d'établissement concerné qui pourra formuler des observations – souvent des commentaires tendant à la justification - que le CGLPL prendra ou non en compte, mais qu'il intégrera toujours au rapport. *« Moi, j'ai toujours peur d'aller visiter une chambre d'isolement. Il y a des chambres d'isolement qui sont « aux normes », mais parfois c'est complètement opaque. Le pire que j'ai pu voir, c'est un pot de chambre comme il y avait chez mes grands-parents. J'ai alors dit aux soignants que ce n'était pas possible car, moi-même, saine d'esprit, avec ma vieillesse et mon arthrose je ne pourrais pas. Alors, on m'a répondu que le pot était mis sur le lit ! On voit encore des chaises Montauban⁸⁶⁴ qui, la nuit, ne sont pas vidées étant donné l'absence de personnel. Donc, quand vous entrez le matin dans une telle chambre d'isolement, ça sent souvent très mauvais. »⁸⁶⁵.*

477. L'équipe du CGLPL peut être amenée à faire des recommandations, parfois en urgence, qui sont susceptibles d'être publiées au Journal Officiel. C'est ce qu'il s'est passé pour le cas de l'hôpital de Bourg-en-Bresse. Cette publication au JO a permis une réaction immédiate : le psychiatre responsable de la cette contention excessive a démissionné, la patiente concernée a tout de suite été correctement prise en charge, etc. *« Les membres de l'équipe qui ont vécu cette inspection et qui me l'ont racontée avaient les larmes aux yeux. Cette personne, en contention depuis plusieurs jours, nageait dans ses excréments ! »⁸⁶⁶* Avec le recul, l'ensemble de ces recommandations du CGLPL et les excès constatés ont contribué au changement de la

⁸⁶⁴ Il s'agit d'une chaise percée utilisée dans le cadre hospitalier à défaut de sanitaires modernes : Op. cit. Marie-Agnès CREDOZ, Contrôleure extérieure du Contrôleur général des lieux de privation de liberté, Colloque "Contention et isolement : aux limites de la loi et du soin ?"

⁸⁶⁵ Op. cit. Marie-Agnès CREDOZ, Contrôleure extérieure du Contrôleur général des lieux de privation de liberté, Colloque "Contention et isolement : aux limites de la loi et du soin ?"

⁸⁶⁶ Op. cit. Marie-Agnès CREDOZ, Contrôleure extérieure du Contrôleur général des lieux de privation de liberté, Colloque "Contention et isolement : aux limites de la loi et du soin ?"

législation concernant l'isolement et la contention. Madame SIMONNOT⁸⁶⁷ a été très longuement entendue au Parlement, au moment de l'écriture de la loi sur l'isolement et la contention. Mais la grande question en suspens reste la suivante : est-ce qu'on pourra un jour se passer de l'isolement et/ou de la contention ? Madame HAZAN en était convaincue, elle faisait souvent référence aux établissements hospitaliers italiens qui, concernant les services psychiatriques, ont très peu, voire pas de chambre d'isolement et – de fait – la pratique beaucoup moins. La loi tranche déjà un premier point en considérant que l'isolement et la contention, étant donné les controverses dont ils font l'objet, ne sont pas des soins en tant que tel : « *L'isolement et la contention sont des pratiques – et non des soins - de derniers recours et ne peuvent concerner que des patients en hospitalisation complète. Il ne peut y être procédé que pour prévenir un dommage immédiat pour le patient ou pour autrui, sur une décision – et non prescription – d'un psychiatre, uniquement de manière adaptée, nécessaire et proportionnée.* »⁸⁶⁸

478. Des tentatives de contrôles de l'isolement et de la contention avaient été entreprises avant l'adoption de la loi du 22 janvier 2022⁸⁶⁹ portant réforme – pour la troisième fois – de l'article L. 3222-5-1 du CSP⁸⁷⁰. Les contrôles effectués par les commissions départementales des soins psychiatriques (CDSP) étaient l'occasion parfaite de contrôler directement sur place les mesures d'isolement et de contention dans les établissements⁸⁷¹. Ces commissions ont pour mission « *d'examiner la situation des personnes admises en soins psychiatriques sans consentement au regard du respect des libertés individuelles et de la dignité des personnes.* »⁸⁷² Le plan « *psychiatrie et santé mentale 2005-2008* »⁸⁷³ avait donc proposé d'élargir le champ de compétence des CDSP au contrôle des mesures d'isolement et de contention. L'article L.3212-11 prévoyait d'ailleurs que le registre des procédures d'isolement ou de contention devait obligatoirement être présenté aux membres de la CDSP. Seulement, la loi de 2011 qui suivit

⁸⁶⁷ Le premier CGLPL fut Jean-Marie DELARUE, du 13 juin 2008 au 13 juin 2014, suivi d'Adeline HAZAN, du 17 juillet 2014 au 17 juillet 2020, succédée par Dominique SIMONNOT, depuis le 14 octobre 2020 et toujours en poste actuellement.

⁸⁶⁸ Article L3222-5-1 du CSP

⁸⁶⁹ Loi n° 2022-46 du 22 janvier 2022 renforçant les outils de gestion de la crise sanitaire et modifiant le code de la santé publique.

⁸⁷⁰ E. PECHILLON & P. VERON, « Troisième réforme des mesures d'isolement-contention », *Santé mentale*, n°265, février 2022 : Les différentes phases de cette réforme seront abordées et développées plus bas dans cette Partie.

⁸⁷¹ Cf Chapitre 1

⁸⁷² ARS, « Commission départementale des soins psychiatriques sans consentement (CDSP) », 23/02/2023, <https://www.iledefrance.ars.sante.fr/commission-departementale-des-soins-psychiatriques-sans-consentement-cdsp>

⁸⁷³ Plan « Psychiatrie et santé mentale : 2005-2008 », https://sante.gouv.fr/IMG/pdf/plan_2005-2008.pdf

n'en tint pas compte et les CDSP ont dû se limiter à des recommandations en la matière auprès des établissements contrôlés⁸⁷⁴.

Paragraphe 2. Un encadrement plus ancien en droit international

479. En Angleterre, la réflexion quant au bien-fondé de l'usage des mesures d'isolement et de contention était tout aussi présente qu'en France du temps du Dr Philippe PINEL⁸⁷⁵, aboutissant en 1842 au vote de la première loi exigeant la tenue d'un registre sur l'utilisation de la contention physique, ceci dans un but de possible contrôle concernant cette mesure. Plus tard et dans une démarche d'uniformisation du droit des pays européens, en 1950 l'article 5 de la Convention Européenne des Droits de l'Homme vient rappeler officiellement que toute personne a droit à la liberté et à la sûreté⁸⁷⁶. Plus récemment, la Déclaration d'Helsinki de 1964 rappelle, certes dans le secteur de la recherche médicale, mais en filigrane pour le secteur de la santé en général, que le devoir du médecin est de protéger la vie, la santé, la dignité et l'intimité de son patient⁸⁷⁷. Mais le premier texte international concernant l'isolement et la contention est la résolution des Nations-Unies du 17 décembre 1991 sur la protection des personnes atteintes de maladie mentale et l'amélioration des soins de santé mentale⁸⁷⁸. Il dispose que ces pratiques doivent être utilisées sur le patient uniquement si ce sont les seuls moyens de prévenir un dommage immédiat ou imminent sur lui-même ou sur les autres. L'ONU a durci son approche en interdisant l'isolement des personnes atteintes de troubles mentaux en milieu carcéral, par le biais de sa Déclaration du 5 août 2011 sur la torture⁸⁷⁹. Cependant, il ne s'agissait que d'une recommandation qui n'avait donc pas force obligatoire.

480. Gilles DEVERS, ancien infirmier en psychiatrie et avocat, distingue déjà très clairement l'isolement de la contention : « *Je distingue complètement ces deux types de soin. C'est fou que la loi n'en fasse pas autant ! Qui a mis une loi qui dans le même article parle d'isolement et de contention, alors que ce sont deux choses complètement différentes ? Le fait qu'un malade doive être contenu je pense que c'est un soin qui est compliqué mais qui peut être extrêmement bienveillant s'il est pratiqué à bon escient, ou au contraire très néfaste voire relever de la malveillance dans le cas contraire. Comment peut-on mettre les deux soins dans le même*

⁸⁷⁴ L'article L.3212-11 n'est effectivement resté en vigueur que du 22 juin 2000 au 01 août 2011. Il disposait que : « *Dans chaque établissement est tenu un registre sur lequel sont transcrits dans les vingt-quatre heures : (...). Ce registre est soumis aux personnes qui, en application des articles L. 3222-4 et L. 3223-1 visitent l'établissement ; ces dernières apposent, à l'issue de la visite, leur visa, leur signature et s'il y a lieu, leurs observations.* »

⁸⁷⁵ Cf C du présent Paragraphe.

⁸⁷⁶ Article 5 de la Conv.EDH: « *Toute personne a droit à la liberté. Toute personne arrêtée a le droit de savoir pourquoi. Elle doit être jugée rapidement ou être libérée en attendant son procès.* »

⁸⁷⁷ Déclaration d'Helsinki, B) 10 : « *Dans la recherche médicale, le devoir du médecin est de protéger la vie, la santé, la dignité et l'intimité de la personne.* »

⁸⁷⁸ ONU, Résolution A/RES/46/119 du 17 décembre 1991, sur la protection des personnes atteintes de maladie mentale et amélioration des soins de santé mentale

⁸⁷⁹ Assemblée générale des nations unies, document n°A/66/268.

*procédé ? La contention est une technique thérapeutique qui doit se faire suivant un procédé scientifique avec des gens formés, quand c'est absolument nécessaire uniquement. L'isolement, c'est tout à fait autre chose ; je pense que c'est d'abord une mesure d'ordre et pas forcément une mesure thérapeutique. Quand on a des contraintes logistiques réelles, l'isolement est quand même une solution notamment pour garantir la sécurité des patients eux-mêmes ! Le tout c'est de ne pas en abuser. »*⁸⁸⁰ Maître DEVERS fait globalement référence à la législation française, cependant sa vision de l'usage de l'isolement et de la contention dans le cadre des soins, comme mesure potentiellement coercitives et abusives est justement la question centrale ayant motivé la mise en œuvre d'une réglementation à l'échelle internationale dans un premier temps. Il fait d'ailleurs un véritable parallèle, juridique au moins, entre contention et traitements inhumains ou dégradants dans les cas d'abus.⁸⁸¹ Rappelons à ce titre les deux textes fondamentaux à l'origine de l'interdiction de la torture et des traitements inhumains ou dégradants : la Convention de l'ONU contre la torture⁸⁸², et le Pacte international relatif aux droits civils et politiques du 16 décembre 1966, selon lequel « *nul ne sera soumis à la torture ni à des peines ou traitements cruels, inhumains ou dégradants. En particulier, il est interdit de soumettre une personne sans son libre consentement à une expérience médicale ou scientifique* ». C'est l'affaire Furundzija jugée par le Tribunal pénal international pour l'ex-Yougoslavie le 10 décembre 1998 qui a précipité la lutte contre toute forme de torture ou de traitements inhumains ou dégradants⁸⁸³. Ce jugement a fait de l'interdiction des traitements inhumains et dégradants une norme de *jus cogens*⁸⁸⁴, opposable à tous les États en toutes circonstances, sans besoin de ratification en droit interne. De fait, le droit est globalement sans ambiguïté concernant la sanction de ces fautes.⁸⁸⁵

481. Suite à des condamnations déjà opérées par la CEDH concernant des pratiques abusives de soins psychiatriques⁸⁸⁶, le Comité européen pour la prévention de la torture et des peines ou traitements inhumains ou dégradants (CPT) a décuplé ses visites et en a ainsi effectué une en France, entre le 28 novembre au 10 décembre 2010, afin d'évaluer les prises en charge dans les

⁸⁸⁰ Entretien avec Gilles DEVERS, cf Annexe 23

⁸⁸¹ G. DEVERS, « La contention en psychiatrie : il faut désormais respecter la loi », Étude pour la FNAPSY, 2016, 15 pages.

⁸⁸² Convention contre la torture et autres peines ou traitements cruels, inhumains ou dégradants, transposé par la France dans la loi n°85-1407 du 30 décembre 1985, portant diverses dispositions de procédure pénale et de droit pénal, paru au JO le 31 décembre 1985.

⁸⁸³ TPIY, Affaire Anto Furundzija, 10 décembre 1998, n°IT-95-17/1-T.

⁸⁸⁴ *Jus cogens* : règle de droit réputées universelles et supérieures, impératives en droit international

⁸⁸⁵ CEDH, Labita c./Italie, 6 avril 2000, n°26772/95 ; CEDH, Selmouni c./France, 28 juillet 1999, n°25803/94 ; CEDH, Assenov et autres c./Bulgarie, 28 oct. 1998, req. n°24760/94 ; CEDH, Chahal c./ Royaume-Uni, 15 novembre 1996, req. n°22414/93

⁸⁸⁶ CEDH, Bureš c./ République tchèque, 18 octobre 2012, req. n°37679/08 ; S. GUIGUE, « Condamnation par la CEDH d'un usage abusif de la contention par un hôpital psychiatrique », RDS, n°51, janvier 2013, p. 120-121 ; Communiqué de presse du greffier de la CEDH, 17/07/2014, file:///Users/celinegm/Downloads/003-4822316-5881638.pdf

établissements de santé du territoire, et notamment en psychiatrie. Le rapport transmis au gouvernement français mentionne que « *les pratiques relatives à la mise en chambre d'isolement et la contention mécanique varient considérablement d'un établissement visité à l'autre, voire d'un service de psychiatrie générale à l'autre* »⁸⁸⁷. Le rapport recommandait donc une harmonisation des pratiques et des protocoles de MCI et de contention, que ce soit dans les établissements visités ou dans l'ensemble des établissements de santé mentale pratiquant l'une ou l'autre de ces mesures. Le CPT a également demandé à ce que les mesures d'isolement et de contention pratiquées soient toutes consignées dans un registre, comme le préconisait une de ses précédentes recommandations. Il a fini par émettre des réserves vis-à-vis de l'usage de l'isolement et de la contention, en faisant référence aux mêmes textes sus-évoqués⁸⁸⁸ et en spécifiant que les établissements devraient prévoir une procédure claire de recours à la contention, en informer le malade dès son arrivée pour qu'il puisse y échapper ou s'en défendre par le biais d'un recours dont il aura connaissance et, de fait, ne l'administrer qu'en cas de nécessité absolue.

Paragraphe 3. Un encadrement plus récent en droit français

482. En pleine Révolution française, le Dr Philippe PINEL, psychiatre, se posait déjà la question du bénéfice de la contention. Lors d'une visite de Georges COUTHON du Comité de salut public, en 1794, le psychiatre fit ôter les chaînes des fous de l'Hospice de Bicêtre. À la surprise des témoins présents ce jour, non seulement les malades ne se jetèrent pas sur lui, mais la plupart le remercièrent avec la plus grande sympathie⁸⁸⁹. Si des textes de droit européen et international ont posé les bases d'une réglementation en matière d'isolement et de contention, il fallut attendre la loi de modernisation du système de santé de 2016, en son article 72, pour faire officiellement de ces mesures des pratiques de « dernier recours ».

483. Il existe une grande hétérogénéité quant à l'utilisation des pratiques d'isolement et de contention. En effet, à l'échelle mondiale, entre 0,07 et 15,6% des patients admis en soins psychiatriques (tous degrés de prise en charge confondus) seraient soumis à l'isolement, contre 1,2 à 8% à la contention⁸⁹⁰. Ces disparités pourraient s'expliquer par des différences dans la définition même de ces mesures de contrainte, ou encore dans la considération des droits de l'homme en fonction des pays, des cultures, des lois en vigueur, etc. Par exemple, en principe

⁸⁸⁷ Comité européen pour la prévention de la torture et des peines ou traitements inhumains ou dégradants, Rapport au Gouvernement de la République française relatif à la visite effectuée en France par le comité européen pour la prévention de la torture et des peines ou traitements inhumains ou dégradants, CPT/inf (2012) 13, 2012.

⁸⁸⁸ Convention contre la torture et autres peines ou traitements cruels, inhumains ou dégradants ; Déclaration d'Helsinki

⁸⁸⁹ A. FAUVEL, « Pinel et les aliénés, Aux origines de la psychiatrie », *Histoire de la Psychologie*, 2012, p.7 à 11

⁸⁹⁰ T. STEINERT et al., "Incidence of seclusion and restraint in psychiatric hospitals: a literature review and survey of international trends.", *Soc Psychiatry Epidemiol* 2010 ; 45(9) : 889-97

l'Islande ne pratique pas l'isolement ou la contention mécanique, pratiques interdites dans cet État : les effectifs impressionnants de soignants (un soignant par malade) au sein des services psychiatriques expliquent qu'une telle prouesse puisse être réalisée⁸⁹¹. En revanche, au Pays-Bas, l'administration non consentie de traitement par injection porte davantage atteinte à l'intégrité physique du malade que l'isolement ou la contention physique. L'Angleterre quant à elle autorise la contention par « holding » là où elle interdit la contention mécanique⁸⁹². Le fait est que, dans la majorité des démocraties occidentales et européennes surtout⁸⁹³, l'isolement et la contention en psychiatrie sont des pratiques considérées comme des mesures de protection qui ne doivent être utilisées que s'il existe un risque immédiat ou imminent de passage à l'acte du patient, qui engagerait sa sécurité ou celle des autres. En tant que mesures impactant les droits et libertés du patient, et particulièrement sa liberté d'aller et venir, elles sont encadrées par bon nombre de textes juridiques et font l'objet de divers contrôles.

484. Lorsque le législateur a légiféré sur le contrôle de l'hospitalisation sans consentement, il n'a pas inclus l'isolement et la contention dans le contrôle du JLD, laissant ainsi libre cours aux soignants dans l'exercice de ces mesures, en partant du principe que – étant donné leur visée thérapeutique – seul un psychiatre peut déterminer le bien-fondé de ces mesures. De fait, initialement la MCI n'avait qu'à faire l'objet d'une prescription médicale écrite, datée et signée du psychiatre prescripteur avant d'être portée à la connaissance du patient concerné, en présence de l'équipe soignante responsable de son suivi durant la mesure. Mais cette carence de contrôle juridique a été comblée récemment. Nous en discuterons la mise en œuvre et la portée⁸⁹⁴. L'encadrement a cependant été très progressif, en commençant par un premier encadrement des mesures d'isolement (A) et de contention (B), avant de réelles tentatives de réglementations par le législateur (C).

A. Les premières réglementations de la mise en chambre d'isolement

⁸⁹¹ SNORRASON et al., “Special observation on psychiatric patients on acute inpatient wards at the Division of Psychiatry, Landspítali-University Hospital in Iceland, attitudes of patients and staff.”, *Læknablaðið*, dec 2007, 93(12), 833-839.

⁸⁹² Op. cit. article de T. STEINERT

⁸⁹³ Idéal et recommandations communes : Conseil de l'Europe. Recommandation Rec(2004)10 du Comité des Ministres aux États membres relative à la protection des droits de l'homme et de la dignité des personnes atteintes de troubles mentaux. Strasbourg, Conseil de l'Europe, 2004 ; Comité européen pour la prévention de la torture et des peines ou traitements inhumains ou dégradants. Rapport au Gouvernement de la République française relatif à la visite effectuée en France par le Comité européen pour la prévention de la torture et des peines ou traitements inhumains ou dégradants (CPT) du 28 novembre au 10 décembre 2010, Strasbourg, Conseil de l'Europe, 2012 ; Comité européen pour la prévention de la torture et des peines ou traitements inhumains ou dégradants. Normes du CPT. Strasbourg, Conseil de l'Europe, 2015

⁸⁹⁴ Cf Section 2, Chapitre 2 du présent Titre.

485. Juridiquement, la notion de MCI a connu des débuts flous. La circulaire Veil de juillet 1993⁸⁹⁵ est la première à y faire clairement mention. Elle fait référence à l'hospitalisation en psychiatrie, et rappelle que l'hospitalisation libre est la règle, là où l'hospitalisation sans consentement doit donc être l'exception. Elle établit également que, dans l'un ou l'autre de ces cas d'hospitalisation, les patients ont les mêmes droits et libertés que n'importe quel patient hospitalisé dans un autre secteur médical. La liberté d'aller et venir en fait partie. La circulaire précise que cette liberté fondamentale « *ne peut donc être remise en cause s'agissant de personnes qui ont elles-mêmes consenti à recevoir des soins psychiatriques* » et que les patients ne peuvent « *en aucun cas être installés dans des services fermés à clé ni a fortiori dans des chambres verrouillées* ». L'isolement n'est possible que dans des limites temporelles strictes et pour des raisons de sécurité du malade ou de son entourage, autrement dit face à une situation d'urgence qui le nécessiterait. Ce n'est qu'en 1998 que les modalités d'isolement ont été explicitement indiquées à travers l'audit clinique⁸⁹⁶ de l'ANAES⁸⁹⁷. Cependant, cet audit ne revêtait pas un caractère obligatoire : il ne s'agissait que de recommandations⁸⁹⁸. Cependant, dans un premier temps en tout cas, cette circulaire et ces recommandations ont eu pour effet de « légitimer » l'utilisation potentielle des mesures de contrainte et notamment des MIC, entraînant leur recrudescence. Il a fallu attendre les premiers encadrements législatifs pour réguler leur usage.

A. L'encadrement de la contention

486. Quant à la contention, elle est très encadrée par la législation française et européenne. L'article 5 de la Conv.EDH en fait mention, en interdisant par principe de porter atteinte à la liberté et à la sûreté des individus. Dans son abord géographique immédiat, la Belgique a précédé la France en matière de réglementation des pratiques de contention. En effet, la loi belge du 22 août 2002 relative aux droits du patient, rappelle l'obligation de respecter la dignité humaine et l'autonomie du malade, ce qui implique implicitement une restriction à l'utilisation des contentions. Elle dispose en son article 5 que « *le patient a droit, de la part du praticien professionnel, à des prestations de qualité répondant à ses besoins et ce, dans le respect de sa*

⁸⁹⁵ Circulaire du 9 juillet 1993 relative à l'application de l'article L. 365-1 du code de la santé publique, JORF n°180 du 6 août 1993, <https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT00000544419>

⁸⁹⁶ « *L'audit clinique est une méthode d'évaluation des pratiques qui mesure les écarts entre la pratique réelle observée et la pratique attendue ou recommandée (recommandations de bonne pratique...) à partir de critères d'évaluation. En fonction des résultats d'une première évaluation, les professionnels mettent en place des actions d'amélioration de la qualité des soins. L'impact de ces actions est évalué par une nouvelle mesure des écarts entre la pratique réelle observée et la pratique attendue ou recommandée selon les mêmes critères d'évaluation.* » Source : HAS, Juin 2018, https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2018-06/audit_clinique.pdf

⁸⁹⁷ ANAES, Audit clinique appliqué à l'utilisation des chambres d'isolement en psychiatrie, juin 1998, http://afeg.asso.fr/index_htm_files/20%201998%20juin%20ANAES%20EPP%20Evaluation%20de%20la%20prevention%20des%20escarres.pdf.

⁸⁹⁸ Agence Nationale d'Accréditation et d'Évaluation en Santé. Évaluation des pratiques professionnelles dans les établissements de santé : Limiter les risques de la contention physique de la personne âgée. 2000.

dignité humaine et de son autonomie et sans qu'une distinction d'aucune sorte ne soit faite. »⁸⁹⁹

Le Code pénal français prévoyait également – et prévoit toujours - un certain nombre de limites à l'utilisation de la contention, notamment à l'article 223-3 du Code pénal⁹⁰⁰ qui prévoit que, dans le cas où cette pratique serait réalisée, il est obligatoire de surveiller correctement la personne (le malade par extension au secteur de la psychiatrie) qui en fait l'objet sous peine de sanction, dans la mesure où l'on met cette dernière hors d'état de se protéger. L'article 803 du Code de procédure pénale évoque tout aussi manifestement la contention physique⁹⁰¹. De même, l'article 224-1 du Code pénal implique une obligation de justifier le fait d'être ou non dans un cas nécessitant une contention, et donc le fait d'être dans une des exceptions prévues par la loi. Cependant, ce même Code pénal prévoit des infractions en cas de non-intervention pour maîtriser un individu qui menacerait la sécurité publique, par exemple.⁹⁰² *« A titre personnel, j'ai eu des patients ou des familles qui ont essayé de porter plainte au motif d'une détention arbitraire. Je suis sortie assez vite, mais enfin l'expérience est toujours désagréable et anxiogène. »*, témoigne le Dr Jean DELATE, psychiatre au CHU de Nîmes.

B. Ébauche de réglementation des mesures d'isolement et de contention apportée par les lois de 2011 et 2013

487. Le droit français de la psychiatrie a subi d'importantes réformes avec ces deux lois puisque, d'une part, le législateur a diversifié les modes de prise en charge faisant suite à une

⁸⁹⁹ Chapitre III, article 5 de la loi du 22 août 2002 relative aux droits du patient, publié le 26 septembre 2002.

⁹⁰⁰ Article 223-3 du Code pénal : *« Le délaissement, en un lieu quelconque, d'une personne qui n'est pas en mesure de se protéger en raison de son âge ou de son état physique ou psychique est puni de cinq ans d'emprisonnement et de 75 000 euros d'amende. »* : vaut autant pour l'isolement que pour la contention

Article 223-4 du Code pénal : *« Le délaissement qui a entraîné une mutilation ou une infirmité permanente est puni de quinze ans de réclusion criminelle. Le délaissement qui a provoqué la mort est puni de vingt ans de réclusion criminelle. »*

Article 224-1 du Code pénal : *« Le fait, sans ordre des autorités constituées et hors les cas prévus par la loi, d'arrêter, d'enlever, de détenir ou de séquestrer une personne, est puni de vingt ans de réclusion criminelle. (...) »*

⁹⁰¹ Article 803 du Code de procédure pénale : *« Nul ne peut être soumis au port des menottes ou des entraves que s'il est considéré soit comme dangereux pour autrui ou pour lui-même, soit comme susceptible de tenter de prendre la fuite. Dans ces deux hypothèses, toutes mesures utiles doivent être prises, dans les conditions compatibles avec les exigences de sécurité, pour éviter qu'une personne menottée ou entravée soit photographiée ou fasse l'objet d'un enregistrement audiovisuel. »*

⁹⁰² Article 223-6 du Code pénal : *« Quiconque pouvant empêcher par son action immédiate, sans risque pour lui ou pour les tiers, soit un crime, soit un délit contre l'intégrité corporelle de la personne s'abstient volontairement de le faire est puni de cinq ans d'emprisonnement et de 75 000 € d'amende. Sera puni des mêmes peines quiconque s'abstient volontairement de porter à une personne en péril l'assistance que, sans risque pour lui ou pour les tiers, il pouvait lui prêter soit par son action personnelle, soit en provoquant un secours. (L. no 2018-703 du 3 août 2018, art. 5) «Les peines sont portées à sept ans d'emprisonnement et 100 000 euros d'amende lorsque le crime ou le délit contre l'intégrité corporelle de la personne mentionnée au premier alinéa est commis sur un mineur de quinze ans ou lorsque la personne en péril mentionnée au deuxième alinéa est un mineur de quinze ans.» »*

Article 223-7 du Code pénal : *« Quiconque s'abstient volontairement de prendre ou de provoquer les mesures permettant, sans risque pour lui ou pour les tiers, de combattre un sinistre de nature à créer un danger pour la sécurité des personnes est puni de deux ans d'emprisonnement et de 30 000 € d'amende. »*

admission sans consentement et d'autre part, sous l'impulsion des juges constitutionnels et européens, a introduit un contrôle systématique du juge judiciaire sur les décisions d'admission en hospitalisation complète dans le délai de 12 jours à compter de leur prononcé. Les soins sous contrainte, et particulièrement les mesures d'isolement et de contention, portent atteinte à la liberté individuelle qu'est la liberté d'aller et venir, et au droit fondamental du libre consentement aux soins. L'hospitalisation sans consentement est ainsi susceptible de porter atteinte au principe constitutionnel selon lequel nul ne peut être arbitrairement détenu, principe visé à l'article 66 de notre Constitution et à l'article 5 de la Conv.EDH selon lequel toute personne a le droit à la liberté ou à la sûreté : nul ne peut être privé de liberté sauf dans les cas et selon les voies légales. La Cour Européenne des Droits de l'Homme a elle-même précisé en 2004 que le bien-fondé d'une mesure qu'elle qualifie d'« internement » doit être établi de manière probante, sauf urgence, sur la base d'une expertise médicale objective justifiant ainsi une privation de liberté. Par leur nature, les troubles psychiatriques privent la personne de la vraie conscience de son état de santé et elle ne peut pas, dans ces conditions, donner un plein consentement, les médecins n'ayant d'ailleurs pas, dans ce domaine particulier des soins contraints, complètement leur rôle habituel. Ils ont bien sûr un rôle de médecin, mais un rôle de médecin dans le domaine particulier de la contrainte, avec une mission de service public qui consiste en majorité en la protection de l'ordre public⁹⁰³. En conséquence, le JLD en charge de cette mission doit contrôler à la fois la régularité de la procédure mais aussi le bien-fondé de la mesure d'admission ou de maintien dont le juge est saisi. Il doit vérifier que les atteintes aux droits ont été adaptées, nécessaires et proportionnées. Il y a donc un double objectif : la protection de la santé et la prévention des troubles à l'ordre public et notamment à la sécurité publique.

488. En 2011, la loi relative aux droits et à la protection des personnes faisant l'objet de soins psychiatriques et aux modalités de leur prise en charge⁹⁰⁴ n'a pas véritablement encadré les mesures d'isolement et de contention. En revanche, elle a apporté une modification au code de procédure pénale qui implique une nouvelle modalité d'admission en hospitalisation sans consentement pour les individus déclarés irresponsables pénalement pour cause de trouble mental. Par extension, ce nouveau type de patients est susceptible d'être soumis aux mesures d'isolement et de contention : il est donc important de souligner cette éventualité.⁹⁰⁵

⁹⁰³ B. SEILLER, *Droit administratif : 2. L'action administrative*, ed Flammarion, 2018 : chapitre II. L'ordre public, p.77 à 111

⁹⁰⁴ 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, JORF n°0155 du 6 juillet 2011, <https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000024312722/>

⁹⁰⁵ Article 706-135 du Code de procédure pénale : « *Sans préjudice de l'application des articles L. 3213-1 et L. 3213-7 du code de la santé publique, lorsque la chambre de l'instruction ou une juridiction de jugement prononce un arrêt ou un jugement de déclaration d'irresponsabilité pénale pour cause de trouble mental, elle peut ordonner, par décision motivée, l'admission en soins psychiatriques de la personne, sous la forme d'une hospitalisation complète dans un établissement mentionné à l'article L. 3222-1 du même code s'il est établi par une expertise*

Par la suite, la loi de 2013⁹⁰⁶ a précisé les limites des restrictions pouvant être apportées aux libertés individuelles des patients dans le cadre des soins sous contraintes, quels qu'ils soient. Ils doivent être dispensés de manière adaptée, nécessaire et proportionnée à l'état mental de l'individu. Le cas échéant, la dignité du patient doit toujours être respectée. Sans précision spécifique, ces modalités s'appliquent à tous les soins contraints, l'isolement et la contention en faisant partie évidemment. Cependant, aucune modalité de contrôle n'est prévue et la portée de cette réforme reste très limitée en matière d'isolement et de contention⁹⁰⁷. En revanche, ces deux lois de 2011 et 2013 ont marqué un tournant majeur dans l'encadrement de l'hospitalisation sous contrainte.⁹⁰⁸ Dès lors, cette base juridique fortement lacunaire en matière d'isolement et de contention a dû être comblé par une nouvelle législation.

Section 2. La loi du 26 janvier 2016 : le premier cadre législatif de l'isolement-contention

psychiatrique figurant au dossier de la procédure que les troubles mentaux de l'intéressé nécessitent des soins et compromettent la sûreté des personnes ou portent atteinte, de façon grave, à l'ordre public. Le représentant de l'Etat dans le département ou, à Paris, le préfet de police est immédiatement avisé de cette décision. Le régime de cette hospitalisation est celui prévu pour les admissions en soins psychiatriques prononcées en application de l'article L. 3213-1 du même code »

⁹⁰⁶ 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, JORF n°0227 du 29 septembre 2013, <https://www.legifrance.gouv.fr/loda/id/JORFTEXT000027996629/> (article 1)

⁹⁰⁷ Article L. 3211-3 du Code de la santé publique (modifié par la loi n°2013-869 du 27 septembre 2013 - art. 1) : « *Lorsqu'une personne atteinte de troubles mentaux fait l'objet de soins psychiatriques en application des dispositions des chapitres II et III du présent titre ou est transportée en vue de ces soins, les restrictions à l'exercice de ses libertés individuelles doivent être adaptées, nécessaires et proportionnées à son état mental et à la mise en œuvre du traitement requis. En toutes circonstances, la dignité de la personne doit être respectée et sa réinsertion recherchée. Avant chaque décision prononçant le maintien des soins en application des articles L. 3212-4, L. 3212-7 et L. 3213-4 ou définissant la forme de la prise en charge en application des articles L. 3211-12-5, L. 3212-4, L. 3213-1 et L. 3213-3, la personne faisant l'objet de soins psychiatriques est, dans la mesure où son état le permet, informée de ce projet de décision et mise à même de faire valoir ses observations, par tout moyen et de manière appropriée à cet état. En outre, toute personne faisant l'objet de soins psychiatriques en application des chapitres II et III du présent titre ou de l'article 706-135 du code de procédure pénale est informée : a) Le plus rapidement possible et d'une manière appropriée à son état, de la décision d'admission et de chacune des décisions mentionnées au deuxième alinéa du présent article, ainsi que des raisons qui les motivent ; b) Dès l'admission ou aussitôt que son état le permet et, par la suite, à sa demande et après chacune des décisions mentionnées au même deuxième alinéa, de sa situation juridique, de ses droits, des voies de recours qui lui sont ouvertes et des garanties qui lui sont offertes en application de l'article L. 3211-12 1. L'avis de cette personne sur les modalités des soins doit être recherché et pris en considération dans toute la mesure du possible. En tout état de cause, elle dispose du droit : 1° De communiquer avec les autorités mentionnées à l'article L. 3222-4 ; 2° De saisir la commission prévue à l'article L. 3222-5 et, lorsqu'elle est hospitalisée, la commission mentionnée à l'article L. 1112-3 ; 3° De porter à la connaissance du Contrôleur général des lieux de privation de liberté des faits ou situations susceptibles de relever de sa compétence ; 4° De prendre conseil d'un médecin ou d'un avocat de son choix ; 5° D'émettre ou de recevoir des courriers ; 6° De consulter le règlement intérieur de l'établissement et de recevoir les explications qui s'y rapportent ; 7° D'exercer son droit de vote ; 8° De se livrer aux activités religieuses ou philosophiques de son choix. Ces droits, à l'exception de ceux mentionnés aux 5°, 7° et 8°, peuvent être exercés à leur demande par les parents ou les personnes susceptibles d'agir dans l'intérêt du malade. »*

⁹⁰⁸ Cf Partie I Titre 2 de la présente thèse

489. Si l'isolement et la contention n'étaient encadrés qu'indirectement au travers des textes de droits et libertés fondamentales ou du droit international, la loi du 26 janvier 2016⁹⁰⁹ est venue clarifier le cadre législatif de ces pratiques (Paragraphe 1). Cependant, bien que cet apport ait été majeur, il a été très vite critiqué pour ses carences juridiques (Paragraphe 2).

Paragraphe 1. Les apports de la réforme en matière d'isolement et de contention

490. A la lumière de cette première réglementation, la jurisprudence est devenue plus claire sur les conditions d'application des mesures d'isolement et de contention. Elle a même anticipé, sans le savoir, sur le contrôle du JLD en permettant à ce dernier d'avoir accès à ces registres s'il en fait la demande lors du contrôle de l'hospitalisation sans consentement : « *C'est à l'établissement hospitalier de justifier du respect des dispositions de l'article L. 3222-5-1 du code de la santé publique et de fournir au juge les éléments lui permettant d'opérer le contrôle* ». Cette décision est le premier pas vers l'émergence d'un contrôle judiciaire direct de l'isolement et de la contention. Notamment, le registre⁹¹⁰ (recommandé sous forme numérique pour en faciliter l'usage et le contrôle) doit être présenté, au CGLPL, au CDSP ou aux parlementaires⁹¹¹, si l'un d'eux en fait la demande. L'établissement psychiatrique doit également produire un rapport annuel sur l'état des pratiques d'isolement et de contention (admissions, conditions, évaluations, etc.). Ce rapport est ensuite transmis – tous les ans – à la commission des usagers⁹¹², ainsi qu'au conseil de surveillance⁹¹³, pour avis.

⁹⁰⁹ LOI n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé (1), JORF n°0022 du 27 janvier 2016, <https://www.legifrance.gouv.fr/loda/id/JORFTEXT000031912641>

⁹¹⁰ Article L.3222-5-1 du CSP : « *un registre est tenu dans chaque établissement de santé autorisé en psychiatrie et désigné par le directeur général de l'agence régionale de santé pour assurer des soins psychiatriques sans consentement en application du I de l'article L. 3222-1. Pour chaque mesure d'isolement ou de contention, ce registre mentionne le nom du psychiatre ayant décidé cette mesure, sa date et son heure, sa durée et le nom des professionnels de santé l'ayant surveillée. Le registre, qui peut être établi sous forme numérique, doit être présenté, sur leur demande, à la commission départementale des soins psychiatriques, au contrôleur général des lieux de privation de liberté ou à ses délégués et aux parlementaires.* »

⁹¹¹ L'article L.3222-5-1 du CSP traduit la volonté du législateur de rappeler que ces mesures d'isolement et de contention sont utilisées uniquement en dernier recours et qu'elles doivent faire l'objet d'une traçabilité permettant d'éventuels contrôles a posteriori : « *Un registre est tenu dans chaque établissement de santé autorisé en psychiatrie et désigné par le directeur général de l'agence régionale de santé pour assurer des soins psychiatriques sans consentement en application du I de l'article L. 3222-1. Pour chaque mesure d'isolement ou de contention, ce registre mentionne le nom du psychiatre ayant décidé cette mesure, sa date et son heure, sa durée et le nom des professionnels de santé l'ayant surveillée. Le registre, qui peut être établi sous forme numérique, doit être présenté, sur leur demande, à la commission départementale des soins psychiatriques, au Contrôleur général des lieux de privation de liberté ou à ses délégués et aux parlementaires. L'établissement établit annuellement un rapport rendant compte des pratiques d'admission en chambre d'isolement et de contention, la politique définie pour limiter le recours à ces pratiques et l'évaluation de sa mise en œuvre. Ce rapport est transmis pour avis à la commission des usagers prévue à l'article L. 1112-3 et au conseil de surveillance prévu à l'article L. 6143-1* »

⁹¹² Article L. 1112-3 du CSP

⁹¹³ Article L. 6143-1 du CSP

491. La loi du 26 janvier 2016 donne effectivement un cadre légal très précis aux mesures d'isolement et de contention en milieu psychiatrique sans consentement⁹¹⁴. Rappelons que les soins médicaux "classiques" ne sont normalement prodigués que sur accord du patient ; le recueil de son consentement est obligatoire. Rappelons également que, si l'article L.3211-2 du CSP dispose que le patient en hospitalisation libre en psychiatrie « *dispose des mêmes droits liés à l'exercice des libertés individuelles que ceux qui sont reconnus aux malades hospitalisés pour une autre cause* », le rapport Strohl précise qu'« *un malade à qui on administre un traitement contre son gré reste un citoyen ordinaire, par exemple libre d'aller et venir, d'écrire, de sortir. Ce n'est que dans les situations spécifiques qu'il y a lieu d'appliquer des mesures de contrainte spécifiques...* »⁹¹⁵.

492. Avant la loi du 26 janvier 2016, l'agence nationale pour le développement de l'évaluation médicale (ANDEM) avait établi que la MCI devait émaner d'une prescription médicale. La loi de 2016, en n'assimilant plus l'isolement et la contention à des « soins » mais à des « pratiques », a aboli cette obligation de prescription pour ces deux mesures : il suffit désormais d'une décision médicale établit par un psychiatre. L'article 72 de ladite loi dispose que l'isolement et la contention sont des pratiques de dernier recours utilisées pour faire face à la violence dans le cadre de l'hospitalisation sous contrainte en psychiatrie⁹¹⁶, c'est-à-dire à « *prévenir un dommage immédiat ou imminent pour le patient ou autrui* ». Ils ne sont autorisés dans ce cas que par un psychiatre, pour une durée limitée uniquement.

493. Bien sûr, si isolement et contention sont des méthodes utilisées depuis des siècles et dont l'usage est toujours d'actualité, en sachant les objectifs éthiques et humanistes recherchés dans le secteur de la psychiatrie (depuis le début du XXe siècle surtout)⁹¹⁷, c'est sans nul doute que leur caractère curatif a été décelé⁹¹⁸. Cependant, ces méthodes restent fondamentalement

⁹¹⁴ Particulièrement l'article L. 3222-5-1 du CSP, issu de l'article 72 de cette loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé

⁹¹⁵ P. BANTMAN, « La Liberté d'aller et venir en psychiatrie. Entre l'exigence de la loi, l'éthique et la réalité des pratiques. Cinq ans après la conférence de consensus, ou en sommes-nous ? », *L'information psychiatrique*, vol. 86, n°4, 2010, p. 293-297.

⁹¹⁶ American Psychiatric Nurses Association, "Seclusion and restraint standards of practice, Falls Church", APNA, 2014, http://www.apna.org/files/public/APNA_Seclusion_&_Restraint_Standards_of_Practice.pdf ; Mental Welfare Commission for Scotland. "The use of seclusion, Good practice guide", Edinburgh, MWC, 2014, http://www.mwscot.org.uk/media/191573/final_use_of_seclusion.pdf ; National Institute for Health and Care Excellence, "Violence and aggression: short-term management in mental health, health and community settings", NICE guideline 10, Manchester, NICE, 2015, <http://www.nice.org.uk/guidance/ng10/resources/violence-and-aggression-shortterm-management-inmentalhealth-health-and-community-settings-1837264712389>

⁹¹⁷ Cf chapeau introductif du présent chapitre.

⁹¹⁸ INSTRUCTION N° DGOS/R4/2022/85 du 29 mars 2022 relative au cadre juridique des mesures d'isolement et de contention en psychiatrie et à la politique de réduction du recours aux pratiques d'isolement et de contention, <https://fedepsychiatrie.fr/wp-content/uploads/2022/04/Circulaire-Sante-IC29032022.pdf> ; J-P. VIGNAT, *Conduites à tenir. Mise en chambre d'isolement. L'audit clinique appliqué à l'évaluation de l'utilisation des chambres d'isolement en psychiatrie d'adultes*, Paris, ANDEM, 1994 ; A. CICCONE, « Enveloppe psychique et fonction contenante : modèles et pratiques », *Cahiers de psychologie clinique*, n°17, 2001

inhumaines et sont le sujet de bien des débats moraux. Pour garantir au maximum leur encadrement et limiter l'impact sur la liberté d'aller et venir du patient, isolement (A) et contention (B) sont des pratiques très règlementées depuis l'entrée en vigueur de la loi de 2016.

A. La mesure d'isolement, un encadrement législatif progressif

494. Parmi les mesures portant atteinte à la liberté d'aller et venir en psychiatrie, l'isolement est sans doute l'une des plus liberticides. La mise en chambre d'isolement en est un exemple connu. L'isolement est effectivement un des soins de référence en psychiatrie. Foucault considérait d'ailleurs que le fait de faire l'objet d'une hospitalisation sans consentement constitue déjà une première forme d'isolement ; *“Celui qui est admis dans un asile entre dans un monde nouveau et dans lequel il doit être entièrement séparé de ses parents, amis et connaissances”*⁹¹⁹. Pour Adeline HAZAN (qui fut CGLPL de juin 2014 à juillet 2020), l'isolement s'entend de toutes les situations dans lesquelles le patient est placé contre son gré, sur décision d'un médecin ou d'un soignant, dans un espace fermé et qu'il ne peut ouvrir seul ni quitter sans la permission d'un tiers⁹²⁰. Bien que la concordance entre isolement et hospitalisation sous contrainte paraisse évidente⁹²¹, l'isolement, en tant que pratique thérapeutique, ne définit pas l'hospitalisation sous contrainte mais une mesure de dernier recours pour contrôler ou prévenir une crise du patient. Madame HAZAN entend d'ailleurs par lieu d'isolement une chambre ou une pièce prévue à cet effet, telle qu'une chambre de soins intensifs, d'apaisement, de contention, d'isolement, par exemple.

495. La Haute Autorité de Santé (HAS) a, depuis juin 1998⁹²², publié des recommandations à destination des professionnels de santé établissant un certain nombre de règles claires et un cadre explicite sur la réalisation des mesures d'isolement et de contention. Il a été établi que ces pratiques doivent être des mesures d'ultime recours, soit après échec de tout autre moyen moins liberticide. La dernière recommandation avant l'arrivée de la nouvelle loi sur le contrôle du JLD⁹²³, date du 20 mars 2017⁹²⁴ et a pour vocation d'améliorer la prise en charge des

⁹¹⁹ Michel Foucault, *Le Pouvoir psychiatrique*. Gallimard/ Seuil, 2002.

⁹²⁰ A. HAZAN, *Rapport 2015 du Contrôleur général des lieux de privation de liberté*, Dalloz, 2016.

⁹²¹ *“Le fait d'être hospitalisé sous contrainte est un isolement ; c'est une limitation à la liberté d'aller et venir puisque c'est un isolement qui n'a pas été voulu”* : entretien avec Marie-France CALLU, cf Annexe 38

⁹²² Première recommandation de l'ANAES (aujourd'hui absorbée par la HAS) sur les mesures d'isolement et de contention, suite aux ordonnances du 24 avril 1996 et au décret n° 97-311 du 7 avril 1997 qui confie à l'ANAES le soin de contrôler les “bonnes pratiques médicales” des professionnels de santé, notamment en psychiatrie.

⁹²³ Cf Partie I, Titre 2, Chapitre 2 de la présente thèse

⁹²⁴ HAS, « Recommandation de bonnes pratiques : isolement et contention en psychiatrie générale », février 2017 : « (...) L'isolement est une mesure limitée dans le temps, sur décision d'un psychiatre, conformément à la loi de modernisation de notre système de santé du 26 janvier 2016, dans le cadre d'une démarche thérapeutique, après concertation pluriprofessionnelle, qui impose la prescription d'une surveillance et d'un accompagnement intensifs. L'utilisation de l'isolement représente un processus complexe, de dernier recours, justifié par une situation clinique. Le processus comprend lui-même de nombreux éléments, décision, accompagnement du patient,

patients, la qualité et la sécurité des soins qui leur sont prodigués, et de garantir au maximum le respect de leurs droits fondamentaux et notamment de leur liberté d'aller et venir (particulièrement impacté par cette mesure). L'isolement est donc une mesure destinée à la prévention d'une violence imminente de la part du patient ou à une réponse à une violence en cours, non maîtrisable, avec un risque grave pour l'intégrité du patient ou celle d'autrui. L'isolement n'est pratiqué que dans le cas d'une impossibilité d'avoir recours à une mesure alternative moins restrictive de liberté et uniquement si le comportement du patient présente un danger suffisamment important et imminent pour justifier une telle mesure (arguments cliniques).

496. L'isolement doit être réalisé pour une durée limitée et être adapté, nécessaire et proportionné au risque encouru. *“ Pour moi, les deux seuls lieux où l'on peut enfermer quelqu'un sont la prison et l'hôpital psychiatrique ; ce n'est donc pas banal ”*⁹²⁵. L'isolement ne doit absolument pas être réalisé à des fins de punition, dans le but d'infliger une souffrance, d'établir une domination, d'humilier le patient ou même pour résoudre un problème administratif, institutionnel ou organisationnel, ni répondre à une insuffisance d'intervenants ou de professionnels. Il est également important de réaliser une balance bénéfices-risques, surtout lorsqu'il existe des risques liés à l'état somatique du patient ou à une affection organique dont le diagnostic ou le pronostic peut être grave.⁹²⁶ L'isolement ne doit évidemment jamais être pratiqué à des fins punitives.

497. La loi de 2016 précise également les modalités de mise en œuvre de la MCI. Elle a lieu uniquement dans le cadre des soins psychiatriques sans consentement. La MCI est réalisée sur décision d'un psychiatre (par le psychiatre traitant si possible. S'il s'agit d'un interne ou un médecin non psychiatre, la décision doit être confirmée par le psychiatre dans l'heure qui suit), d'emblée ou secondairement (décision prise par l'équipe soignante confirmée dans l'heure qui suit par le psychiatre, après examen médical). Un entretien avec le patient est réalisé dans le cadre de la MCI afin de lui délivrer l'information liée à cette mesure (pourquoi ? comment ?). Une fiche de suivi doit être réalisée et tenue pendant toute la durée de la MCI (date, heure, identité, modalités de mise en œuvre, de suivi, consignes, etc.). *« À l'initiation de la mesure, l'indication est limitée à 12 heures. Si l'état de santé le nécessite, la décision et la fiche de prescription doivent être renouvelées dans les 12 heures. En cas de prolongation, la décision et la fiche de prescription doivent être renouvelées toutes les 24 heures en concertation avec l'équipe soignante. L'équipe soignante réévalue l'état clinique et peut solliciter le psychiatre*

délivrance de soins, surveillance... réalisés par les différents professionnels d'une équipe de soins, selon leurs champs de compétence et de responsabilité (...) »

⁹²⁵ Entretien avec Sophie DELANNE, infirmière en unité d'entrée au Centre Hospitalier du Vinatier, cf Annexe 32

⁹²⁶ Synthèse de la recommandation de bonne pratique : Isolement en psychiatrie générale, Février 2017, https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2017-08/isolement_synthese_v3.pdf

pour la levée de la mesure à tout moment. La mesure ne doit pas être maintenue plus longtemps que nécessaire. Les isolements de plus de 48 heures doivent être exceptionnels. Le patient bénéficie au minimum de deux visites médicales par 24 heures »⁹²⁷.

498. La surveillance doit être ponctuée d'au moins deux visites médicales par 24 heures. La surveillance de l'état psychique se fait en revanche au moins toutes les heures par 'équipe soignante, si ce n'est quotidiennement. La MCI doit être pratiquée dans des conditions sanitaires décentes et dans une chambre d'isolement aux normes, c'est-à-dire respectant les normes de sécurité, de salubrité et conférant au patient un espace de vie respectant sa dignité en toute circonstance (exemple d'un accès privatif et à l'abris des regards aux sanitaires).⁹²⁸ L'équipe soignante peut à tout moment solliciter la levée de la mesure auprès du médecin psychiatre. Cette levée se fait obligatoirement sur décision médicale. *« Un registre administratif doit être tenu dans chaque établissement de santé autorisé en psychiatrie et désigné par le directeur général de l'agence régionale de santé pour assurer des soins psychiatriques sans consentement, conformément à l'article 72 de la loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016. Pour chaque mesure d'isolement, ce registre préservant l'anonymat du patient mentionne le nom du psychiatre ayant décidé cette mesure, sa date et son heure, sa durée et le nom des professionnels de santé ayant surveillé le patient »⁹²⁹.*

499. Dans le cas particulier des personnes placées en hospitalisation contrainte sous-main de justice⁹³⁰, là encore, même s'il s'agit de détenus, le recours à l'isolement relèvera exclusivement d'une nécessité médicale. Dans le cas de l'UMD, l'isolement passe également par le fait de devoir demander l'autorisation pour toute visite ou appel téléphonique au juge d'instruction et de devoir transmettre toute correspondance envoyée par le patient au greffe de l'administration pénitentiaire afin que l'envoi soit autorisé (dans le cas du patient sous écrou toujours).⁹³¹

500. En outre, pour tous les patients en UMD, l'isolement est d'autant plus poussé que les visites sont extrêmement contrôlées (deux visites maximums tous les 15 jours, après autorisation de visite par le psychiatre suite à un entretien avec le patient), de même que les appels téléphoniques (liste restreinte de numéros autorisés).⁹³²

B. La contention, également encadrée par la loi du 26 janvier 2016

⁹²⁷ HAS, Isolement et contention en psychiatrie générale, Recommandation de bonnes pratiques, 20/03/2017, https://www.has-sante.fr/jcms/c_2055362/fr/isolement-et-contention-en-psychiatrie-generale

⁹²⁸ Ibid

⁹²⁹ Ibid

⁹³⁰ Article L. 3214-1 du CSP

⁹³¹ Entretien Christian VAYSSE, infirmier à l'UMD du Vinatier, et Madame Justine AUBRIOT, JLD à Lyon, cf Annexes 35 et 36

⁹³² Entretien avec Christian VAYSSE, cf Annexe 35

501. Concernant la mesure de contention, les conditions générales sont assez proches de celles de l'isolement. Seuls varient la durée de la pratique et les délais de surveillance. Ainsi, l'indication (et la contre-indication) sont les mêmes, à l'exception de certains problèmes de santé susceptibles de rendre impossible une contention mécanique (problèmes sévères de circulation sanguine par exemple, troubles psychiatriques gravissimes entraînant des conduites auto-agressives telles que la mise à l'isolement-contention est impossible). La contention mécanique, outre le cadre de l'hospitalisation sous contrainte, ne peut être réalisée que dans le cadre de l'isolement. La prise de décision est identique à celle de l'isolement (décision médicale dans les mêmes conditions qu'évoquées précédemment, examen médical). Concernant les délais de mise en œuvre, « À l'initiation de la mesure, l'indication doit être limitée à 6 heures maximum. Si l'état de santé le nécessite, la décision et la fiche de prescription doivent être renouvelées dans les 6 heures. En cas de prolongation, la décision et la fiche de prescription doivent être renouvelées toutes les 24 heures en concertation avec l'équipe soignante. L'équipe soignante réévalue l'état clinique et peut solliciter le psychiatre pour la levée de la mesure à tout moment. La mesure ne doit pas être maintenue plus longtemps que nécessaire. Les contentions mécaniques de plus de 24 heures doivent être exceptionnelles. Le patient bénéficie au minimum de deux visites médicales par 24 heures »⁹³³. Les modalités de surveillance sont identiques à celles de l'isolement. Un soin particulier est porté à l'inspection des liens (absence de blessures, attaches correctement disposées, sans danger pour le patient, etc.). La levée de la mesure s'effectue également dans les mêmes conditions que celle de l'isolement.

502. Jusqu'à fin 2021, l'article L3216-1 du CSP en vigueur disposait que les mesures d'isolement et de contention ne relèvent pas de l'office du JLD ; ce point avait été confirmé par la Cour de Cassation.⁹³⁴ Seul le juge judiciaire était compétent pour juger de la légalité d'une mesure d'isolement. D'ailleurs, l'illégalité de l'isolement du patient justifie la levée de la mesure d'hospitalisation sans consentement.⁹³⁵ Cependant, début 2022, cette vérité juridique a changé.

Paragraphe 2. Un encadrement perfectible, à l'origine d'une nouvelle évolution législative

503. La Cour d'appel de Versailles⁹³⁶ a déclaré compétent le juge judiciaire, plus précisément le juge des libertés et de la détention, pour connaître de la contestation des MCI de longue durée sur le fondement de l'article 66 de la Constitution, faisant du juge judiciaire le garant des libertés

⁹³³ Ibid

⁹³⁴ Arrêt de la première chambre civile de la Cour de Cassation, n°19-20513, le 21 novembre 2019

⁹³⁵ Ordonnance de la Cour d'Appel de Versailles du 24 octobre 2016, R.G. n° 16/07393, devenue définitive en l'absence de pourvoi en cassation.

⁹³⁶ Ibid

individuelles⁹³⁷. En l'espèce, la Cour d'appel avait ordonné la mainlevée d'une mesure d'isolement de plusieurs mois, au motif que ni la Préfecture, ni l'établissement n'étaient en mesure d'apporter la preuve que la MCI avait été effectuées conformément à la réglementation en vigueur⁹³⁸. Cet article et cette jurisprudence imposant l'effectivité de sa mise en œuvre, ont permis d'introduire une notion de traçabilité des pratiques d'isolement (en l'occurrence) et de contention (par extension). Il ne s'agit bien sûr que d'une décision de Cour d'appel, cependant elle vient confirmer la jurisprudence de la CEDH en matière d'isolement et de contention. En effet, cet arrêt de la Cour d'appel de Versailles prend en considération les jurisprudences antérieures de la CEDH, là où les recommandations de la HAS ne le faisaient pas encore précédemment. L'apport de l'arrêt M. S. c/ Croatie du 19 février 2015⁹³⁹ n'était ainsi pas pris en compte. La CEDH y invoquait la violation de l'article 3 de la Convention EDH, relatif aux traitements inhumains ou dégradants. La Croatie avait été condamnée pour la mise en isolement d'un patient pendant 15 heures, au motif de l'absence de garanties procédurales auxquelles le patient avait droit, en l'occurrence de la possibilité pour cette dernière de contester la décision d'isolement et/ou de contention. Implicitement et par extension, une telle condamnation pose la question d'un contrôle dans les suites de la décision de telles mesures, ou au moins de la possibilité pour le patient de le solliciter et d'être défendu par un avocat, dans la continuité de la procédure de contrôle déjà en vigueur relative à l'hospitalisations sans consentement⁹⁴⁰.

504. Or, si l'atteinte à la liberté d'aller et venir du patient ne fait aucun doute dans le cadre de l'isolement et de la contention, au même titre que dans le cadre de l'hospitalisation sans consentement en règle générale, la réforme apportée par la loi du 26 janvier 2016 ne prévoyait pas explicitement une étendue de l'office du juge des libertés et de la détention au-delà du contrôle de ladite hospitalisation. Dès lors, il était justifié de se demander jusqu'où le juge pouvait-il et devait-il aller dans le contrôle des mesures prescrites par les médecins ? C'est parce que nous sommes dans une situation qui n'est assimilable à aucune autre, qui comporte des atteintes à la liberté d'aller et venir, que le sens du contrôle est très particulier. Ce sont ces atteintes et leurs confrontations avec l'objectif en particulier de protection de la santé qui justifient le contrôle du juge. Au gré des décisions, la Cour de cassation a elle-même précisé l'étendue du contrôle des JLD ; c'est une mission qui est complexe, incertaine. La position de la Cour de cassation était effectivement ferme au travers de deux arrêts récents de 2019 : la Cour avait considéré qu'il n'appartenait pas au JLD de contrôler la régularité et le bien fondé

⁹³⁷ Article 66 de la Constitution : « *Nul ne peut être arbitrairement détenu. L'autorité judiciaire, gardienne de la liberté individuelle, assure le respect de ce principe dans les conditions prévues par la loi.* »

⁹³⁸ Article L 3222-5-1 du Code de la santé publique, introduit par la loi du 26 janvier 2016 de modernisation du système de santé

⁹³⁹ CEDH, M. S. c/ Croatie, 19 février 2015, n°75450/12

⁹⁴⁰ Cf Partie I Titre 2 de la présente thèse

des mesures d'isolement et de contention. La Cour de cassation a notamment affirmé qu'aucun texte n'impose aux établissements de santé mentale de produire le registre des mesures d'isolement et de contention⁹⁴¹, qui constituent des modalités de soins et non le cadre de l'hospitalisation sans consentement. En effet, la Cour rappelle que ces mesures de soins ne relèvent pas de l'office du JLD qui est uniquement compétent pour le contrôle de l'hospitalisation psychiatrique sans consentement (régularité et bien-fondé)⁹⁴².

505. Le Conseil d'État (CE) avait lui aussi reconnu les limites de l'état du droit en vigueur en juillet 2018, sur le fondement de la loi du 26 janvier 2016 et de l'instruction du ministre des affaires sociales et de la santé du 29 mars 2017 relative à la politique de réduction des pratiques d'isolement et de contention au sein des établissements de santé autorisés en psychiatrie⁹⁴³. En effet, le CE considère que ladite instruction a pour objet de préciser la mise en œuvre de l'article L.3222-5-1 du CSP, exposant le cadre légal du recours à l'isolement et à la contention dans sa première partie (application de la loi du 26 janvier 2016), et le contenu du registre en question à l'article L.3222-5-1 alinéa 2. L'instruction précise enfin dans sa troisième partie les modalités d'utilisation des données contenues dans ce registre des mesures d'isolement et de contention. De fait, reconnaissant que l'instruction ne précise aucune procédure pour la mise en pratique des mesures d'isolement et de contention, ni aucune indication relative à la possibilité de les contester via un recours juridictionnel, elle ne peut pas être considérée comme ayant un caractère impératif⁹⁴⁴. Dès lors le registre concerné ne peut donc être utilisé par le JLD à des fins de contrôle des mesures d'isolement et de contention.

506. Mais ces décisions, et notamment celles de la Cour de cassation en 2019, ont fait l'objet de nombreuses critiques. En effet, l'encadrement en lui-même des mesures d'isolement et de contention était trop imprécis dans la loi de 2016 et faisait donc débat, d'autant que le CSP n'en proposait pas de définition, ce qui pouvait laisser libre court à l'étendue du champ d'application de ces mesures. Des mesures qui sont par nature hybrides, certains y voyant un acte thérapeutique, d'autres une privation de liberté pure et simple, qui devait forcément faire l'objet,

⁹⁴¹ Dont dispose l'article L.3222-5-1 du CSP

⁹⁴² Cass. 1re civ., 7 nov. 2019, n° 19-18.262 : JurisData n° 2019-019581 ; JCP G 2020, 94, note G. Raoul-Cormeil
Cass, 1re civ, 21 nov. 2019, n° 19-20.513 : « *Le 21 mars 2019, le directeur du centre de santé mentale (l'institut) a pris une décision d'admission en soins psychiatriques sans consentement de M. X, à la demande de sa mère. Le 26 mars 2019, en application de l'article L. 3211-12-1 du Code de la santé publique, le directeur a saisi le juge des libertés et de la détention aux fins de poursuite de la mesure. C'est en vain qu'il est reproché à l'ordonnance d'avoir ordonné le maintien de la mesure de soins psychiatriques sous forme d'hospitalisation complète. En effet, il résulte de l'article L. 3212-1 du Code de la santé publique que la mesure de soins psychiatriques sans consentement commence à la date du prononcé de la décision d'admission. Ayant constaté que la décision d'admission en soins psychiatriques sans consentement de M. X était intervenue le 21 mars 2019, jour de son entrée à l'institut, le premier président en a exactement déduit que celle-ci était intervenue sans retard.* » Source : Analyse JurisData

⁹⁴³ Ibid

⁹⁴⁴ Conseil d'État, 1^{er} chambre, 12 Juillet 2018, n° 412639

de fait, d'un contrôle par le juge des libertés et de la détention. Les critiques émanaient notamment de Jean-Marie DELARUE, alors contrôleur général des lieux de privation de libertés. Qu'il s'agisse du rapport d'information des députés Robillard et Jaquart pour la commission des affaires sociales en 2017⁹⁴⁵, du rapport de la contrôleur général des lieux de privation de libertés en 2016, à l'occasion d'un contrôle en urgence à l'hôpital de Bourg-en-Bresse⁹⁴⁶, entre autres, toutes ces critiques ont amené la HAS à proposer ses recommandations du 20 mars 2017, de bonnes pratiques cliniques précédemment évoquées dans ce chapitre⁹⁴⁷.

507. Il fallut attendre une décision de la Cour de cassation de mars 2020 pour officialiser la nécessité du questionnement quant à la constitutionnalité de l'article L.3222-5-1 du CSP, dans sa partie relative à l'encadrement des mesures d'isolement et de contention et surtout à leur absence de contrôle par le JLD, alors même que ces soins portent gravement atteinte à la liberté d'aller et venir du patient.⁹⁴⁸ Dès lors, le Conseil constitutionnel a été saisi de cette question et a rendu une décision le 19 juin 2020 relevant l'inconstitutionnalité de l'article susvisé, en ce sens que l'isolement et la contention sont des mesures liberticides nécessitant effectivement l'intervention du juge judiciaire au-delà d'une certaine durée. Le Conseil constitutionnel a considéré qu'à partir du moment où on a des délais qui posent question sur la proportionnalité de l'atteinte, il faut que le juge intervienne : non pas pour contrôler le médecin, mais pour contrôler la nécessité et la proportionnalité de la mesure prise. C'est une invitation, pour les soignants et les juristes, à travailler ensemble sur le respect des droits du patient dans le cadre des soins psychiatriques⁹⁴⁹.

508. De fait, si la loi n°2016-41 du 26 janvier 2016, dite de modernisation de notre système de santé a établi des dispositions clefs, inscrites dès lors à l'article L. 3222-5-1 du Code de la santé publique (CSP) encadrant rigoureusement la mise en œuvre de ces soins liberticides, le contrôle de ces mesures a donc, quant à lui, été jugé insuffisant. C'est ainsi qu'au bout de quatre

⁹⁴⁵ D. ROBILLARD & D. JACQUAT, Rapport d'information déposé en application de l'article 145-7 alinéa 3 du Règlement, en conclusion des travaux de la mission d'évaluation de la loi n° 2013-869 du 27 septembre 2013 modifiant certaines dispositions issues de la loi n° 2011-803 du 5 juillet 2011 relative aux droits et à la protection des personnes faisant l'objet de soins psychiatriques et aux modalités de leur prise en charge, <https://www.assemblee-nationale.fr/14/rap-info/i4486.asp>

⁹⁴⁶ CGLPL, Rapport d'activité, 2016, http://www.cgpl.fr/wp-content/uploads/2017/04/Rapport-2016-3es_web.pdf

⁹⁴⁷ Op. cit. HAS, Recommandation de bonnes pratiques, 20/03/2017

⁹⁴⁸ « La question posée concernant les dispositions contestées de l'article L. 3222-5-1 du code de la santé publique, dans leur rédaction issue de la loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016, présente un caractère sérieux en ce que l'atteinte portée à la liberté individuelle par les mesures d'isolement et de contention pourrait être de nature à caractériser une privation de liberté imposant, au regard de l'article 66 de la Constitution, le contrôle systématique du juge judiciaire. » : Cass, 1re civ., 5 Mars 2020 – n° 19-40.039, JurisData n° 2020-003283

⁹⁴⁹ Cons. const., 19 juin 2020, QPC n° 2020-844: Gaz. Pal. 8 sept. 2020, n° 30, p. 22, avis A. CARON-DEGLISE et C. MARILLY et note P. Le MONNIER de GOUVILLE ; Cah. Cons. const., Titre VII, n° 5, oct. 2020, obs. H. SURREL ; JCP G 2020, 862 note E. PECHILLON et P. VERON ; Dr. famille 2020, comm. 139, note L. MAUGER-VIELPEAU ; D. 2020, p. 1559, note K. SFERLAZZO-BOUBLI, Contrôle des mesures d'isolement ou de contention dans le cadre des soins psychiatriques sans consentement

ans seulement, le Conseil constitutionnel a remis en question cette évolution législative via une question prioritaire de constitutionnalité (QPC), aboutissant à son abrogation par ledit conseil, lequel reprochait au législateur de ne pas avoir prévu l'intervention systématique du juge des libertés et de la détention face à des pratiques aussi liberticides, notamment concernant la liberté d'aller et venir du patient concerné. Dès lors, une nouvelle démarche législative s'est imposée.

Chapitre 2. L'encadrement récent de l'isolement et de la contention : un régime juridique nécessaire mais imparfait ?

509. « Pour nous, l'intervention du juge, c'était l'intervention de la société dans une zone de non-droit et de non-dit »⁹⁵⁰. Rappelons que, avant la réforme dont il est question dans le présent Chapitre, l'intervention du JLD n'était possible que dans le cadre du contrôle de l'hospitalisation sans consentement⁹⁵¹. En effet, rappelons également que la loi du 26 janvier 2016 pose le cadre juridique commun aux mesures d'isolement et de contention. L'article L.3222-5-1 du CSP les qualifie ainsi de « pratiques de dernier recours », exclusivement destinées à prévenir les dommages immédiats ou imminents pour le patient ou autrui⁹⁵². Cet article prévoyait un certain nombre de garde-fou, mais sans contrôle effectif particulier⁹⁵³.

510. En outre, des excès concernant l'usage des mesures d'isolement et de contention, y compris dans leurs modalités de mise en œuvre, étaient régulièrement constatés notamment lors des visites du CGLPL. Le centre de recherche en méthodes de soins complémentaires (CRMC)⁹⁵⁴ a également constaté la résistance du corps médical dans la mise en œuvre correcte des dispositions de la loi de 2016 : registre pas ou mal tenus, décisions d'isolement ou de contention prises par des médecins non-psychiatres ou pour des motifs non prévus par la loi, mesures d'isolement organisées dans des chambres classiques et/ou sans la décision du psychiatre. A l'évidence, la réglementation ne suffisait pas toujours à ce qu'elle soit pour autant respectée, d'où une démarche de mise en place d'un contrôle plus assidu et systématique, celui du JLD (Section 1). Mais si cette démarche est juridiquement louable, elle est accueillie avec beaucoup d'appréhension et fait déjà l'objet de critiques vigoureuses (Section 2).

Section 1. Une réforme majeure, difficile à mettre en œuvre

⁹⁵⁰ Claude FINKELSTEIN, présidente de la Fédération Nationale des Associations d'usagers en PSYchiatric (FNAPSY)

⁹⁵¹ Loi du 5 Juillet 2011 : Cf Partie I titre 2 de la présente thèse, sur l'hospitalisation sans consentement.

⁹⁵² Article 3222-1 du CSP, introduit par la loi du 26 janvier 2016 : « Les personnes admises en soins psychiatriques sans consentement sous la forme d'une hospitalisation complète, en application des chapitres II et III du titre Ier du présent livre, peuvent être prises en charge et transportées dans un établissement de santé mentionné à l'article L. 3222-1 sans leur consentement lorsque cela est strictement nécessaire et par des moyens adaptés à leur état. Pour les personnes nécessitant des soins psychiatriques en application de l'article L. 3212-1, s'agissant des mesures prises en application du 1° du II de ce même article, le transport ne peut avoir lieu qu'après l'établissement du premier des deux certificats médicaux et la rédaction de la demande de soins prévus à ce même 1° et, s'agissant des mesures prises en application du 2° du même II, il ne peut avoir lieu qu'après l'établissement du certificat médical prévu à ce même 2°. »

⁹⁵³ Cf Section 1 précédente

⁹⁵⁴ CRMC, « Isolement et contention : repères pratiques pour en limiter le recours », groupe de travail, mars 2017, 47 pages + 8 pages de synthèse

511. Comme évoqué précédemment dans le processus de remise en question de la législation de 2016, la décision QPC du 19 juin 2020 du Conseil constitutionnel⁹⁵⁵ a amorcé une nouvelle remise en question du législateur concernant l'encadrement des mesures d'isolement et de contention, ainsi qu'une démarche de création d'un contrôle de ces mesures portant particulièrement atteinte à la liberté d'aller et venir du patient. En effet, l'article L.3222-5-1 du CSP prévoyait seulement que la mesure de mise à l'isolement ou en contention devait être adaptée, nécessaire et proportionnée. L'article 66 de la Constitution exige en principe un contrôle par l'autorité judiciaire de toute mesure privative de liberté. Or, dans la mesure où l'isolement et la contention ne peuvent être réalisées que dans le cadre de l'hospitalisation sans consentement faisant déjà l'objet d'un contrôle par le JLD, l'article contesté du CSP ne semblait pas, de prime abord, méconnaître les dispositions constitutionnelles. En revanche, la question du délai, elle, les méconnaissaient. En effet, la liberté individuelle (et en l'occurrence la liberté d'aller et venir du patient placé à l'isolement ou contenu) ne peut être considérée comme sauvegardée qu'à partir du moment où le JLD intervient dans les plus brefs délais. De fait, en ne prévoyant pas de délai d'intervention du JLD pour les mesures d'isolement et de contention, le législateur avait méconnu les dispositions de l'article 66 susvisé. La décision QPC a donc entraîné l'abrogation immédiate de cet article du CSP, déclaré inconstitutionnel⁹⁵⁶.

Dès lors, un processus législatif a été lancé, ayant abouti après plusieurs tentatives (Paragraphe 1) à la loi du 21 janvier 2022 et à son décret d'application du 23 mars 2023, portant réforme de l'encadrement et du contrôle des mesures d'isolement et de contention (Paragraphe 2).

Paragraphe 1. Un processus législatif long et compliqué

512. La mise en œuvre de cette réforme fut longue et fastidieuse car le législateur fut contraint de passer par plusieurs étapes avant d'aboutir à une version constitutionnelle et juridiquement cohérente, aujourd'hui en vigueur⁹⁵⁷. Suite à la décision QPC du 19 juin 2020⁹⁵⁸ ayant entraîné, rappelons-le, la censure de l'article L.3222-5-1 du CSP⁹⁵⁹, le législateur disposait d'un délai de six mois pour le remplacer et proposer un encadrement cohérent et constitutionnel des mesures d'isolement et de contention, soit jusqu'au 1^{er} janvier 2021.

513. Le premier essai du législateur a donc été opéré au travers de la loi de financement de la sécurité sociale (LFSS) pour 2021⁹⁶⁰, en son article 84, suivi d'un décret d'application du 31

⁹⁵⁵ Op. cit. Cons. const., 19 juin 2020, QPC n° 2020-844

⁹⁵⁶ Conseil constitutionnel, 19 Juin 2020 – n° 2020-844 QPC, analyse jurisdata n° 2020-009379 ; P. DEUMIER, « QPC et procédures (1^{er} oct. 2019 – 30 sept. 2020) », Procédures, n°1, janvier 2021, LexisNexis

⁹⁵⁷ Cf Annexe 12 : Schéma processus législatif de la dernière réforme sur l'isolement/contention

⁹⁵⁸ Op. cit. Cons. const., 19 juin 2020, QPC n° 2020-844

⁹⁵⁹ Issu de la loi du 26 janvier 2016, encadrant l'isolement et la contention

⁹⁶⁰ Loi n° 2020-1576 du 14 décembre 2020 de financement de la sécurité sociale pour 2021, JORF n°0302 du 15 décembre 2020

avril 2021⁹⁶¹. Des précisions y avaient été apportées concernant les durées maximales des mesures de contention et d'isolement, donnant la possibilité au médecin de prolonger les mesures au-delà des renouvellements prévus, seulement si le JLD en était informé sans délai. Ce dernier pouvait alors se saisir d'office ou être saisi pour mettre fin à la mesure concernée, en statuant obligatoirement dans un délai de 24 heures. Cependant, cette démarche législative a été considérée comme un « cavalier législatif » ou « cavalier social »⁹⁶² et a donc fait l'objet d'une QPC.

514. Le Conseil constitutionnel a, là encore, déclaré inconstitutionnel ces dernières dispositions⁹⁶³, considérant que le simple fait de déclarer le JLD compétent pour contrôler les mesures d'isolement et de contention n'était pas suffisant pour garantir le respect des libertés fondamentales du patient. Le législateur disposait à nouveau d'un délai de 6 mois pour remplacer l'article 84 sus-évoqué et abrogé pour la décision QPC de juin 2021, soit jusqu'au 1^{er} janvier 2022.

515. Une modification du texte a donc été réalisée via l'article 41⁹⁶⁴ de la LFSS pour 2022⁹⁶⁵. Était-il judicieux d'utiliser le même mécanisme d'une rédaction au travers d'une LFSS ? En effet, bien que le motif de censure précédent n'était pas celui du « cavalier social », mais bien une insuffisance du contenu de l'article, la QPC a bien été posée sur ce fondement. Le risque était en effet de voir l'article 41 faire l'objet d'une nouvelle QPC et être censuré pour cette raison. C'est précisément ce qu'il est advenu. Le 16 décembre 2021, le Conseil constitutionnel saisi par les sénateurs censure l'article 41 de la LFSS pour 2022 au motif qu'il s'agit d'un « cavalier social », c'est-à-dire que ces dispositions n'avaient pas leur place au sein d'une LFSS⁹⁶⁶.

⁹⁶¹ Décret n° 2021-537 du 30 avril 2021 relatif à la procédure applicable devant le juge des libertés et de la détention en matière d'isolement et de contention mis en œuvre dans le cadre de soins psychiatriques sans consentement, JORF n°0103 du 2 mai 2021

⁹⁶² « Nouvelle loi isolement et contentions : que faut-il savoir ? », AFEP, <https://www.affep.fr/nouvelle-loi-isolement-et-contentions-que-faut-il-savoir/>

⁹⁶³ Décision 2021-912/913/914 QPC - 04 juin 2021 - M. Pablo A. et autres [Contrôle des mesures d'isolement ou de contention dans le cadre des soins psychiatriques sans consentement II] - Non conformité totale - effet différé, JORF n°0129 du 5 juin 2021, texte n° 84

⁹⁶⁴ Article 41 de la LFSS pour 2022 (loi n°2021-1754, 23/12/2021) : le médecin « *informe du renouvellement de ces mesures au moins un membre de la famille du patient, en priorité son conjoint, le partenaire lié à lui par un pacte civil de solidarité ou son concubin, ou une personne susceptible d'agir dans son intérêt dès lors qu'une telle personne est identifiée, dans le respect de la volonté du patient et du secret médical* »

⁹⁶⁵ Loi n° 2021-1754 du 23 décembre 2021 de financement de la sécurité sociale pour 2022, JORF n°0299 du 24 décembre 2021

⁹⁶⁶ Décision n° 2021-832 DC du 16 décembre 2021, <https://www.conseil-constitutionnel.fr/decision/2021/2021832DC.htm>

516. Après ces diverses tentatives, c'est finalement au travers de la loi du 22 janvier 2022⁹⁶⁷ que la réforme de l'encadrement et du contrôle des mesures d'isolement et de contention a pu être adoptée, en son article 17. Elle fut complétée par un décret d'application en date du 23 mars 2022⁹⁶⁸, puis par une instruction du 29 avril 2022⁹⁶⁹ permettant de préciser les modalités de cette réforme et sa mise en pratique.

Paragraphe 2. Les apports de cette réforme : un encadrement et un contrôle accru des mesures d'isolement et de contention

517. Rappelons que l'isolement et la contention restent définis par l'article L. 3222-5-1 du CSP comme étant des pratiques de dernier recours, qui doivent être mise en œuvre de manière adaptée, nécessaire et proportionnée à l'état de santé psychique et physique du malade (prise en compte des pathologies annexes, passant donc par une évaluation préalable du patient, via un entretien), uniquement pour prévenir un dommage immédiat ou imminent. Ces mesures doivent être prise toujours sur décision d'un psychiatre, pour un délai limité, être encadrées par une surveillance stricte (tracée dans le dossier médical du patient, au format numérique, avec indication du nom du psychiatre en charge de la mesure, la durée prévue de cette dernière, le ou les professionnels ayant effectué la surveillance, ainsi que la date et l'heure du début de la mesure), et effectuées bien sûr dans le cadre unique de l'hospitalisation sans consentement. Il s'agit cependant d'évoquer l'encadrement posé par cette réforme⁹⁷⁰ et les évolutions, de fait, avec la réglementation antérieure, concernant globalement les durées des mesures d'isolement et de contention (A) et le contrôle nouvellement opéré par le JLD (B).

A. Évolution des durées d'isolement et de contention

518. La mesure d'isolement ne peut être prise que pour une durée maximale de 12 heures, renouvelables pour 12 heures maximum à chaque renouvellement. Les conditions du renouvellement sont identiques à celle de la mise en place initiale de la mesure. La durée totale de la mesure d'isolement ne peut excéder 48 heures.

⁹⁶⁷ Loi n° 2022-46 du 22 janvier 2022 renforçant les outils de gestion de la crise sanitaire et modifiant le code de la santé publique, JORF n°0019 du 23 janvier 2022

⁹⁶⁸ Décret n° 2022-419 du 23 mars 2022 modifiant la procédure applicable devant le juge des libertés et de la détention en matière d'isolement et de contention mis en œuvre dans le cadre de soins psychiatriques sans consentement, JORF n°0071 du 25 mars 2022 ; C. HELAINE, « Hospitalisation sans consentement : contrôle du JLD des mesures d'isolement et de contention », Dalloz actualités, 12 janvier 2021, <https://www.dalloz-actualite.fr/flash/hospitalisation-sans-consentement-contrôle-du-jld-des-mesures-d-isolement-et-de-contention#top>

⁹⁶⁹ Instruction DGOS/R4/2022/85 du 29 avril 2022, <https://sante.gouv.fr/fichiers/bo/2022/2022.10.sante.pdf>

⁹⁷⁰ Cf Annexe 13 : Schéma récapitulatif de l'encadrement des mesures d'isolement et de contention

519. Pour la contention, elle est toujours prise dans le cadre d'une mesure d'isolement (pas de changement avec le cadre de la loi de 2016), pour 6 heures maximum, renouvelable si nécessaire pour 6 heures maximum à chaque renouvellement (dans les mêmes conditions que pour la mise en œuvre), la durée de l'ensemble de la mesure ne devant pas excéder 24 heures. L'article L.3222-5-1 prévoit cependant que le psychiatre peut aller au-delà des limites de 48 et 24 heures sus-évoquées, si l'état de santé du patient le nécessite absolument et en l'absence de solution alternative, dans le respect des conditions imposées par le texte bien sûr.

520. Une mesure d'isolement ou de contention effectuée plus de 48 heures après la précédente est considérée comme une nouvelle mesure et doit donc être réalisée dans les conditions précédemment énumérées. En revanche, si elle intervient moins de 48 heures après la précédente, elle est considérée comme faisant partie de cette-dernière et reste donc très limitée en termes de durée, ceci afin d'éviter les prolongations excessives de ces mesures⁹⁷¹. Lorsqu'une mesure d'isolement excède 48 heures ou qu'une contention excède 24 heures, le directeur d'établissement doit en informer les proches du patient. Par « proches », il faut comprendre la famille ou une personne de confiance qui doit être en priorité le conjoint, le concubin ou le partenaire de PACS. Cette information est délivrée par tout moyen permettant d'en dater la notification faisant suite à la décision de prolonger la mesure au-delà des délais évoqués.⁹⁷²

B. Le contrôle du JLD : élément majeur de cette réforme

521. La réforme prévoit que le JLD peut être saisi ou se saisir lui-même dans le cadre d'une demande de mainlevée d'une mesure d'isolement ou de contention. Si la demande de saisine émane du patient concerné, elle doit être déposée au secrétariat de l'établissement hospitalier d'accueil ou recueillie oralement par le directeur qui la traduit sous forme de procès-verbal avant transmission au greffe du tribunal. A l'image de la procédure de contrôle de l'hospitalisation sous contrainte, le patient peut, s'il le souhaite, être assisté d'un avocat et demandé à être entendu par le JLD. Dans le cas où la demande de saisine n'émane pas du patient, ce dernier doit être informé par le greffe de ses droits. Le directeur est chargé de transmettre sous 10 heures, toutes les pièces nécessaires à la procédure⁹⁷³. Dans le cas d'autosaisine du JLD, ce dernier peut demander des observations émanant du patient concerné, de son psychiatre traitant ou de tout psychiatre ayant eu la charge de ses soins.

⁹⁷¹ Article R. 3211-31 du CSP

⁹⁷² Elles sont déclinées à l'article R. 3211-31, auquel renvoie l'article R. 3211-31-1. Cf Annexe 14 : Tableau récapitulatif de l'information sur le renouvellement de la mesure d'isolement ou de contention

⁹⁷³ Article R. 3211-33-1 du CSP

522. En résumé, le JLD peut donc être saisi par le patient lui-même⁹⁷⁴ (pour une demande de mainlevée), par le directeur de l'établissement d'accueil⁹⁷⁵ (pour confirmer le maintien de la mesure), ou par l'une des personnes visées à l'article L. 3211-12 du CSP (demande de mainlevée également)⁹⁷⁶.

523. Concernant les délais de saisine du JLD⁹⁷⁷, qui revêtaient une importance primordiale pour répondre à l'exigence du Conseil constitutionnel quant à la conformité vis-à-vis de l'article 66 de la Constitution, ils ont été clairement établis. Le directeur de l'établissement doit informer obligatoirement le JLD au-delà de 48 heures pour l'isolement et 24 heures pour la contention. Le JLD peut alors s'autosaisir. En outre, le directeur de l'établissement doit saisir le JLD avant la fin de la 72^e heure pour l'isolement et de la 48^e heure pour la contention. Le JLD doit alors statuer dans un délai de 24 heures à compter du terme des 72^e et 48^e heures respectivement pour l'isolement et la contention.

524. En cas de mainlevée de la mesure prononcée par le JLD, aucune nouvelle mesure d'isolement ou de contention ne peut être prise avant l'expiration d'un délai de 48 heures à compter de la mainlevée. Exception est cependant faite d'un cas de figure nécessitant absolument une mise à l'isolement ou sous contention avant l'expiration du délai de 48 heures. Le cas échéant, le directeur doit en informer sans délai le JLD qui pourra, là encore, s'autosaisir.

525. En cas de mainlevée d'une mesure d'isolement ou de contention, ladite mainlevée ne vaut pas pour l'hospitalisation sans consentement.

526. Dans le cas contraire, si le JLD a confirmé à deux reprises et de manière successive le maintien de la mesure, le contrôle de l'isolement se fera de façon hebdomadaire (saisine du JLD au moins 24 heures avant l'expiration d'un délai de sept jours à compter du précédent contrôle). Pour la contention, les conditions sont les mêmes, à l'exception du délai de périodicité qui est de trois jours au lieu de sept⁹⁷⁸.

527. En cas de délai expirant le weekend ou un jour férié ou chômé, ce dernier n'est pas prorogé au premier jour ouvrable suivant, rendant inapplicable les conditions de l'article 625 du Code de procédure pénale.⁹⁷⁹ Le non-respect des délais impartis emporte la mainlevée de la mesure d'isolement ou de contention. Le cas échéant, le psychiatre peut décider la mise en

⁹⁷⁴ Article R.3211-34 du CSP

⁹⁷⁵ Article R. 3211-33-1 du CSP

⁹⁷⁶ Article R. 3211-35 du CSP

⁹⁷⁷ Cf Annexe 15 : Tableau récapitulatif des délais de saisine du JLD concernant le contrôle des mesures d'isolement et de contention

⁹⁷⁸ Article L. 3222-5-1 II alinéa 5

⁹⁷⁹ Article R. 3211-32, alinéa 2, du CSP

œuvre immédiate d'une nouvelle mesure d'isolement ou de contention, sans information immédiate du JLD.⁹⁸⁰

528. Contrairement à la procédure de contrôle de l'hospitalisation sans consentement, le JLD statue sur l'isolement ou la contention en principe sans audience, par écrit⁹⁸¹, sauf demande d'audience exprimée par le patient, comme sus-évoqué, ou si le JLD estime qu'une audience soit nécessaire (dans ce cas la procédure est orale)⁹⁸². Mais si les apports de cette réforme de l'isolement/contention sont indéniables, quand est-il de l'accueil de ces nouvelles modalités et de leur mise en œuvre par les professionnels concernés ?

Section 2. Un résultat riche mais controversé

529. Si l'apport de cette réforme est majeur, dans la mesure où elle entraîne une nouvelle forme de contrôle par le JLD ainsi qu'un encadrement plus complet des mesures d'isolement et de contention, le texte finalement adopté a été bien complexe à mettre en œuvre, pour un succès tout relatif, qui risque d'être difficile à appliquer, tant sur le plan juridique, par les professionnels du droit (Paragraphe 1) qu'en pratique au sein des établissements (Paragraphe 2).

Paragraphe 1. Un accueil peu enthousiaste de la part des professionnels du droit concernés lié à des lacunes juridiques persistantes

530. La difficulté pour les JLD est l'accroissement de la charge de travail. En effet, la loi de 2011 les avait déjà impactés fortement, dans la mesure où il a fallu pallier les nouvelles dispositions avec des effectifs qui n'étaient pas proportionnés. Des effectifs renforcés avaient été fournis aux tribunaux, insuffisamment d'après la juge Le-Bihan⁹⁸³. Même constat pour la juge Aubriot⁹⁸⁴ qui craint une surcharge de travail à laquelle vont devoir faire face des équipes déjà restreintes et débordées face aux contrôles des hospitalisations sans consentement.

« Autant, pour les contrôles d'hospitalisation sans consentement, on est très organisé parce qu'on a des audiences et on sait à quel moment on est saisi, on prépare les dossiers, on saisit les avocats pour qu'ils puissent voir les dossiers également. Là, le législateur prévoit cette ordonnance rendue dans les 24 heures. Cela veut dire qu'en 24 heures il faut qu'on enregistre le dossier, qu'on demande les pièces à l'hôpital – puisqu'il nous faut les certificats médicaux

⁹⁸⁰ Article R. 3211-39, II 2° du CSP si procédure écrite ; article R. 3211-41, IV si procédure orale

⁹⁸¹ Article L. 3211-12-2, III, alinéa 1 et article R. 3211-39 du CSP

⁹⁸² Article L. 3211-12-2, III, alinéa 5, et article R. 3211-41 du CSP

⁹⁸³ Madame la juge LE-BIHAN, Tribunal judiciaire de Poitiers, Colloque "Contention et isolement : aux limites de la loi et du soin ?", 22 août 2022, Espace de réflexion éthique Bourgogne-Franche-Comté.

⁹⁸⁴ Entretien avec Madame la juge, Justine AUBRIOT, Tribunal judiciaire de Lyon, cf Annexe 36

circonstanciés et toutes les autres pièces nécessaires – il faut qu'on avertisse le Procureur, il faut qu'on avertisse le tuteur ou le curateur. Après il faut, le cas échéant si le patient demande à être entendu, organiser cette audition. Il est prévu que le médecin puisse indiquer qu'elle n'est pas compatible avec l'état de santé du patient mais dans ce cas-là il faut que ce soit un avocat qui puisse porter la parole du patient ; donc il faut organiser cette audition. Il faut veiller à ce que le respect du contradictoire, c'est-à-dire que toutes les parties puissent connaître les observations des uns et des autres. Et puis, il faut rendre cette ordonnance et la notifier. Ce qui veut dire que l'on va être amené à le faire au « coup par coup », ce qui est non pas une perte de temps mais quelque chose qui ne peut pas être organisé. On s'attend à ce que le greffier qui actuellement est en charge des hospitalisations ait besoin d'une augmentation de son temps passé à la gestion des hospitalisations sans consentement. Dans certains tribunaux qui ont à gérer plusieurs établissements psychiatriques, la masse d'ordonnance à rendre risque d'être beaucoup trop importante. »⁹⁸⁵

Sur ce sujet, une Mission de travail en 2018 sur l'évolution de la protection juridique des personnes⁹⁸⁶ incluait une proposition concernant la mise en place d'une nouvelle catégorie de juge. Il s'agirait d'un juge dit « de la liberté civile et de la protection », qui pourrait être compétent pour se prononcer à la fois sur les mesures de soins sans consentement et sur toutes mesures réalisées dans le cadre des soins sans consentement, pour lesquelles la validité du consentement du patient serait remise en cause. Ce serait le cas potentiellement des mesures d'isolement et de contention, mais également d'autres formes de soins (on pourrait penser à l'usage abusif pyjama par exemple)⁹⁸⁷. Au-delà des frontières de l'hôpital psychiatrique, ce juge fictif (pour le moment) serait également compétent pour contrôler ces mêmes aspects au sein d'autres établissements de santé, comme les EHPADs, les services de soins palliatifs, etc. Ce juge serait enfin tout aussi compétent pour gérer les cas de tutelles et de curatelles. Il s'agit donc d'un questionnement et d'un cheminement qui va bien au-delà des soins psychiatriques. Cette nouvelle catégorie n'a pas été créée, ni même débattue : peut-être est-ce également un élément de reproche à l'encontre de cette réforme sur l'isolement et la contention. Quoi qu'il en soit, les acteurs juridiques sont les premiers à s'interroger sur les tenants et les aboutissants de cette réforme, qu'il s'agisse du JLD (A) ou de l'avocat (B).

A. Le JLD : une tâche supplémentaire dans un contexte de surcharge administrativo-judiciaire

⁹⁸⁵ Op. cit., Madame la juge Le-Bihan, Colloque au Tribunal judiciaire de Poitiers

⁹⁸⁶ Anne CARON DEGLISE, « Rapport de mission interministérielle : L'évolution de la protection juridique des personnes, Reconnaître, soutenir et protéger les personnes les plus vulnérables », 2018, http://www.justice.gouv.fr/art_pix/rapport_pjm_dacs_rapp.pdf

⁹⁸⁷ Cf Partie II, Titre 1, Chapitre 2 sur le port du pyjama

531. Les JLD se posent également la question des limites de leur rôle concernant le contrôle de ces mesures. En effet, sur le contrôle de l'hospitalisation sans consentement, « *la jurisprudence était venue nous indiquer que nous (les JLD) sommes là pour vérifier que la procédure est régulière, donc nous sommes sur une analyse très formaliste de la procédure. Nous ne sommes pas là pour remplacer le médecin, nous ne sommes pas là pour apprécier, lors de notre audience, si la personne s'exprime de manière tout à fait censée et savoir si elle a véritablement la pathologie qui est inscrite dans le certificat. La Cour de cassation rappelle que ce n'est pas notre rôle, que nous ne sommes pas là pour se substituer au médecin. On a une approche qui est très axée sur la procédure, en vérifiant que les délais ont été respectés, que plusieurs médecins psychiatres ont porté une appréciation sur l'état de la personne et que les certificats médicaux expliquent la poursuite de l'hospitalisation dans les mêmes conditions en unité fermée. La question qui se pose pour les mesures d'isolement et de contention, c'est que le texte prévoit que ce sont des mesures de derniers recours qui doivent être proportionnées. Est-ce qu'on ne glisse pas vers un contrôle de l'opportunité ? Est-ce qu'il va falloir apprécier la proportionnalité ? Est-ce que d'autres mesures auraient pu se substituer à l'isolement ou à la contention ? Le texte, lui, est rédigé de manière beaucoup plus large que ne l'est le texte sur l'hospitalisation sous contrainte* »⁹⁸⁸.

532. D'après la juge Aubriot, les JLD qui se sont déjà prononcés sur ces mesures d'isolement et de contention les ont parfois levées tout simplement parce que l'hôpital n'avait pas fourni les documents. Pour le JLD, c'est un contrôle qui risque d'être difficile à gérer, d'abord à cause des effectifs restreints et des délais très courts, mais aussi d'un point de vue éthico-professionnel, concernant les limites beaucoup plus floues de ce contrôle par rapport à celui de l'hospitalisation sans consentement. En outre, ce nouveau contrôle est également contraignant pour le personnel de santé qui doit faire preuve d'une rigueur d'autant plus importante et doit faire face, lui aussi, à une surcharge de travail (dossiers et procédures spécifiques à l'isolement-contention, communication des pièces au JLD, nouvelle organisation). Le JLD devient un peu « *l'empêcheur de tourner en rond* »⁹⁸⁹ puisqu'il demande des comptes aux médecins, avec des certificats circonstanciés, sans copier-coller entre certificats (soulevés souvent par les avocats lorsqu'ils existent dans les dossiers), etc. Enfin, la déception du patient est souvent manifeste. Ils attendent beaucoup d'un juge qui n'a finalement qu'un pouvoir très restreint et qui n'est lié qu'au respect de la procédure uniquement. La déception sera d'autant plus importante pour des mesures aussi contraignantes et restrictives de la liberté d'aller et venir que sont l'isolement et la contention⁹⁹⁰.

⁹⁸⁸ Entretien avec la Juge Justine AUBRIOT, TJ de Lyon, cf Annexe 36

⁹⁸⁹ Op. cit., Madame la juge Le-Bihan, Colloque au Tribunal judiciaire de Poitiers

⁹⁹⁰ D. SANLAVILLE, *Psychiatrie, hôpital, prison, rue...Malades mentaux : la double peine*, Chronique Sociale, 2019

533. Il paraît évident que l'objectif du législateur est de poser des garde-fous, d'éviter le recours à ces mesures, de trouver des méthodes alternatives, mais quel va être le positionnement du JLD dans l'examen de ces nouvelles demandes ? Comment vont faire les JLD pour statuer sur toutes les décisions de mise à l'isolement ou sous contention ? Aujourd'hui les tribunaux sont en très grande difficulté puisque les JLD n'ont pas les effectifs suffisants pour pouvoir répondre dans les délais. La question est donc de savoir s'il faut maintenir sous la double casquette liberté-détention le rôle du JLD en matière de soins contraints ou s'il ne faut pas parvenir à une distinction entre l'aspect civil, c'est-à-dire l'aspect liberté qui serait confié à un juge particulier, et l'aspect détention qui serait confié au JLD mais sous l'angle pénal. Concernant les mesures d'isolement et de contention, cela permettrait de distinguer les recours relevant du civil et du pénal (bien que les recours pénaux soient heureusement peu nombreux en comparaison). Il serait également envisageable de distinguer les recours liés à l'isolement/contention concernant des détenus déclarés pénalement irresponsables (et placés en hospitalisation complète de fait), des recours du même ordre mais concernant des patients arrivés en soins sous contrainte, en dehors du contexte carcéral.

534. « *La réforme de l'isolement/contention est venue percuter des conditions de travail qui sont déjà difficiles, à moyens constants. A titre personnel, alors que je suis à temps partiel, je travaille entre 40 et 60 heures par semaine. Mes greffiers travaillent aussi beaucoup, avec des problèmes pour poser des congés, des heures supplémentaires qui s'accumulent, etc.* »⁹⁹¹. Le week-end, une astreinte a été mise en place. C'est toujours le JLD qui fait le pénal et le civil (isolement/contention inclus), y compris durant les astreintes. Au niveau du greffe, l'organisation est également compliquée puisqu'il n'y a pas eu d'astreinte supplémentaire prévue par la Cour d'appel. Il a donc fallu mutualiser : le greffier qui, avant la réforme isolement-contention, faisait la phase instruction ou la phase de traitement en temps réel des mise à l'UMD, s'est vu mutualiser ces deux actions en un bloc « pénal », afin de créer un bloc « civil » uniquement. Cette nouvelle distribution a évidemment créé des tensions au niveau de la distribution puisque les civilistes, qui ne faisaient pas du tout de permanence, ont dû en prévoir. Ce contentieux de l'isolement-contention est tellement récent que le recul n'est pas suffisant pour en apprécier l'ampleur et l'impact potentiels : pas de visibilité sur les volumes et délais très contraignants pour statuer. Avant cette réforme, le contrôle sur l'isolement/contention était facultatif. On aurait donc pu imaginer, notamment pour éviter la problématique du week-end, des dispositions différentes, par exemple concernant les délais, mais le législateur a privilégié l'urgence. « *En tant que JLD, je fais aussi des permanences le week-end et j'ai régulièrement des mesures d'isolement à traiter, pour lesquelles je dois revenir au palais.* »⁹⁹²

⁹⁹¹ Alexandra MOROT, JLD, Colloque "Contention et isolement : aux limites de la loi et du soin ?", 22 août 2022, Espace de réflexion éthique Bourgogne-Franche-Comté.

⁹⁹² Idem

535. Cette dernière réforme de l'isolement-contention a été très attendue et a été perçue de manière extrêmement anxiogène. Ce sentiment fut décuplé par la durée de « montage » de cette réforme, finalement échelonnée entre juin 2020 et mars 2022. Les multiples décisions du Conseil constitutionnel et le panel de loi utilisées pour mettre en œuvre cette réforme ont contribué à instaurer un climat de doute quant au bien-fondé des modalités créées. En outre, la révision finalement retenue a été adoptée au travers de la loi dite sur le pass vaccinal, datant du 22 janvier 2022, n'a pas été votée aussi rapidement que ne l'espérait le Gouvernement, alors que la deadline pour la modification de la proposition de loi concernant l'isolement-contention avait été fixée au 31 décembre 2021 par le Conseil constitutionnel : une rigueur juridique peu convaincante. Ce délai, entre le 1^{er} janvier et la date de promulgation et d'entrée en vigueur réelle de la loi, n'a pas aidé les établissements de soins dans leur organisation pour la mise en œuvre de cette réforme. Certains avaient déjà commencé à mettre en place des « bonnes pratiques » et appréhendaient les nouveautés résultant de l'ultime révision apportée à cette réforme. Bon nombre de magistrats ont émis une critique majeure : les acteurs de terrain qui ont connu les recours facultatifs n'ont absolument pas été associés par la chancellerie. *« Même si nous ne sommes pas les rédacteurs de la loi mais seulement ses serviteurs, je pense qu'il aurait été intéressant qu'il y ait un retour d'informations de la part des acteurs de terrain. Cette loi-là, nous l'avons découverte, tout comme nous avons découvert son décret d'application le 23 mars 2022. Nous étions jetés dans le grand bain il fallait y aller ! Oui...mais à moyens constants, pas plus de greffiers, pas plus de JLD, des établissements de soins au bord de l'implosion, avec des problèmes de logiciels informatiques étant donné le délai très court pour cette adaptation. Comme la subtilité de cette nouvelle loi – parmi d'autres d'ailleurs – c'est qu'il existe un délai de carence de 48 heures, c'est-à-dire qu'on ne peut pas reprendre une nouvelle mesure, sauf élément nouveau, après une mainlevée judiciaire, les établissements ont commencé à nous laisser entendre qu'ils ne nous saisiraient pas systématiquement...pas vu pas pris. On a donc essayé de mettre en place des réunions pédagogiques, d'être dans l'accompagnement, mais à un moment donné j'ai fini par me saisir moi-même pour démarrer les choses »*⁹⁹³.

B. La place de l'avocat dans le contrôle de l'isolement et de la contention : l'oublié de cette réforme ?

536. Les avocats, eux aussi, sont perplexes face à cette réforme. Gilles DEVERS s'exprime à ce sujet : *« Je pense qu'il y a une certaine banalisation du concept de l'isolement. Je déplore la nouvelle loi sur l'isolement-contention puisque, pour moi, elle est totalement inutile. Ce qui*

⁹⁹³ Op. cit. Alexandra MOROT, JLD, Colloque "Contention et isolement : aux limites de la loi et du soin ?", 22 août 2022, Espace de réflexion éthique Bourgogne-Franche-Comté.

importe c'est la décision du psychiatre qui engage déjà la responsabilité de l'hôpital voir sa responsabilité personnelle si elle est abusive. Avec cette loi, le psychiatre n'agira plus que dans le cadre légal uniquement, avec un contrôle du JLD en supplément, ce qui va complètement freiner les mesures de soin, à tel point qu'il n'exercera plus aussi librement et facilement sa profession. Ce contrôle par le juge sera impossible au quotidien ! Ou bien il sera partiel ou fait pour le principe de respecter la loi mais sans aucun sérieux. La CEDH a critiqué le fait qu'en France on puisse prendre une décision qui doit être contrôlée sans pour autant que le contrôle du juge soit réelle ou tout du moins efficace. La France a été condamné 8 fois en une année. Le malade envoyait son recours, ce n'était pas ou mal traité ; il n'y a pas de contrôle effectif du juge. Plutôt que de rendre effectif ce contrôle du Juge quand il était sollicité par le patient, on a préféré faire en sorte que ces mesures soient soumises à l'accord du juge ! Est-ce que le psychiatre existe encore ? je suis opposé à ce déplacement de la décision parce que, en tant que patient, je veux bien être soigné par un psychiatre mais pas par un juge. » Au-delà des contraintes imposées par la nouvelle réforme en elle-même, la chancellerie est venue complexifier les échanges entre les JLD et les établissements, en supprimant la possibilité de communication via le logiciel de cryptage Ad Script, qui était très utilisé et facilitait les protocoles de contrôle. Un nouveau logiciel a donc dû être mis en place, un logiciel gratuit faute de moyens financiers suffisants pour un logiciel sécurisé payant. En outre, sur un plan national, les protocoles n'ont pas été uniformisés : chaque tribunal judiciaire avec ses établissements de soin du ressort, essaie de trouver un mode opératoire qui n'est, d'ailleurs, pas forcément le même au sein de l'ordre judiciaire d'une même circonscription. Par exemple, au niveau de la Cour d'appel de Dijon, il n'y a pas d'uniformisation réelle : la communication entre le JLD et les établissements de soins concernés se fait avec Ad Script mais, par exemple, au niveau de la Cour d'appel, les échanges se font par télécopies. « Personnellement, ce qui m'a interpellée dans cette nouvelle réforme, c'est que l'avocat n'est pas obligatoire, alors qu'il l'est pour le contrôle de l'hospitalisation sans consentement, et que l'information du tuteur et du curateur ne sont pas non plus obligatoires. »⁹⁹⁴ Et l'avocat, qu'en est-il ? Comment expliquer son absence ? Est-elle légitime ?

537. Cette absence d'un avocat lors du contrôle par le JLD de la mesure d'isolement ou de contention pose de réelles questions qui ont fait l'objet d'une QPC : « *En ce qu'il ne prévoit pas l'assistance ou la représentation systématique du patient par un avocat lorsque le JLD, saisi d'une demande de mainlevée ou de prolongation de la mesure d'isolement ou de contention ou se saisissant d'office, statue sans audience selon une procédure écrite, l'article L. 3222-5-1 du Code de la santé publique est susceptible de porter atteinte au principe des droits de la défense garantis par l'article 16 de la Déclaration des droits de l'homme et du*

⁹⁹⁴ Op. cit. Alexandra MOROT, JLD, Colloque "Contention et isolement : aux limites de la loi et du soin ?", 22 août 2022, Espace de réflexion éthique Bourgogne-Franche-Comté.

citoyen de 1789 »⁹⁹⁵. En effet, le Conseil constitutionnel a été saisi le 27 janvier 2023, dans les conditions prévues à l'article 61-1 de la Constitution⁹⁹⁶, d'une QPC relative d'une part à la conformité de l'article L.3222-5-1 du Code de la santé publique issue de la loi n° 2022-46 du 22 janvier 2022 renforçant les outils de gestion de la crise sanitaire et modifiant le code de la santé publique⁹⁹⁷, et d'autre part à la conformité de ce même article aux droits et libertés garanties au paragraphe II de la constitution⁹⁹⁸. Plus précisément, le premier motif de la requête exposait que, dans la mesure où l'article 3222-5-1 du CSP ne prévoit pas explicitement la nécessité de notifier au patient son droit de saisir le JLD d'une demande de mainlevée, ainsi que celui de recourir à un avocat, dès la mise en œuvre de la mesure d'isolement ou de contention, cet article nuirait au principe de sauvegarde de la dignité de la personne humaine, et portait une atteinte grave à la liberté d'aller et venir du patient concerné. De plus, ledit article méconnaîtrait également l'article 66 de la Constitution, c'est-à-dire le droit du patient à un procès équitable et, de fait, à une bonne administration de la justice. Dans le second moyen, il était notifié qu'en ne prévoyant pas que le patient en isolement ou sous contention (sous contrainte) doit être assisté d'un avocat lors du contrôle effectué par le JLD, l'article 3222-5-1 violerait le droit à la défense du patient, protégé notamment par l'article 16 de la DDHC.

538. Le Conseil constitutionnel a d'abord écarté le premier moyen, considérant que l'article L.3222-5-1 ne méconnaît pas le droit à un recours juridictionnel effectif, « *compte tenu de l'ensemble des voies de droit ouvertes et du contrôle exercé par le juge judiciaire* »⁹⁹⁹. En effet, l'article L.3211-12 du CSP prévoit cette possibilité de saisine du JLD par le patient. De plus, ce dernier peut toujours engager une action en responsabilité devant les juridictions compétentes. Enfin, la possibilité d'auto-saisine du JLD est un "garde-fou" supplémentaire contre des mesures excessives, ce qui offre une sécurité réelle pour la garantie des droits et libertés du patient. Le Conseil constitutionnel a ensuite écarté le second moyen, considérant que les mesures d'isolement et de contention ne sont prises que pour « *prévenir un dommage immédiat ou imminent pour le patient ou autrui* »¹⁰⁰⁰, autrement dit il ne s'agit pas d'une punition à caractère pénal, ni d'une procédure de recherche d'auteur d'infraction ; cas pour lesquels la notification du droit à l'assistance d'un avocat est nécessaire¹⁰⁰¹.

⁹⁹⁵ CCass. civ.1, 26 janvier 2023, n° 22-40.021, B : JurisData n° 2023-000881 (Renvoi devant le Conseil constitutionnel - QPC)

⁹⁹⁶ Article 61-1 de la Constitution du 4 octobre 1958 : « *Lorsque, à l'occasion d'une instance en cours devant une juridiction, il est soutenu qu'une disposition législative porte atteinte aux droits et libertés que la Constitution garantit, le Conseil constitutionnel peut être saisi de cette question sur renvoi du Conseil d'État ou de la Cour de cassation qui se prononce dans un délai déterminé.* »

⁹⁹⁷ N°2022-1040 QPC, posée pour M. Sami G. par Me Valérie Castel-Pagès, avocate au barreau de Rennes

⁹⁹⁸ N°2022-1041 QPC, posée pour Mme Sarah O. par Me Yann Sarfati, avocat au barreau de Seine-Saint-Denis

⁹⁹⁹ Décision n° 2023-1040/1041 QPC du 31 mars 2023, JORF n°0078 du 1 avril 2023, texte n° 80

¹⁰⁰⁰ Ibid : Décision n° 2023-1040/1041 QPC du 31 mars 2023, JORF n°0078 du 1 avril 2023, texte n° 80

¹⁰⁰¹ Alice Agard & Pierre-Yves Fouré, "Constitutionnalité des dispositions sur l'isolement et la contention : le patient n'est pas un détenu", Cabinet Houdart & Ass., 11/04/2023, <https://www.houdart.org/constitutionnalite-des-dispositions-sur-lisolement-et-la-contention-le-patient-nest-pas-un-detenu/>

539. Le 31 mars 2023, le Conseil constitutionnel a donc déclaré constitutionnelles « les deux premières phrases du paragraphe I de l'article L. 3222-5-1 du code de la santé publique »¹⁰⁰². Ainsi, le Conseil constitutionnel ne semble pas relever d'incohérence entre la présence d'un avocat lors de la procédure de contrôle de l'hospitalisation sous contrainte par le JLD, et son absence lors de ce nouveau contrôle des mesures d'isolement et de contention, pourtant également réalisé par le JLD.

540. Il a fallu attendre le 23 mars 2022 pour que les modalités de mise en place de ce contrôle soient clairement définies dans un décret d'application¹⁰⁰³. Le JLD doit statuer très rapidement, information qui a provoqué bien des émois dans le secteur judiciaire, étant donné les délais très courts imposés pour ces mesures : le JLD doit rendre une ordonnance dans les 24 heures à compter de la réception de la demande. Ce délai a été perçu comme très anxiogène par les JLD et posait notamment des difficultés lors des astreintes les week-end. Il a fallu mettre en place des permanences de greffiers et des formations pour familiariser les JLD à cette réactivité. Heureusement, les saisines du JLD pour ce type de mesures sont, en définitive, peu fréquentes. A Poitiers, par exemple¹⁰⁰⁴, la pratique a montré que les saisines ont été très rares depuis l'entrée en vigueur de la loi : ceci est dû au délai assez long d'obtention du décret (4 mois), à des obstacles pratiques tels que le système informatique de l'hôpital qui ne permettait pas de mettre en œuvre les alertes de délai (savoir à quel moment le juge doit être saisi ou, au moins, informé). Le législateur a également prévu que, s'il y a des courtes mesures qui se succèdent sans intervalle de plus de 48 heures entre chacune d'entre elles, toutes ces mesures s'additionnent ; si l'ensemble de la durée excède 48 heures en 15 jours, cela constitue aussi une atteinte à la liberté d'aller et venir du patient et nécessite l'intervention du JLD. D'après Isabelle Le-Bihan, JLD à Poitiers, les saisines sont peu fréquentes car, d'ores et déjà, le patient n'est pas le mieux placé pour faire cette démarche puisqu'il se trouve dans une situation de crise lorsqu'il est sujet à ce type de soin, sans oublier son état mental qui, bien souvent, rend compliquée la compréhension de ses droits et possibilités de réclamations auprès du JLD¹⁰⁰⁵.

¹⁰⁰² Ibid : Décision n° 2023-1040/1041 QPC du 31 mars 2023, JORF n°0078 du 1 avril 2023, texte n° 80, extrait de l'article 1e : https://www.conseil-constitutionnel.fr/decision/2023/20231040_1041QPC.htm

¹⁰⁰³ Décret n° 2022-419 du 23 mars 2022 modifiant la procédure applicable devant le juge des libertés et de la détention en matière d'isolement et de contention mis en œuvre dans le cadre de soins psychiatriques sans consentement, JORF n°0071 du 25 mars 2022, Texte n° 30, <https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000045406742>

¹⁰⁰⁴ Retour sur expérience de la juge Isabelle LE-BIHAN, lors de la Conférence de l'Espace Mendès France, Organisé en partenariat avec Argos antenne de la Vienne et le Comité d'éthique du centre hospitalier Henri Laborit de Poitiers. Dans le cadre des Semaines d'information sur la santé mentale, du 4 au 17 octobre 2021, sur le thème « Réflexion éthique sur l'isolement et la contention : quels sont mes droits ? »

¹⁰⁰⁵ Ibid

Paragraphe 2. Le cas des soignants et établissements concernés : un retour guère plus encourageant

541. Dans les établissements psychiatriques concernés par cette réforme sur l'isolement-contention, la mise en place a été prise très au sérieux et la rigueur était de mise. A titre d'exemple, à l'Hôpital du Vinatier, à Lyon, une réunion administrative en présence notamment du directeur d'établissement et de représentants du personnel de santé s'est tenue durant toute une après-midi (près de quatre heures d'échanges) pour examiner – décortiquer - en détail le nouveau texte législatif et déterminer les attentes qui en découlent. L'opportunité de faire et de contrôler les mesures n'est pas en débat, mais c'est plutôt la façon de le faire et d'y arriver qui pose question à l'administration hospitalière. *« Je pense que, si la psychiatrie va mal dans notre pays, ou au moins ses institutions, ou les deux, c'est aussi du fait de ses réglementations spécifiques. Alors, pas forcément les réglementations en elles-mêmes, mais plutôt la façon dont elles interviennent et la façon dont on les utilise, en imaginant qu'elles vont forcément changer les pratiques. Oui, pour partie, mais c'est peut-être un peu court comme raisonnement »*¹⁰⁰⁶.

542. Le constat actuel est celui d'une crise de notre système de santé, aux causes multiples et profondes : cette crise a été révélée et décuplée par la pandémie de Covid-19. Le premier point d'urgence est la difficulté de recrutement à laquelle font face l'ensemble des établissements de santé, et particulièrement les Hôpitaux psychiatriques. Les racines de cette crise paraissent plus anciennes et plus profondes en psychiatrie car elles préexistent depuis longtemps, dans la mesure où c'est un secteur qui a fait l'objet de réformes et d'évolutions (médicales ou juridiques) récentes, comparativement à la majorité des autres secteurs médicaux : le statut de « l'aliéné » n'a sans doute pas aidé à ce qu'il soit privilégié sur ce point.¹⁰⁰⁷ Cette crise systémique relève, très succinctement, de deux séries de causalités. La première est le défaut persistant de politiques de santé publique qui soit d'orientation forte de politique publique pour la psychiatrie. C'est un constat troublant quand on considère l'ensemble des paramètres qui caractérisent l'état de la santé mentale de la population et ses besoins. La seconde série de causalités regroupe les difficultés des ensembles des acteurs de la psychiatrie. Il semble exister de réelles difficultés de s'inscrire dans une démarche de transformation, qui n'est pas qu'affaire de ressources, mais qui implique aussi une transformation des pratiques de soins et de l'offre de soins qui porte ces pratiques. Peut-être doit-on admettre que le recours à l'isolement-contention, quand bien même on serait convaincu que ces pratiques doivent évoluer et diminuer, est tellement multiparamétrique qu'il relève de ce double postulat : où est la politique publique et que fait-on dans les établissements face aux difficultés de transformation

¹⁰⁰⁶ Pascal MARIOTTI, président de l'Association des établissements de service public de santé mentale, Colloque "Contention et isolement : aux limites de la loi et du soin ?", 22 août 2022, Espace de réflexion éthique Bourgogne-Franche-Comté.

¹⁰⁰⁷ Cf Introduction de la présente thèse

des pratiques et des organisations qui vont avec ? On retrouve ici la tension entre l'établissement « lieu de soins » et « lieu de retrait et d'enfermement ». Tous ces sujets sont marqués par des ambiguïtés manifestes. Il ne s'agit pas de repousser certaines populations que l'on prend en charge aujourd'hui, et qui relèvent de ces dispositifs de soins contraints, vers d'autres dispositifs au motif que, pour des raisons notamment cliniques, elles ne relèveraient pas ou plus de la psychiatrie : c'est ce que l'on appelle la « défense sociale », pratiquée assidûment dans les pays de l'Europe nordique, aussi appelée « forensic psychiatry »¹⁰⁰⁸. La question de la prise en charge de ces catégories d'individus, dans la mesure où la logique ou la justification de leur enfermement durable est remise en question, se pose réellement. Il s'agit ici de patients qualifiés de « perturbateurs », « complexes » ou encore « difficiles », qui ont un impact sur l'hôpital en lui-même, sur les modalités de soins (déformation des soins et des prises en charge), mais aussi sur les autres patients qui les côtoient au quotidien. Ces patients sont ceux qui traversent majoritairement le spectre des mesures d'isolement-contention dont il est question dans cette analyse.¹⁰⁰⁹ Ces questions ne sont pas non plus sans lien avec l'ampleur du recours aux soins sans consentement en France qui, malgré les réformes de 2011 et 2013 précédemment évoquées, n'a jamais été aussi élevé numériquement. On a cette contradiction intrinsèque à l'isolement-contention qui est le produit du soin sans consentement. On atteint, dans le service public psychiatrique, des proportions de patients placés en soins sans consentement qui deviennent problématiques. Ces constats sont à corrélérer avec la faible part accordée à la prévention et aux interventions précoces préventives en France, avec la difficulté d'anticipation et de la prise en charge de la crise hospitalière, et partant avec un recours sans cesse accru aux services d'urgence, au point que depuis la crise Covid, les établissements psychiatriques tendent parfois à devenir des hôpitaux d'urgence, notamment concernant les mineurs.¹⁰¹⁰

Aux lendemains immédiats de l'effectivité de cette réforme, le constat est lacunaire sur certains points (A), et préoccupant sur d'autres (B).

A. Une réforme attendue, aux lacunes conséquentes

543. La réforme sur l'isolement et la contention ne couvre pas les services d'urgence, alors même que ces pratiques, tout comme l'orientation en soins sans consentement, y sont devenues

¹⁰⁰⁸ K. GOETHALS, *Forensic Psychiatry and Psychology in Europe: A Cross-Border Study Guide*, Springer, Softcover reprint of the original 1st ed. 2018 édition (26 juin 2019)

¹⁰⁰⁹ A-G. CROCKER, M. LECLAIR, F.A. BELANGER & J. LIVINGSTON, « Overview of the Organisation of Forensic Mental Health : Services Internationally: Towards a Balanced Care Model », *Santé mentale et justice*, Volume 47, Number 1, Spring 2022

¹⁰¹⁰ « Souffrance psychique et troubles psychiatriques liés à l'épidémie de COVID-19 et difficultés de la vie en confinement : les évaluer pour mieux agir », Santé Publique France, 23 avril 2020, <https://www.santepubliquefrance.fr/presse/2020/souffrance-psychique-et-troubles-psychiatriques-lies-a-l-epidemie-de-covid-19-et-difficultes-de-la-vie-en-confinement-les-evaluer-pour-mieux-agir>

majeures. Il ne faut pas relativiser cette question-là car les urgences sont de plus en plus le premier contact des patients dans le cadre de leur prise en charge psychiatrique. En effet, la fréquentation des urgences augmente en moyenne de 5% chaque année, passant ainsi de 13 millions de passages en 2001 à 18,5 en 2016 dont 10 à 30% se font pour raison psychiatrique (cette variable dépend des régions et des années), soit environ 4 millions de consultations pour raison psychique¹⁰¹¹. Les recours à l'hospitalisation sans consentement sont également des marqueurs manifestes d'inégalités sociales. On n'a pas les mêmes risques de se retrouver hospitalisé en soins sans consentement et placé à l'isolement ou en contention – par rapport à d'autres alternatives bien sûr – suivant notre origine généralement socio-économique. La question des violences hospitalières sur les soignants et les autres patients dit « complexes, violents et perturbateurs » : ils sont placés en hospitalisation souvent durable et répétitive, et sont également régulièrement pris en charge dans le cadre ambulatoire. Autour de ces patients se nouent donc une bonne partie des pratiques d'isolement et de contention.

544. Il y a matière à interroger ce qui a été engagé depuis la loi de santé de 2016 et la recommandation consécutive de la HAS de mars 2017 qui consacraient donc, en France, la sortie de l'isolement et de la contention du champ des pratiques cliniques. Certes, des actions ont été engagées, y compris dans les établissements (on retrouve le registre de ces pratiques, le rapport annuel de politique de réduction des mesures d'isolement-contention, etc.), ces actions sont incitées et accompagnées par les ARS, mais il a tout de même fallu attendre 2021 et la première QPC pour qu'un plan minimal d'accompagnement de l'article 84 de la LFSS 2021 soit initié par l'allégation ministérielle à la santé mentale et la psychiatrie, limitativement doté de 15 millions d'euros. *« Dès janvier 2021, à la DGOS, la solution ne sera pas trouvée sans affirmation politique forte de la suppression à terme de 3 à 5 ans de la contention, et de l'encadrement très stricte du recours à l'isolement. Le pire serait de subir une réduction graduelle et non planifiée de ces pratiques, sans que la mesure des besoins de soutien et d'accompagnement de ces établissements ne soit jamais vraiment prise. J'estime qu'entre 2016 et 2022, chronologiquement, de 5 à 7 ans ont été perdues pour énoncer cette politique, et on voit bien qu'on vivote, qu'on essaie de faire »*¹⁰¹². Dès lors, comme en 2011 et 2013, faute de politique de santé publique et d'anticipation en la matière, c'est l'intervention du Conseil constitutionnel qui finalement oblige à engager l'action pour des motifs de liberté publique et de conformité aux règles européennes. On passe dans une action impérative et de court terme, faute d'alternative qui ait été pensée, voulue et anticipée et – de fait – on bascule dans un traitement juridictionnel, formel et procédural qui risque d'être vécu comme technocratique et formaliste pesant sur les psychiatres, les établissements et les JLD, pour ne citer qu'eux. La

¹⁰¹¹ C. BARTHELEMY, « Urgence de l'urgence », *L'information Psychiatrique*, vol 82, n°7, septembre 2006 553-555 ; ATIH « chiffres clés de l'hospitalisation », www.atih.santé.fr

¹⁰¹² Instruction DGOS/R4/2022/85 du 29 avril 2022, <https://sante.gouv.fr/fichiers/bo/2022/2022.10.sante.pdf>

problématique réside dans l'absence, du moins dans l'immédiat, de garantie réelle d'avancement dans les pratiques ou de bénéfices très concrets pour les patients et leurs aidants.

545. Concrètement, à quelques mois de la réforme de janvier 2022, la gestion était laissée aux établissements autorisés en soins sans consentement, ainsi qu'aux JLD et Tribunaux judiciaires : tous étaient manifestement confrontés aux mêmes difficultés d'application. Des démarches collaboratives et progressives ont été engagées pour intégrer les modifications apportées par cette nouvelle réforme.

B. Une réforme éclairée, aux enjeux de mise en œuvre conséquents et problématiques

546. Depuis cette dernière réforme aboutit en janvier 2022, une enquête flash de l'AdESM¹⁰¹³ a été menée avec les présidents des commissions médicales d'établissements (CME) de Centres Hospitaliers spécialisés en psychiatrie (CHS), en mars 2022, avec 60 établissements répondants sur environ 200¹⁰¹⁴. Cette enquête intervenait cependant avant l'application du décret en Conseil d'État et d'instructions d'application. A ce moment, 90% des établissements répondants avaient commencé à appliquer la loi, le plus souvent sur un mode ressemblant à celui de 2021 et en tenant compte de discussions transitoires qui avaient mises en place au 1^{er} janvier 2022, quand l'article du PLFSS 2022, suite à la seconde QPC avait lui-même été annulé par le conseil constitutionnel pour les motifs précédemment évoqués. Mais seulement 46% des établissements ont affirmé appliquer la loi en totalité. Parmi les établissements appliquant même partiellement le texte, 87% déclaraient réaliser deux évaluations par 24 heures pour l'isolement et 70% deux évaluations par 12 heures pour la contention, les modalités étant variables, impliquant plus ou moins le recours aux internes, et le mode distanciel (notamment réévaluation par téléphone dans de nombreux cas). Sur la question de la permanence des soins, seulement 8% des établissements avaient pu l'amplifier par gardes ou demi-gardes senior, avec notamment le problème du week-end. Les cas de mainlevées par le JLD à cette époque-là se concentraient sur trois motifs : défaut ou insuffisance de motivation des décisions initiales ou de prolongation, délai de saisine et absence de décision de prolongation. Concernant les cas de répétition de la mesure à moins de 48 heures, la quasi-totalité des décisions de mainlevée intervient sur les motifs de forme ou d'insuffisance de motivation or, en l'occurrence, les éléments nouveaux sont souvent difficiles à trouver entre deux mesures d'isolement ou de contention successives¹⁰¹⁵.

¹⁰¹³ Enquête Flash – AdESM et Conférence Nationale des PCME de CHS, mars 2022, « Conditions de mise en oeuvre de la loi n°2022-46 du 22 janvier 2022 sur l'isolement et la contention. » : <https://cme-psy.fr/enquete-flash-adesm-et-conference-nationale-des-pcme-de-chs/>

¹⁰¹⁴ *Ibid*

¹⁰¹⁵ Op. cit., C. BARTHELEMY, « Urgence de l'urgence », *L'information Psychiatrique*, vol 82, n°7, septembre 2006 553-555 ; ATIH « chiffres clés de l'hospitalisation », www.atih.santé.fr

547. Un autre point de discorde, qui risque d'être gênant dans la mise en pratique de la réforme, concerne l'obligation d'information du patient et de ses proches. L'information n'est évidemment pas toujours évidente, dans la mesure où le malade est parfois dans l'incapacité de la recevoir (état de crise). Mais délivrer cette information aux proches n'est pas simple non plus. En effet, certains patients ont un entourage familial et amical trouble, voir quasi inexistant. Lorsque le patient est hospitalisé à la demande d'un tiers, ce dernier peut demeurer la personne à prévenir s'il s'agit d'un proche du malade, mais ça n'est pas toujours le cas. En outre, lors de mesures d'isolement et de contention, le patient est d'autant moins en capacité d'éclairer le praticien sur les individus à prévenir, sans oublier le roulement des équipes qui ne facilite pas toujours la communication entre collègues sur ce point.

548. Autre problématique, le cas d'un patient primo-arrivant en hospitalisation sans consentement. En effet, lorsqu'il est inconnu du service, le placement à l'isolement ou à la contention est parfois inévitable et surtout sécuritaire, dans la mesure où l'on ne connaît pas le malade et ses réactions. Les services d'urgences sont d'ailleurs souvent les premiers « responsables » des contentions exercées sur ces malades psychiatriques. Mais comment les blâmer ? Les urgences sont déjà saturées, les sous-effectifs hospitaliers sont incontestables et le service reste ouvert, ce qui pose problème lorsque le patient est dangereux pour lui-même ou pour les autres et qu'il doit rester en surveillance avant hospitalisation le plus souvent.

549. Finalement, le terme de « justice procédurale » a fait l'objet de beaucoup de travaux judiciaires sur les questions de soins sans consentement. Il s'agit d'une justice issue d'une idée d'équité dans les processus mis en œuvre dans l'étude et la résolution des conflits¹⁰¹⁶. C'est un concept davantage philosophique que juridique mais qui donne un cadre intéressant d'amélioration de la justice dans la pratique quotidienne qu'en ont les professionnels du droit.¹⁰¹⁷ L'importance, surtout pour le patient en psychiatrie, c'est d'avoir l'impression que ces décisions de contraintes sont justes : la décision de justice peut aider à cela¹⁰¹⁸. Parmi les multiples critères, qui diffèrent suivant le secteur du droit concerné, il en existe deux principaux en droit médical (et a fortiori en psychiatrie), plus centrés sur un point de vue éthique et organisationnel que juridique d'ailleurs, fondent le principe d'une justice procédurale convaincante. Le premier relève du caractère équitable de cette justice, et le second, de l'écoute. En effet, il faut d'abord s'assurer de l'équitabilité de cette justice. Mais qu'est-ce que l'équité quand il n'y a pas de contradiction. La contradiction est formelle mais lorsque l'on assiste aux

¹⁰¹⁶ J. RAWLS, « Une théorie de la justice », Harvard University Press, 1971

¹⁰¹⁷ C. ARGYRIS, R. PUTMAN & D. McLAIN SMITH, *Action Science: Concepts, Methods, and Skills for Research and Intervention*, San Francisco, Jossey-Bass Publishers, 1985 ; C. ARGYRIS, « Organizational learning and management information systems », *Accounting, Organizations and Society*, vol. 2, no 2, 1er janvier 1977, p. 113-123

¹⁰¹⁸ L. KAPLOW, « La valeur de l'exactitude dans l'arbitrage : une analyse économique », n°23, *Journal of Legal Studies*, 307, 1994.

audiences du JLD, on voit bien que le Ministère public n'est pas là, le représentant de l'établissement non plus, le psychiatre pas plus, le patient – sauf à considérer qu'il ait droit à l'aide juridictionnelle - doit payer l'avocat qu'il n'a pas demandé et pour se défendre d'une procédure qu'il subit : le sentiment d'équité procédurale n'est pas là¹⁰¹⁹.

550. La question de l'écoute, deuxième critère de la justice procédurale, est là aussi très discutable. On reconnaît, bien sûr, le souci d'écoute des acteurs, soignants comme juristes. Mais la procédure en elle-même rend cette écoute parfois bien difficile. « *Je ne peux pas me pencher sur l'histoire de chaque patient pendant l'audience. Je n'en ai pas le temps et de toute façon ça ne m'est d'aucune utilité. Je dois examiner la procédure par le patient, je ne suis pas médecin. Ça sera pire encore dans le cas d'un contrôle des mesures d'isolement et de contention : on suppose que le patient n'y est pas pour rien, donc ça me paraît compliqué de discuter avec quelqu'un qui est mal alors que les médecins eux-mêmes n'y arrivent pas toujours dans ces circonstances.* »¹⁰²⁰ La confiance qui peut d'ordinaire se nouer entre le justiciable et le système judiciaire est, de fait, bien fragile en l'espèce.

551. Est-ce que la procédure, telle qu'elle existe maintenant pour l'isolement et la contention, permet de mettre en évidence un intérêt sincère pour toutes les parties ? Éthiquement parlant, la vraie question est peut-être de savoir si les patients concernés par ces mesures d'isolement et de contention ont réellement perdu leur capacité complète de discernement. L'enjeu de la prise en charge psychiatrique, au travers des mesures d'isolement et de contention mais également au sens large, est finalement de revisiter les droits humains, non plus de dire qu'il y a les « capables » et les « vulnérables », mais de privilégier une écoute totale et aussi poussée que possible des souhaits, volontés et préférences des individus en situation de soins sous contrainte, et particulièrement à l'isolement et la contention. Est-ce que l'écoute est bien au centre de la prise en charge psychiatrique dans le cadre des soins sans consentement ? En outre, au-delà des évolutions juridiques récentes concernant l'encadrement des mesures d'isolement et de contention en psychiatrie, la véritable question sous-jacente concerne le fait de perpétuer ou non leur usage dans un futur proche. En effet, « *La Nouvelle Zélande prévoit d'abandonner le recours à l'isolement et à la contention en 2020, la Suisse commence à ne plus l'utiliser ; la Finlande, l'Islande et bien d'autres pays ont interdit ces mesures depuis plusieurs années. Ces expériences internationales nous montrent que la réflexion sur la réduction de ces pratiques est développée et nous prouvent que l'isolement et la contention ne sont pas des outils de soin*

¹⁰¹⁹ J. CLOUTIER, « *La perception de justice procédurale : quand le « qui » influence le « comment »* », Doctorat en administration de l'Université du Québec à Montréal, 2003

¹⁰²⁰ Interview Justine AUBRIOT, JLD

indispensables en psychiatrie »¹⁰²¹. Il est donc légitime de se poser la question d'un remaniement futur des pratiques de « soins » en psychiatrie française.

¹⁰²¹ L. ROHR, avec J-P. LANQUETIN, « Le moindre recours à l'isolement et à la contention », rapport infirmier hospitalier, CH Saint-Cyr au Mont d'Or, 3 aout 2018

PARTIE III. LE RESPECT DE LA LIBERTÉ D'ALLER ET VENIR DU PATIENT EN PSYCHIATRIE : UNE CONCILIATION COMPLEXE AVEC LA SÉCURITÉ PUBLIQUE

552. Le respect de la liberté d'aller et venir du patient est un enjeu constant dans le secteur psychiatrique. Si la restriction de cette liberté d'aller et venir peut émaner du patient lui-même¹⁰²², elle résulte surtout des soins sans consentement, qu'il s'agisse de l'hospitalisation complète ou des mesures d'isolement et de contention, sujettes à des évolutions législatives récentes¹⁰²³. Au vu de l'analyse réalisée jusqu'ici, il semble établi que cette restriction de la liberté d'aller et venir du patient soit inévitable dans le cadre de certaines formes de prise en charge, et le plus souvent, tout à fait bénéfique pour le malade. Rappelons en effet que la certains soins jugés coercitifs permettent par exemple aux patients de recouvrer leurs esprits lors d'une crise, de se recentrer et d'avoir conscience de leur état¹⁰²⁴.

553. Cependant, la question de la restriction parfois excessive de la liberté d'aller et venir a évolué à partir de 2005 et jusqu'en 2011 (poursuivie par la suite de manière moins pugnace), années marquant une série de faits divers, à l'origine de réactions médiatiques de grande envergure, mettant en cause la psychiatrie et l'aspect sécuritaire de ses services hospitaliers notamment. Cet enchaînement dans l'actualité quotidienne des français a entraîné une réaction dans les plus hautes sphères étatiques. Le discours du Président Sarkozy prononcé à Antony, dans ce cadre, en décembre 2008, était annonciateur d'un débat tumultueux entre les « hyper-sécuritaires », prônant un durcissement des mesures de sécurité au sein de l'hôpital psychiatrique public, et les soignants (le plus souvent), arguant que des faits divers isolés ne devaient pas servir de cheval de Troie pour un durcissement de l'encadrement hospitalier des malades. Parmi les quelques études qui ont été réalisées concernant les pratiques de restriction de la circulation des patients dans les services psychiatriques, la majorité démontre une constatation grandissante de la fermeture des services dit « ouverts » et parfois une réduction importante du nombre d'autorisations de sortie délivrées¹⁰²⁵.

554. Cette mutation, opérée par le législateur (probablement sous l'influence des politiques et des médias¹⁰²⁶), dans la manière de penser le patient et sa prise en charge médicale en psychiatrie ainsi que la place de plus en plus prépondérante laissée à la prévention pour garantir la sécurité publique a forgé un modèle psychiatrique français tout autant sécuritaire et efficace

¹⁰²² Cf Partie 1 Titre 1 de la présente thèse

¹⁰²³ Cf Partie 2 Titre 2 de la présente thèse

¹⁰²⁴ Point de vue soutenu par Marie-France CALLU, membre de divers comités d'éthiques, par le Dr LAMOTHE, le Dr CANTERINO, le Dr CLAUDEL, psychiatres, par Monsieur Christian VAYSSE et Madame Sophie DELANNE, IDE en psychiatrie : cf retranscription de leurs entretiens, cf Annexes 38, 30, 31, 29, 35 et 32

¹⁰²⁵ Cf Partie 3 Titre 1 Chapitre 2 de la présente thèse ;

¹⁰²⁶ Cf Partie 3 Titre 1 Chapitre 1 de la présente thèse.

que liberticide et critiquable¹⁰²⁷. Cette crainte du risque, notamment concernant le retour à la vie civile du malade, à la suite de son hospitalisation en service psychiatrique (le plus souvent sous contrainte) questionne la juste balance entre garantie de la liberté d'aller et venir du patient en psychiatrie et garantie de la sécurité publique dans le modèle français actuel (Titre 1), ainsi que la nécessité d'une refonte dudit système étant donné ses failles apparentes (Titre 2).

¹⁰²⁷ S. MISSONNIER, « Prolegomènes à un consentement mutuellement éclairé », *op. cit.*, p. 177 à 180 ; B. ELGER, *Le paternalisme médical*, Ed. Médecine et hygiène, Chêne-Bourg, Suisse, 2010 ; G. MEMETEAU, « Eloge du paternalisme médical », *R.G.D.M.*, n°62, mars 2017, p 117 à 132 ; E. BUREAU & J. HERMANN-MESFEN, « Les patients contemporains face à la démocratie sanitaire », *Anthropologie & santé*, 2014, p. 2 à 15. ; B. PELLIGRINI, « Logique préventive et droits des libertés publiques », *La revue lacanienne*, 2007, n°1, p. 82 à 85.

Titre 1. Une conciliation actuelle en faveur de la sécurité publique

555. « La Liberté d'aller et venir en psychiatrie, entre l'exigence de la loi, l'éthique et la réalité des pratiques » : en 2004, la Fédération hospitalière de France avait organisé une conférence de consensus sur cette thématique¹⁰²⁸. Les années 2000 ont effectivement connu une recrudescence des phénomènes de fermeture des services psychiatriques, probablement liée à l'enchaînement de faits divers violents ayant touché ce secteur médical. La question de l'ordre public comme élément nécessaire à l'hospitalisation sans consentement d'un patient atteint de trouble mental peut poser question. En effet, l'article L. 3213-1 du CSP dispose qu'un individu peut faire l'objet d'un arrêté d'admission en soins psychiatriques seulement si ses « *troubles mentaux nécessitent des soins et compromettent la sûreté des personnes ou portent atteinte, de façon grave, à l'ordre public* ». Légitimement, bon nombre de psychiatres soutiennent que ce critère de l'ordre public devrait être retiré de la loi, seul devant être conservé la nécessité de soins pour le patient. Cependant, la Cour européenne des droits de l'homme considère que l'hospitalisation sous contrainte ne viole pas la Convention européenne de sauvegarde des droits de l'homme et des libertés fondamentales, dans le cas où il existe des troubles mentaux réels justifiant cet internement forcé¹⁰²⁹. Ladite Convention rappelle en effet que la privation de la liberté d'aller et venir est une mesure grave au regard des droits et libertés fondamentales qui ne peut être justifiée que lorsque d'autres mesures moins liberticides s'avèrent impossibles et que l'intérêt personnel de l'individu ou l'intérêt public sont mis en péril¹⁰³⁰. Ainsi, dans un arrêt du 2 octobre

¹⁰²⁸ D. CAUSSE et al., *Liberté d'aller et venir dans les établissements sanitaires et médico-sociaux*, ANAES et FHF, éd. ENSP, 2005

¹⁰²⁹ Cour européenne des droits de l'homme, *Pleso c. Hongrie*, 41248/08, 2 octobre 2012

¹⁰³⁰ Article 5 de la Convention européenne de sauvegarde des droits de l'homme et des libertés fondamentales: « 1. Toute personne a droit à la liberté et à la sûreté. Nul ne peut être privé de sa liberté, sauf dans les cas suivants et selon les voies légales : a) s'il est détenu régulièrement après condamnation par un tribunal compétent ; b) s'il a fait l'objet d'une arrestation ou d'une détention régulières pour insoumission à une ordonnance rendue, conformément à la loi, par un tribunal ou en vue de garantir l'exécution d'une obligation prescrite par la loi ; c) s'il a été arrêté et détenu en vue d'être conduit devant l'autorité judiciaire compétente, lorsqu'il y a des raisons plausibles de soupçonner qu'il a commis une infraction ou qu'il y a des motifs raisonnables de croire à la nécessité de l'empêcher de commettre une infraction ou de s'enfuir après l'accomplissement de celle-ci ; d) s'il s'agit de la détention régulière d'un mineur, décidée pour son éducation surveillée ou de sa détention régulière, afin de le traduire devant l'autorité compétente ; e) s'il s'agit de la détention régulière d'une personne susceptible de propager une maladie contagieuse, d'un aliéné, d'un alcoolique, d'un toxicomane ou d'un vagabond ; f) s'il s'agit de l'arrestation ou de la détention régulières d'une personne pour l'empêcher de pénétrer irrégulièrement dans le territoire, ou contre laquelle une procédure d'expulsion ou d'extradition est en cours. 2. Toute personne arrêtée doit être informée, dans le plus court délai et dans une langue qu'elle comprend, des raisons de son arrestation et de toute accusation portée contre elle. 3. Toute personne arrêtée ou détenue, dans les conditions prévues au paragraphe 1.c) du présent article, doit être aussitôt traduite devant un juge ou un autre magistrat habilité par la loi à exercer des fonctions judiciaires et a le droit d'être jugée dans un délai raisonnable, ou libérée pendant la procédure. La mise en liberté peut être subordonnée à une garantie assurant la comparution de l'intéressé à l'audience. 4. Toute personne privée de sa liberté par arrestation ou détention a le droit d'introduire un recours devant un tribunal, afin qu'il statue à bref délai sur la légalité de sa détention et ordonne sa libération si la détention est illégale. 5. Toute personne victime d'une arrestation ou d'une détention dans des conditions contraires aux dispositions de cet article a droit à réparation. »

2012¹⁰³¹, la CEDH avait justement constaté une violation de l'article 5 de la Conv.EDH dans la mesure où l'individu avait été hospitalisé sans consentement sans qu'aucun danger imminent pour lui-même ou autrui n'ait été relevé. La notion de trouble à l'ordre public est reconnue et acceptée par le droit européen ; le droit français peut donc en justifier l'utilisation. La difficulté réside dans la balance à réaliser entre une restriction de la liberté d'aller et venir du patient justifié par son propre intérêt et par la garantie de la sécurité publique, et une atteinte disproportionnée à cette liberté, au détriment du patient mais en faveur de la sécurité publique. Le problème est d'autant plus complexe qu'il implique un impact potentiellement direct sur la société en général, la garantie de la sécurité publique étant une prérogative de droit public que chaque citoyen est en droit d'exiger. Étant donné ce statut, les enjeux de sécurité publique sont au cœur des programmes électoraux et l'influence des politiques peut se faire ressentir dans les orientations du législateur en santé mentale. De même, les médias sont impliqués au travers de l'image qu'ils véhiculent du secteur psychiatrique auprès du grand public, dont la sécurité est en jeu, rappelons-le (Chapitre 1). Ce climat d'angoisse autour d'une potentielle dangerosité des malades mentaux ou, tout du moins, d'une mise en danger de la sécurité publique a engendré un durcissement de l'encadrement psychiatrique au sein des établissements hospitaliers notamment : augmentation du recours à des mesures de contrainte, surveillance des patients flirtant avec les limites de la légalité, etc. A cela s'ajoutent des problèmes architecturaux (manque de places, manque de lits, vétusté des services) et administratifs (effectifs insuffisants)¹⁰³². Bien que de nouveaux services et formes de prise en charge (notamment en médecine de ville) aient été créés pour alléger l'hôpital psychiatrique, le système français reste largement critiquable (Chapitre 2).

¹⁰³¹ Op. cit. : Cour européenne des droits de l'homme, *Pleso c. Hongrie*, 41248/08, 2 octobre 2012

¹⁰³² P. BANTMAN, « La Liberté d'aller et venir en psychiatrie. Entre l'exigence de la loi, l'éthique et la réalité des pratiques. Cinq ans après la conférence de consensus, ou en sommes-nous ? », *L'information psychiatrique*, vol. 86, n° 4, 2010, p. 293 à 297.

Chapitre 1. Les choix du législateur suite à des faits divers marquants

556. La question de la prise en charge des personnes atteintes de troubles mentaux constitue un défi complexe pour nos sociétés contemporaines, soulevant des préoccupations majeures et de profondes réflexions éthiques. Deux aspects essentiels de cette problématique se détachent : explorer l'ambivalence croissante qui caractérise notre approche envers les personnes atteintes de troubles mentaux, et l'impact significatif des faits divers tragiques et des mesures législatives sur la liberté d'aller et venir des patients atteints de troubles mentaux. En effet, d'un côté, il y a une quête fondamentale de bien-être et de dignité pour les patients atteints de troubles mentaux qui passe par le respect de leurs droits et libertés, dans une perspective de réhabilitation et de réintégration dans la société. De l'autre, il existe une préoccupation évidente quant à la sécurité publique, poussant à des mesures de confinement ou de surveillance accrue. Dans cette section, nous examinerons les dilemmes, les défis, et les évolutions récentes qui émergent de cette ambivalence, cherchant à trouver un équilibre entre ces impératifs contradictoires (Section 1). Il est également nécessaire de se pencher sur la responsabilité des acteurs politiques et des médias sur la manière dont ces événements sont abordés, discutés et comment ils influencent les décisions politiques et juridiques. Cette analyse permettra de comprendre comment les médias et les politiques peuvent jouer un rôle essentiel dans la perception publique de ces questions et comment ils contribuent à façonner les enjeux juridiques des politiques de santé mentale (Section 2).

557. L'exploration de ces deux aspects engage un débat complexe et nécessaire qui touche à la fois aux droits fondamentaux des individus et à la sécurité collective de notre société. Ce dialogue vise finalement à encourager une réflexion approfondie sur la manière dont nous pouvons mieux concilier la recherche du bien-être des patients du secteur psychiatrique avec la garantie de la sécurité publique, tout en évaluant le rôle des médias et des politiques dans cette équation complexe.

Section 1. Garantir la sécurité publique : enjeu politico-juridique primant sur la liberté d'aller et venir du patient

558. Une brève analyse historique a déjà été développée dans la présente thèse¹⁰³³, permettant de mettre en évidence l'évolution de la prise en charge psychiatrique, en théorie (au travers des textes juridiques) et en pratique (dans le cadre des soins, hospitaliers notamment). Afin de comprendre le contexte actuel et le climat conflictuel entre garantie de la sécurité publique et prise en compte de la liberté d'aller et venir des malades psychiatriques, il convient de s'intéresser plus particulièrement aux dernières évolutions législatives intrinsèquement liées

¹⁰³³ Cf Introduction de la présente thèse

aux faits divers, particulièrement depuis les années 1950 (Paragraphe 1). Mais c'est plus particulièrement à partir du milieu des années 2000 que le volet sécuritaire se fait de plus en plus présent dans l'évolution législative impactant la prise en charge psychiatrique (Paragraphe 2).

Paragraphe 1. La volonté de garantir la liberté d'aller et venir du patient en psychiatrie, un objectif ardu face aux objectifs sécuritaires du gouvernement français

559. Exception faite de la Circulaire de 1956¹⁰³⁴, le souci sécuritaire se retrouve dans la majorité des textes des années 1950¹⁰³⁵. Ainsi, la circulaire du 5 juin 1950 prévoyait des subventions afin de construire des équipements dédiés au traitement des « malades mentaux difficiles », la loi du 15 avril 1954, le traitement des « alcooliques dangereux pour eux-mêmes ou pour autrui », et la réforme du Code de procédure pénale clarifie l'accessibilité à une sanction pénale dans le cadre d'infraction ou crime perpétré par un malade mental¹⁰³⁶. Ces textes semblent alors s'inscrire dans une logique de contrôle social et sécuritaire uniquement. L'évolution des textes se font de plus en plus en faveur de la sécurité publique, au détriment de la liberté d'aller et venir du patient. Des années 1960-1970 (A), 1980 (B) et 1990 jusqu'au milieu des années 2000 (C), ils démontrent la complexité du dialogue entre nécessaire préservation de la sécurité publique et garantie de la liberté d'aller et venir du patient en psychiatrie.

A. Les années 1960-1970 : prévenir et éviter l'hospitalisation sans consentement

560. Les années 1960 marquent une évolution des textes juridiques vers une double tendance qui persiste encore actuellement. Il s'agit désormais de prévenir et d'éviter au maximum l'hospitalisation (ou la réhospitalisation) tout en garantissant la continuité des soins. A ce titre, la Circulaire du 15 mars 1960¹⁰³⁷ évoque en profondeur les prises en charge en hôpital de jour, en foyer de post-cure, la gestion des ateliers protégés, s'inscrivant pleinement dans la logique de prévention et de gestion des soins hors cadre hospitalier, précédemment citée. Puis, la

¹⁰³⁴ Circulaire du 24 mars 1956, concernant l'établissement du deuxième plan d'équipement sanitaire. Elle préconise, entre autres, la création de dispensaires d'hygiène mentale et l'ouverture de *homes* de post-cure.

¹⁰³⁵ Circulaire n°109 du Ministère de la Santé Publique du 5 juin 1950 ; la loi du 15 avril 1954 prévoyant le traitement des « alcooliques dangereux pour eux-mêmes ou pour autrui » ; Code de procédure pénale de 1958

¹⁰³⁶ GUIBET LAFAYE C., « Entre défense des droits et logique sécuritaire : le traitement politique du psychiatrique aux prises avec les faits divers », *Tétralogiques*, 2017, Troubles de la personne et clinique du social, 22, pp.461-489. fhal-01566376f

¹⁰³⁷ Circulaire du 15 mars 1960, relative au programme d'organisation et d'équipement des départements en matière de lutte contre les maladies mentales. Chapitre 3, I : « Ainsi est réalisée de la façon la plus satisfaisante la continuité des soins ; chaque fois que cela est possible, l'hospitalisation ou la réhospitalisation est évitée ; l'insertion ou la réinsertion du malade est faite dans les meilleures conditions, grâce à la connaissance que l'équipe médico-sociale a pu acquérir, non seulement du malade, mais encore du milieu économique et social du secteur et, notamment, des ressources de logement et des diverses possibilités d'emploi qu'il offre. »

question du handicap en psychiatrie a été prise en compte, à juste titre, au travers de la loi du 3 janvier 1968¹⁰³⁸.

561. Les années 1960 puis 1970 marquent ainsi l'ouverture de l'hôpital psychiatrique sur la ville (continuité des soins, prise en charge hors cadre hospitalier), la mise en place d'une sectorisation des services psychiatriques afin de traiter les patients par degré de « gravité » et, de fait, de « dangerosité ». D'ailleurs, cette pseudo psychose persistante vis-à-vis du malade dangereux, mêlée aux réformes civiles et pénales précédemment citées a abouti à la reconnaissance d'une nouvelle catégorie d'individus, les détenus souffrant de troubles psychiques et de nouvelles structures pour les accueillir. C'est ainsi que la circulaire du 30 juillet 1967 est venue créer les Centres Médico-Psychologiques Régionaux (CMPR), aujourd'hui rebaptisés Services Médico-Psychologiques Régionaux (SMPR). Le personnel hospitalier y est placé sous la direction du chef d'établissement pénitentiaire. Dans la continuité, la loi du 3 janvier 1968 va plus loin dans la prise en compte de l'état psychologique du malade lors d'un passage à l'acte à caractère pénal ; celui-ci peut être reconnu irresponsable pénalement, mais peut engager sa responsabilité civile¹⁰³⁹.

562. Toujours dans cette recherche de garantie de la sécurité publique ou, en cas d'échec, de garantie de justice vis-à-vis de la victime d'un malade psychiatrique, la loi du 17 juillet 1970 dispose qu'une ordonnance de non-lieu est désormais susceptible d'appel de la victime (partie civile)¹⁰⁴⁰. L'étendue du droit va plus loin encore avec la circulaire du 4 septembre 1970, en incluant la lutte contre les maladies mentales, la toxicomanie et l'alcoolisme dans les bases du service public¹⁰⁴¹. Sorte de catalogue, finalement assez bref = où se situe la liberté d'aller et venir ?

B. Les années 1980 : amorce d'un durcissement sécuritaire dans la prise en charge psychiatrique

563. Les années 1980 marquent une avancée conséquente dans la législation du secteur psychiatrique, ainsi que dans l'organisation de la sectorisation. La loi du 2 février 1981¹⁰⁴² est venue rappeler la problématique sécuritaire liée à la gestion des malades psychiatriques (notamment les plus « dangereux »). Cette même loi introduit la thématique de récidive de ces

¹⁰³⁸ Loi n°68-5 du 3 janvier 1968, portant réforme du droit des incapables majeurs, dite « loi sur les tutelles et curatelles ».

¹⁰³⁹ Article 489-2 du Code civil : « Celui qui a causé un dommage à autrui alors qu'il était sous l'empire d'un trouble mental n'en est pas moins obligé à réparation. »

¹⁰⁴⁰ Loi n° 70-643 du 17 juillet 1970 tendant à renforcer la garantie des droits individuels des citoyens

¹⁰⁴¹ Circulaire du 4 septembre 1970, étendant l'action du secteur, base du service public dans la lutte contre les maladies mentales, à l'alcoolisme et à la toxicomanie.

¹⁰⁴² Loi du 2 février 1981, dite « loi de Sécurité et liberté » (cf Titre I, Chapitre 1)

patients et approfondit les dispositions relatives aux droits des victimes. Mais cette loi contribue également au respect des droits des personnes hospitalisées sous contrainte dans la mesure où elle impose au président du TGI l'organisation d'un débat contradictoire et le rendu d'une décision motivée, lorsqu'il est saisi d'une demande de mainlevée d'une hospitalisation sans consentement. La loi autorise ledit président, par la même occasion, à contrôler l'action de l'administration hospitalière. De fait, le juge judiciaire n'a plus seulement à s'assurer que l'hospitalisation contrainte est bien médicalement justifiée, mais également qu'elle est proportionnée compte tenu de l'état du malade¹⁰⁴³. Cette omniprésence de l'objectif sécuritaire dans le climat politique français, et la recherche progressive de proportionnalité dans le traitement prodigué ou imposé aux malades psychiatriques, ont abouti notamment, outre la création des SMPR en 1986¹⁰⁴⁴, à l'organisation des Unités pour malades difficiles (UMD)¹⁰⁴⁵.

564. En parallèle de cette recherche de sécurité publique dans le cadre de la prise en charge psychiatrique, une dichotomie existe entre les droits du patient psychiatrique et les droits des usagers. L'arrêt Brousse rappelle notamment qu'une personne majeure atteinte d'une maladie mentale ne peut pas être retenue contre sa volonté dans un établissement hospitalier spécialisé plus d'un certain délai, considéré comme strictement nécessaire à la mise en œuvre d'un internement d'office ou d'un internement volontaire, dans les conditions prévues alors par le Code de la santé publique. Dans le cas d'espèce, la famille de la patiente concernée refusait de demander son placement volontaire ; dans la mesure où les médecins psychiatres de l'établissement estimaient que son maintien était nécessaire, dans l'intérêt de la patiente et pour raison de sécurité vis-à-vis des tiers, l'administration de l'hôpital psychiatrique a donc dû demander le maintien de l'internement auprès du préfet, détenteur de ce pouvoir en vertu de l'article L.350 du CSP, en vigueur à l'époque de cet arrêt. Dès lors, cette décision de maintien émanant de l'autorité préfectorale constitue une voie de fait ; cet arrêt reconnaît donc l'existence d'une liberté décisionnelle au patient psychiatrique, excepté lorsque son état ne le lui permet pas (ou ne permet pas de respecter sa volonté)¹⁰⁴⁶. La loi du 27 juin 1990 consacre, quant à elle, les mêmes droits et libertés à tous les patients, y compris les patients en psychiatrie ; elle permet ainsi une autre vision du patient en psychiatrie en l'extrayant du cadre du handicap dans lequel la loi du 3 janvier 1968 le maintenait.

C. Les années 1990-2000 : lutter contre une sécurité publique excessive au détriment de la liberté d'aller et venir du patient

¹⁰⁴³ Rapport au Sénat dans le cadre du « Projet de loi relatif aux droits et à la protection des personnes faisant l'objet de soins psychiatriques et aux modalités de leur prise en charge »

¹⁰⁴⁴ Décret n°86-602 du 14 mars 1986, relatif à la lutte contre les maladies mentales et à l'organisation de la sectorisation psychiatrique ; la création des SMPR : Cf Chapitre 2 Section 2 du présent Titre

¹⁰⁴⁵ Cf Chapitre 2 Section 2 du présent Titre

¹⁰⁴⁶ CE, 18 octobre 1989, dit « arrêt Brousse »

565. Les années 1990 marquent un tournant dans la manière de penser l'hôpital psychiatrique ; la volonté de respecter les droits et libertés des patients¹⁰⁴⁷ et l'idée d'une ouverture de ces établissements sur la ville¹⁰⁴⁸ se confrontent avec la gestion du risque de sécurité publique lié aux agissements de ces patients particuliers, car potentiellement dangereux. Il est cependant de plus en plus question d'intégrer le malade psychiatrique au sein de la société. Par exemple, la loi du 10 juillet 1989 propose un programme de réhabilitation des malades mentaux dans la société par le biais d'un placement en famille d'accueil au sortir de l'hospitalisation notamment¹⁰⁴⁹. La notion de « réseau de soins » est également importante dans ce contexte d'évolution de la prise en charge psychiatrique. Il est question de construire un réseau qui permette de garantir à la fois la prise en charge du patient dans le respect (autant que faire se peut) de ses droits et libertés, tout en assurant un parcours de soin en amont et surtout en aval de l'hospitalisation qui garantisse la sécurité publique : « réseaux de soins préventifs, curatifs, palliatifs ou sociaux »¹⁰⁵⁰. Enfin, cette volonté de reconnaissance des droits et libertés des patients psychiatriques s'étend jusque dans le milieu carcéral et normalise ainsi la prise en charge psychiatrique, quel que soit le contexte¹⁰⁵¹. Cependant, comme évoqué précédemment, cette volonté d'ouverture des établissements psychiatriques (et, en même temps, de la prise en charge) sur la ville ne va pas sans celle de garantir la sécurité publique. La loi du 17 juin 1998¹⁰⁵² en est un parfait exemple ; elle implique un changement dans la pratique de l'expertise psychiatrique dans la mesure où, conçue initialement comme une évaluation psychiatrique de responsabilité, elle lui assène un objectif tout autre : estimer le risque de récidive post-sentencielle du malade.

566. Ainsi, la fin des années 1990 et les années 2000 apportent une double perception du malade psychiatrique : il est désormais perçu à la fois comme un « usager » disposant de droits et libertés identiques aux autres usagers - et, par extension, aux patients des autres secteurs médicaux - et à la fois comme un « patient » à part entière, dont on mesure principalement le risque de récidive pouvant porter atteinte à la sécurité publique. C'est dans ce contexte dichotomique persistant et de plus en plus pesant, qu'est notamment promulguée la loi du 4

¹⁰⁴⁷ Circulaire du 19 juillet 1993, dite Circulaire Weil, rappelant que l'hospitalisation sans consentement n'est plus la norme mais l'exception ; Circulaire DGS/DH n°95-22 du 6 mai 1995, relative aux droits des patients hospitalisés ; Jugement du TA de Caen du 25 juin 1997, d'annulation d'une décision d'hospitalisation sans consentement à la demande d'un tiers (HDT) au motif que ladite demande émanait d'une secrétaire de l'établissement hospitalier qui ne présentait de lien réel avec le patient concerné.

¹⁰⁴⁸ Cette volonté émane du projet de circulaire DH/E04/DGS/SP3/98 relative à l'évolution du dispositif de soins en psychiatrie.

¹⁰⁴⁹ Loi n°89-475 du 10 juillet 1989, relative à l'accueil par des particuliers, à leur domicile, à titre onéreux, de personnes âgées ou handicapées adultes.

¹⁰⁵⁰ Circulaire du 25 novembre 1999

¹⁰⁵¹ Loi n°94-43, du 18 janvier 1994

¹⁰⁵² Loi n° 98-468 du 17 juin 1998, relative à la prévention et à la répression des infractions sexuelles ainsi qu'à la protection des mineurs

mars 2002¹⁰⁵³. Désormais, les patients en psychiatrie peuvent notamment avoir accès à leur dossier médical ; un rappel du droit du malade à l'information. Cependant, une différence avec les autres patients reste de mise, puisque la présence d'une tierce personne peut être imposée au patient pris en charge en psychiatrie, si son état mental le nécessite (risque paranoïaque par exemple). Le législateur y rappelle également que le principe en matière psychiatrique reste le recueil du consentement libre et éclairé du malade, que le patient dispose du même droit à indemnisation que dans les autres services de santé, ainsi que d'une facilité de recours s'il le souhaite. La jurisprudence favorise également le respect des droits et libertés des patients. Le Conseil d'Etat a ainsi rappelé qu'en cas d'hospitalisation sans consentement à la demande d'un tiers, le demandeur doit nécessairement avoir un lien personnel réel et antérieur à ladite demande¹⁰⁵⁴. Toujours dans cet objectif de garantie des droits et libertés du patient en psychiatrie, un nouveau contrôle par le contrôleur général des lieux de privation de la liberté a été mis en place par la loi du 30 octobre 2007¹⁰⁵⁵. Les collectivités locales semblent également vouloir prendre part à l'amélioration du sort des malades mentaux, comme en dispose la loi du 27 février 2002 qui, à travers la création obligatoire de conseils de quartier dans les collectivités territoriales de plus de 80 000 habitants, offre un cadre propice aux améliorations sociales, médico-sociales et sanitaires, notamment concernant la prise en charge des malades psychiatriques chez les particuliers¹⁰⁵⁶. Cette volonté d'intégration du malade mental dans la société est renforcée au travers de la loi du 11 février 2005¹⁰⁵⁷ qui, au travers de la notion de handicap - et de handicap mental causé par les troubles ou maladies psychiatriques -, développe les engagements similaires pris envers les malades mentaux dans les années 1960¹⁰⁵⁸. Enfin, la loi du 5 juillet 2011¹⁰⁵⁹ a indéniablement poussé le contrôle des conditions d'hospitalisation sans consentement des malades psychiatriques en instaurant le contrôle du JLD¹⁰⁶⁰. Cependant, bien que cette vision humaniste du patient psychiatrique ait été développée, qu'en est-il de la balance sécuritaire précédemment évoquée ?

Paragraphe 2. Dès le milieu des années 2000, la favorisation progressive du volet sécuritaire en santé mentale

¹⁰⁵³ Loi n° 2002-303 du 4 mars 2002, relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé, dite « loi Kouchner » ou plus rarement « loi anti-Perruche ».

¹⁰⁵⁴ CE, décision du 3 décembre 2003

¹⁰⁵⁵ Loi n° 2007-1545 du 30 octobre 2007 instituant un Contrôleur général des lieux de privation de liberté

¹⁰⁵⁶ Loi n°2002-276 du 27 février 2002, relative à la démocratie de proximité

¹⁰⁵⁷ Loi n°2005-102 du 11 février 2005, pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées.

¹⁰⁵⁸ Cf plus haut dans la présente section

¹⁰⁵⁹ 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 ; Décret n° 2011-846 du 18 juillet 2011, relatif à la procédure judiciaire de mainlevée ou de contrôle des mesures de soins psychiatriques ; Circulaire du 21 juillet 2011

¹⁰⁶⁰ Cf Partie I Titre 2 de la présente thèse

569. En effet, si les textes en faveur du respect des droits et libertés des malades sont relativement nombreux, il en va de même pour les textes favorisant la sécurité publique avant tout. Au sein de l'exploration des enjeux complexes liés à la prise en charge des patients atteints de troubles mentaux, une série d'évolutions législatives et sociétales marquantes a profondément influencé le paysage de la psychiatrie. Un enchaînement normatif évocateur est à souligner, qui a vu naître une orientation résolument axée sur la sécurité publique, souvent au détriment de la liberté d'aller et venir des patients (A). Puis à partir des années 1990, l'impact d'une « législation du fait divers » sur la psychiatrie pourra être mis en lumière, ayant entraîné un durcissement significatif des mesures de contrainte (B).

A. Orientation sécuritaire : un enchaînement normatif évocateur

570. La loi Perben I marque la création des unités hospitalières Spécialement Aménagées (UHSA), unités créées pour accueillir les détenus atteints de maladies mentales. Ces unités sont bien évidemment fermées et gérées par l'administration pénitentiaire¹⁰⁶¹. Cette nouvelle unité apporte une solution pénale à mi-chemin entre l'univers carcéral strict et l'hospitalisation psychiatrique sans consentement. La loi du 9 mars 2004¹⁰⁶² prévoit, quant à elle, un palliatif à l'ordonnance de non-lieu lorsque le mis en cause est reconnu irresponsable pénalement de ses actes¹⁰⁶³. La loi précise que, « *s'il existe des charges suffisantes établissant que l'intéressé a commis les faits qui lui sont reprochés* »¹⁰⁶⁴ alors la responsabilité civile de l'individu fautif peut être reconnue. En outre, la loi du 12 décembre 2005¹⁰⁶⁵ a également introduit la notion de placement sous surveillance électronique mobile, ainsi que le principe de surveillance judiciaire, mesures qualifiées de « mesures de sûreté ». Certes, cette loi ne s'adresse pas directement et exclusivement aux malades mentaux, mais elle démontre le climat d'anxiété concernant la volonté de garantie de la sécurité publique. Elle n'est pas la seule ; la loi du 5 mars 2007 a durci les mesures civiles et pénales en matière de répression de la délinquance¹⁰⁶⁶. Plus directement liée aux soins psychiatriques, la loi du 10 août 2007¹⁰⁶⁷ comporte un chapitre entier consacré à l'injonction de soins en cas de condamnation. Par la suite, la loi du 25 février 2008¹⁰⁶⁸ a notamment pour objectif de réduire les risques de récidive des condamnés dangereux

¹⁰⁶¹ Loi du 9 septembre 2022, dite « loi Perben I »

¹⁰⁶² Loi n°2004-204 du 9 mars 2004 portant adaptation de la justice aux évolutions de la criminalité

¹⁰⁶³ Article 122-1 du Code pénal

¹⁰⁶⁴ Article 177 du Code de procédure pénale, passage abrogé par la loi n°2008-174 du 25 février 2008

¹⁰⁶⁵ Loi n°2005-1549 du 12 décembre 2005, relative au traitement de la récidive des infractions pénales à certains crimes particulièrement graves

¹⁰⁶⁶ Loi n°2007-297 du 5 mars 2007, relative à la prévention de la délinquance

¹⁰⁶⁷ Loi n° 2007-1198 du 10 août 2007, renforçant la lutte contre la récidive des majeurs et des mineurs

¹⁰⁶⁸ Loi n° 2008-174 du 25 février 2008 relative à la rétention de sûreté et à la déclaration d'irresponsabilité pénale pour cause de trouble mental ; décret n°2008-1129 du 4 novembre 2008, relatif à la surveillance de sûreté et à la rétention de sûreté

car en proie à une maladie mentale les rendant irresponsable de leurs actes¹⁰⁶⁹. La loi du 10 mars 2010 visant à amoindrir le risque de récidive criminelle complète encore les précédentes¹⁰⁷⁰. Concernant les soins sans consentement en psychiatrie, la loi du 5 juillet 2011 revêt elle-même la double logique évoquée dans cette section. En effet, comme précédemment évoqué, elle garantit un contrôle effectif par le JLD des mesures d'hospitalisations sous contrainte (point essentiel pour garantir les droits et libertés du patient), cependant elle crée également des nouvelles formes de soins sans consentement, témoignage d'un durcissement et d'une augmentation du recours à ces mesures de soins sous contrainte, au nom de la garantie de la sécurité publique. Le législateur avait effectivement voulu créer les soins ambulatoires sans consentement. Il s'est avéré que cette nouvelle catégorie était bien difficile à mettre en œuvre dans la mesure où elle devait inévitablement débiter par une période d'hospitalisation complète sans consentement. Le but était de désengorger l'hôpital psychiatrique sans pour autant risquer de compromettre la sécurité publique. Mais cette mesure « bâtarde », à mi-chemin entre le programme de soin ambulatoire et l'hospitalisation complète n'a pas été retenue dans la loi du 27 septembre 2013¹⁰⁷¹. Cette recherche de garantie quant au maintien de la sécurité publique, que l'on pourrait qualifier de « contrôle social »¹⁰⁷² est également visible au travers de l'amendement au CSP visant à réglementer les psychothérapies¹⁰⁷³, mais aussi au travers de la loi du 30 janvier 2007 réglementant certaines professions de santé et notamment dans le secteur de la santé mentale¹⁰⁷⁴. Enfin, la loi du 27 mars 2012 prévoit dans son annexe qu' « *un nouvel établissement sera construit pour accueillir les détenus qui souffrent de graves troubles du comportement sans pour autant relever de l'internement psychiatrique, sur le modèle de l'actuel établissement de Château-Thierry. Cette structure offrira 95 places.* »¹⁰⁷⁵

571. La double logique de prise en compte des droits des patients en psychiatrie et de garantie de la sécurité publique semble donc particulièrement marquée depuis 2005 environ.

¹⁰⁶⁹ Rapport Lamanda du 30 mai 2008, « Amoindrir les risques de récidive criminelle des condamnés dangereux », Vincent LAMANDA, premier président de la Cour de cassation

¹⁰⁷⁰ Loi n° 2010-242 du 10 mars 2010 tendant à amoindrir le risque de récidive criminelle et portant diverses dispositions de procédure pénale

¹⁰⁷¹ 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

¹⁰⁷² Caroline GUIBET LAFAYE, « Entre défense des droits et logique sécuritaire : le traitement politique du psychiatrique aux prises avec les faits divers », *Tétralogiques*, n°22, *Troubles de la personne et clinique du social*.

¹⁰⁷³ Proposition d'amendement au CSP de Bernard ACCOYER, adopté le 8 octobre 2003

¹⁰⁷⁴ Loi n°2007-127 du 30 janvier 2007 ratifiant l'ordonnance n° 2005-1040 du 26 août 2005 relative à l'organisation de certaines professions de santé et à la répression de l'usurpation de titres et de l'exercice illégal de ces professions et modifiant le code de la santé publique

¹⁰⁷⁵ Loi n° 2012-409 du 27 mars 2012 de programmation relative à l'exécution des peines ; Circulaire interministérielle DGOS/R4/PMJ2/2011/105 du 18 mars 2011, relative à l'ouverture et au fonctionnement des UHSA : s'inscrit dans cette même logique de mise en oeuvre de structures sécuritaires visant à contenir les danger des individus atteints de troubles ou maladies mentales. Dans le cas de la loi de 2012, il s'agit de contenir les individus rendus dangereux par leurs comportant résultant de troubles graves d'ordre psychique. Dans le cas de la circulaire, il s'agit de contenir les individus sous écrou concernés par des troubles ou maladies mentales.

572. Néanmoins, si une place de plus en plus importante a été donnée (principalement depuis les années 2000) au volet sécuritaire, la tendance en faveur de la garantie des droits des patients n'en est pas moins écartée¹⁰⁷⁶. Il semblerait surtout que le climat sécuritaire se soit généralement accentué depuis les années 1950, gagnant en vigueur depuis et s'appliquant de manière tendancielle au secteur de la psychiatrie, étant donné ses enjeux sécuritaires évidents. Cette tendance à l'hyper-sécurité découle très probablement de l'après Seconde Guerre Mondiale ; une façon de prévenir toute atteinte à l'humanité dans son ensemble¹⁰⁷⁷. Mais il s'avère que cette articulation de la défense des droits des patients et de la garantie de la sécurité publique, découle certes de l'héritage post-guerre, mais aussi et surtout d'une réponse politique face à une accumulation de faits divers marquants impliquant des patients psychiatriques, à l'origine d'une pseudo-psychose du malade mental dès 2005.

B. Dès les années 1990 : une « législation du fait divers »

573. Comme évoqué précédemment, si le législateur a été fortement influencé par une volonté sécuritaire dans les années 2000¹⁰⁷⁸, l'influence des faits divers sur le contexte normatif - et législatif particulièrement - peut déjà être remarquée à partir des années 1990. Un premier exemple peut être considéré au travers de la circulaire Weil¹⁰⁷⁹. Elle fut publiée après l'avènement d'un incendie mortel au sein d'une unité fermée. Elle interrogeait alors le bien-fondé et la mise en œuvre des mesures d'enfermement en psychiatrie et notamment d'isolement et de contention, en ce qu'elles impliquent une restriction importante et manifestement dangereuse de la liberté d'aller et venir du patient concerné.

574. Un second exemple concerne la circulaire du 8 février 1995¹⁰⁸⁰, qui apportait des précisions sur les dispositions de la loi du 27 juin 1990 sur les questions d'irresponsabilité

¹⁰⁷⁶ Conseil constitutionnel, décision n°2010-71 QPC du 26 novembre 2010 (sur le rôle potentiel du JLD dans cadre des soins psychiatriques sans consentement, en tant que gardien des libertés individuelles) ; Loi n°2011-803 du 5 juillet 2011 disposant du contrôle par le JLD des SPDRE et des SPDT ; Loi n°2013-869 du 27 septembre 2013, Titre 1 : Renforcement des droits et garanties accordés aux personnes en soins psychiatriques sans consentement

¹⁰⁷⁷ Claude-Olivier DORON, « Une volonté infinie de sécurité vers une rupture générale dans les politiques pénales ? », Ph. CHEVALLIER et T. GREACEN, 2009, p.180 : « la mise en place de ce dispositif de sécurité qui met en son centre, comme valeur centrale sinon absolue, la sécurité des personnes et la prévention des menaces, n'est pas conjoncturelle. On pourrait croire le contraire dans la mesure où ce sont certaines affaires qui ont servi de légitimation à sa mise en place ; c'est même l'une des caractéristiques de sa construction : elle prend appui sur des drames dont l'émotion qu'ils suscitent permet d'outrepasser, dans l'urgence et la nécessité, certains principes fondamentaux des libertés publiques. »

¹⁰⁷⁸ N. KALAMPALIKIS, N. DAUMERIE, D. JODELET, 2007, « De l'effet médiatique au fait politique : la santé mentale en question », L'Information Psychiatrique, 83 (10), p. 841.

¹⁰⁷⁹ Circulaire n°48 DGS/SP3 du 19 juillet 1993, dite « circulaire Weil », portant sur le rappel des principes relatifs à l'accueil et aux modalités de séjours des malades hospitalisés pour troubles mentaux

¹⁰⁸⁰ Circulaire de la DGS n° 10 du 8 février 1995

pénale. Cette évaluation faisait suite à un meurtre commis par un malade mental, couplé à une pétition lancée à l'échelle nationale par les parents d'une autre victime d'un malade psychiatrique. *Le Monde* reprenait ainsi les principales requêtes de ladite pétition : « *réclamant que tous les « présumés coupables » soient jugés, même s'ils sont internés ensuite en hôpital psychiatrique. « Le sort du criminel décidé par la justice de la République et non uniquement par les psychiatres », déclarait la mère de la victime. »*. Dans ce même numéro, le journal supposait une corrélation entre ces faits divers et l'évolution juridique qui en découlait : « *Face au désarroi des victimes, le Parlement a donc introduit en 1995 de nouvelles dispositions sur l'irresponsabilité pénale.* »¹⁰⁸¹. Ces nouvelles dispositions impliquaient que « *Si une expertise conclut à l'abolition du discernement du mis en examen, les parties civiles peuvent désormais demander un complément d'expertise, voire une contre-expertise qui est « de droit »*. Surtout, en cas d'appel d'une décision de non-lieu, la chambre d'accusation peut, à la demande de la partie civile, entendre les experts et ordonner la comparution personnelle du mis en examen « si son état le permet ». Si la partie civile le demande, les débats se déroulent en séance publique. »¹⁰⁸²

575. Un troisième exemple peut être apporté au travers du rapport sur l'irresponsabilité pénale des malades mentaux, présenté au Sénat en février 2004, suite à la tuerie de Nanterre réalisée en mars 2002 par Richard Durn¹⁰⁸³. Ce fait divers et ce rapport ont marqué la création du fichier judiciaire national automatisé des auteurs d'infractions, au travers de la loi du 9 mars 2004¹⁰⁸⁴.

576. Un quatrième exemple, qui fut particulièrement marquant auprès de l'opinion publique, a été un enchaînement de deux faits divers violents : le drame de Pau, meurtre de deux infirmières par le malade psychiatrique Romain Dupuy, en décembre 2004¹⁰⁸⁵, et le meurtre d'un interné de l'hôpital psychiatrique de Saint-Venant par un autre patient en état de crise, le 13 janvier 2005. Ce double drame a engendré plusieurs réformes juridiques : « *Suite au drame de Pau en 2004 et au meurtre le 13 janvier 2005 d'un patient par un malade de l'hôpital psychiatrique de Saint-Venant (Pas-de-Calais), M. Philippe Douste-Blazy, ministre de la Santé*

¹⁰⁸¹ Journal *Le Monde*, édition du Jeudi 26 mars 1998, p. 8

¹⁰⁸² Ibid

¹⁰⁸³ Rapport sur « L'irresponsabilité pénale des malades mentaux », Étude de législation comparée n° 132 - février 2004

¹⁰⁸⁴ Loi n° 2004-204 du 9 mars 2004 portant adaptation de la justice aux évolutions de la criminalité

¹⁰⁸⁵ D. DELSENY & F. LOISY, « Le tueur des infirmières de Pau autorisé à quitter l'unité pour malades difficiles », *Le Parisien*, 9 juin 2002, extrait pour rappel des faits : « *Dans la nuit du 17 au 18 décembre 2004, ce jeune homme alors âgé de 21 ans, se rend à l'hôpital psychiatrique de Pau (Pyrénées-Atlantiques) et tue sauvagement deux infirmières : Lucette, 40 ans et Chantal, 48 ans. L'une d'elles est même décapitée. Ce double meurtre provoque un séisme en France, tant par sa barbarie que par la question qu'il pose sur la gestion des malades mentaux.* »

annonce un nouveau plan de santé mentale qui sera présenté le 20 avril 2005. »¹⁰⁸⁶ Ce plan psychiatrie (2005-2008) était déjà programmé, mais ces deux faits divers ont largement précipité sa préparation et sa mise en œuvre pour les objectifs de 2008¹⁰⁸⁷. D'ailleurs, les UHSA ont été créées en 2005 également. En outre, le rapport Bourgelin paraît en mars de cette même année, concernant notamment la prise en charge des délinquants dangereux¹⁰⁸⁸.

577. Un cinquième exemple peut être cité pour terminer cette série, qui regroupe une série de faits divers. Suite au rapport Bourgelin de 2005, un second rapport dit « Bourgelin, Goujon et Garraud » a été présenté le 6 juillet 2005 devant les ministres de la santé et de la justice. Ce nouveau rapport proposait un renforcement des mesures anti-récidive des délinquants déclarés irresponsables pénalement. Ce rapport a été pensé et rédigé à compter de juillet 2004, suite à une série d'affaires impliquant des délinquants en liberté conditionnelle bien que présentant des troubles ou maladies mentales mettant en cause leur responsabilité pénale¹⁰⁸⁹. Ce rapport a, par la suite, servi de base à l'élaboration de la loi du 25 février 2008¹⁰⁹⁰. Cette loi est en réaction directe aux deux non-lieux prononcés pour les affaires Dupuy et Francis Evrard (cas de récidives d'infractions sexuelles multiples)¹⁰⁹¹. Le rapport Fenech de 2007 reconnaissait d'ailleurs la réaction du législateur comme étant souvent lié à la gravité du fait divers : « *Le « non-lieu psychiatrique » requis contre l'auteur présumé du meurtre en 2004 de deux infirmières dans un hôpital psychiatrique de Pau (« Affaire Dupuy ») a quant à lui révélé les failles d'une procédure et l'incompréhension des familles des victimes devant un non-lieu qui semble nier l'existence même de leur souffrance.* »¹⁰⁹²

¹⁰⁸⁶ Journal *Le Monde*, édition du 13/05/2005

¹⁰⁸⁷ N. KALAMPALIKIS, N. DAUMERIE, D. JODELET, « De l'effet médiatique au fait politique : la santé mentale en question », *L'Information Psychiatrique*, 2007, 83 (10), p. 839

¹⁰⁸⁸ Rapport de la commission santé-justice présidée par monsieur Jean-François Burgelin, « Santé, justice et dangers : pour une meilleure prévention de la récidive », juillet 2005.

¹⁰⁸⁹ Journal *Le Monde*, édition du 28/03/2005, p.7 : « au nom des victimes, M. Burgelin reprend une proposition émise par le ministère de la justice en 2003 : il s'agit de créer une audience spécifique, permettant aux criminels déclarés irresponsables mentaux (et bénéficiant à ce titre d'un non-lieu) de se voir imputer les faits. Cette juridiction ad hoc « devrait également pouvoir se prononcer sur l'opportunité d'ordonner des mesures de sûreté à l'encontre de l'intéressé ». »

¹⁰⁹⁰ Loi n° 2008-174 du 25 février 2008, relative à la rétention de sûreté et à la déclaration d'irresponsabilité pénale pour cause de trouble mental

¹⁰⁹¹ B. BONNEAU, « Evrard: Le procès de la récidive », *Le journal du dimanche, Société*, 26/10/2009, extrait pour rappel des faits : « Francis Evrard a en effet déjà été condamné en 1975 à 15 ans de réclusion pour des attentats à la pudeur sur mineurs, en 1985 à quatre ans de prison pour des faits identiques et en 1989 à 27 ans de réclusion, dont deux tiers de sûreté, pour des viols sur deux garçons de sept et huit ans. Il est sorti du centre de détention de Caen le 2 juillet 2007, après avoir purgé la totalité de sa peine. Placé, depuis sa sortie de prison, sous le régime de la surveillance judiciaire, Francis Evrard devait être soumis à une obligation de soins, de suivi médico-psychologique et de traitement hormonal, qui n'avait pas été mise en œuvre. Un médecin de la prison de Caen –qui sera lui aussi entendu par la justice– lui avait même prescrit du Viagra. Un mois après sa libération, Francis Evrard récidivait. »

¹⁰⁹² Rapport de George Fenech, enregistré à la Présidence de l'Assemblée nationale le 12 décembre 2007, p.9

578. Ces exemples illustrent le rapport du politique et, par suite, du législateur, avec le fait divers dans le processus rédactionnel de nouvelles normes juridiques. Outre ces exemples, cette corrélation est reconnue par les dirigeants eux-mêmes. Jacqueline Fraysse évoque à ce titre « *cette impression d'une énième loi d'inspiration sécuritaire, qui découle, rappelons-le, du drame de Grenoble, lequel avait été suivi du discours du Président de la République à Antony et de la circulaire de Mme Bachelot et de M. Hortefeux sur les sorties d'essai. Ce contexte « plombe » un texte qui, pourtant, est utile.* » dans le rapport Lefranc de 2011¹⁰⁹³. De même, d'après le député Robiliard, la loi du 5 juillet 2011 succéderait directement au discours d'Antony du Président Sarkozy, avec une volonté de renforcement des conditions d'entrée et de sortie d'unité psychiatrique, de mise en place de système de géolocalisation des patients psychiatriques, de la création d'unités fermées, de chambres d'isolement et d'UMD supplémentaires, etc¹⁰⁹⁴. Cette politique orientée vers un objectif prioritaire de sécurité publique, induit inévitablement une stigmatisation progressive du malade psychiatrique et pousse à un durcissement des mesures liberticides, particulièrement au détriment de la liberté d'aller et venir du patient.

Section 2. Mesures législatives en réponse aux faits divers : la responsabilité des politiques et des médias sur la restriction de liberté d'aller et venir du patient

579. Éric MAUREL, Procureur de la République, évoquait ses difficultés concernant sa décision d'un non-lieu dans l'affaire Romain Dupuy (ce-dernier ayant été déclaré irresponsable pénalement) : « *Nous avons l'homme qu'était Romain Dupuy, un malade avec une pathologie mentale grave depuis son adolescence, qui donc devait être considéré aussi comme un malade au sens noble du terme, et puis l'immense souffrance des victimes et des familles de victimes : c'était ça qui pesait dans la balance en terme philosophique. Qu'est-ce qui devait l'emporter ? Notre société moderne tolère de moins en moins la folie. La folie n'a pas de place dans la société moderne. Le rôle du juge et de la justice est de dire, oui elle a encore sa place. Et cette place fait que, on ne pouvait pas juger Romain Dupuy parce que, médicalement, scientifiquement et donc juridiquement, je ne pouvais pas rapporter, en tant que Procureur, la preuve qu'il était en état de savoir ce qu'il faisait au moment où il avait commis ces crimes. (...) Le procureur de la République n'est pas l'avocat des victimes, il est l'avocat de la société. Et beaucoup de gens ne le comprennent pas. Mais celui qui est accusé pour son crime, Romain Dupuy, fait partie de cette société. Dans mon raisonnement, je dois prendre en considération le sort des victimes, mais aussi le sort de Romain Dupuy : rien de plus terrible que d'envoyer*

¹⁰⁹³ Rapport d'information présenté par Guy Lefranc, enregistré à la Présidence de l'Assemblée nationale le 25 mai 2011, p.50

¹⁰⁹⁴ Rapport d'information à l'Assemblée nationale n° 1662 « Santé mentale et avenir de la psychiatrie », Député Robiliard, déposé le 18 décembre 2013, p.7

des malades derrière les prisons. »¹⁰⁹⁵ Le procureur de la République avait donc requis un non-lieu pour Romain Dupuy, mais la décision finale incombe au juge d'instruction. C'est à ce moment que le politique est entré en jeu. Le 24 août 2007, le Président de la République, Nicolas Sarkozy, est en déplacement dans la région. Le mari de l'une des deux victimes fit le déplacement afin de s'adresser directement au Président dans le but d'empêcher qu'un non-lieu ne soit retenu. Nicolas Sarkozy a alors reçu les familles des victimes, en privée au commissariat de Bayonne, et est intervenu suite à cet entretien auprès de Rachida Dati, alors Ministre de la Justice. Le Président Sarkozy déclara devant la presse : « *Que veulent ces familles ? Qu'il y ait un procès. Que veulent ces familles ? Pouvoir faire le deuil. Et que veulent ces familles ? Qu'on ne leur explique pas qu'il y a un non-lieu. Parce que, quand vous avez votre femme ou un membre de votre famille qui est assassiné, qui est égorgé ou qui est décapité, et que la justice vous explique qu'il y a un non-lieu, c'est-à-dire que l'évènement n'a pas eu lieu, c'est inadmissible.* »¹⁰⁹⁶ Le lendemain, la presse locale s'empare de ce discours et titre « Affaire Dupuy, Sarkozy souhaite un procès ». Cela est évidemment vécu comme une intervention directe dans une affaire judiciaire en cours, remettant d'ailleurs en question la séparation des pouvoirs. Ce qui fut blâmable, c'était la pression exercée par l'organisation d'un véritable « tapage médiatique ». Vingt-quatre heures après la rencontre avec le président Sarkozy, les familles des victimes sont reçues par la garde des sceaux à Paris. La ministre annonce à cette occasion qu'elle souhaite créer une audience spéciale pour les malades mentaux déclarés irresponsables pénalement et supprimer le terme de « non-lieu psychiatrique ». De vifs débats s'ouvrent alors entre politiques, soignants, juristes autour de cette volonté de placer les victimes au cœur des procès, au point d'en arriver à juger les fous, quel que soit leur état. Le procès de Romain Dupuy s'ouvrit donc en pleine polémique sur ce nouveau projet de loi. Toute la presse en parle alors, à l'échelle nationale¹⁰⁹⁷. Cet exemple précis démontre l'impact considérable que peuvent avoir les acteurs politiques et médiatiques dans le façonnement du paysage psychiatrique. Ainsi, dans la poursuite de l'exploration des enjeux complexes entourant la prise en charge des patients souffrant de troubles mentaux, il est nécessaire de se pencher sur deux aspects essentiels qui ont façonné l'évolution des politiques de santé mentale et la perception publique de cette question. Le premier tient à l'examen de la manière dont les acteurs politiques ont réagi à des faits divers liés à la santé mentale, souvent sous la pression de l'opinion publique. Ces réactions, parfois hâtives, ont conduit à l'adoption de mesures législatives parfois draconiennes, poussant à un durcissement des contraintes imposées aux patients, et ce, au détriment de leur liberté (Paragraphe 1). Le second implique une étude du rôle central des médias dans la mise en lumière de ces questions. Les médias ont le pouvoir de façonner l'opinion publique et d'influencer la manière dont les politiques sont élaborées. Il s'agit de savoir

¹⁰⁹⁵ Extrait de l'Emission Faites entrer l'accusé, « Romain Dupuy, les infirmières de Pau », <https://www.youtube.com/watch?v=wpru7q15ZFQ>

¹⁰⁹⁶ *Ibid.*

¹⁰⁹⁷ *Ibid.*

si leur couverture des questions de santé mentale a été un appui constructif pour les législateurs en les informant de manière équilibrée, ou si, au contraire, elle a parfois débouché sur un emballement médiatique excessif qui a renforcé les réactions politiques parfois impulsives et une opinion publique négative vis à vis du malade mental (Paragraphe 2).

Cette double analyse, tout en explorant ces aspects cruciaux de la problématique de la santé mentale, permettra de mieux appréhender les multiples forces à l'œuvre dans ce domaine complexe, où les politiques, les médias et l'opinion publique interagissent pour façonner notre compréhension de la santé mentale et les mesures qui en découlent.

Paragraphe 1. La réaction du politique face aux faits divers : une course à l'électorat au détriment de la liberté d'aller et venir du patient ?

580. La gageure du politique face aux faits divers est de trouver la bonne réponse, les solutions adaptées à apporter au public. Pour ce faire, les choix d'orientations législatives sont souvent liés à des choix reposant sur la « meilleure » réponse à des faits divers marquants responsables le plus souvent de mouvements de panique ou de vives critiques quant au système en place au moment des faits. Pour orienter le législateur en matière de santé mentale, le politique se fondait initialement - et la logique lui donnerait raison - sur des rapports scientifiques, médicaux. Malgré leur pertinence, ces derniers ont cependant été progressivement écartés (A) en faveur de rapports administratifs et/ou juridiques (B) prônant des mesures plus sécuritaires, au détriment de la liberté d'aller et venir du malade (C).

A. L'écartement progressif des rapports scientifiques, pourtant gage d'un équilibre entre soin et sécurité

581. Les différents rapports techniques et scientifiques sont évidemment utilisés comme impulsion dans le cadre de nouvelles réformes même s'ils sont régulièrement tronqués d'une partie de leur apport. Prenons l'exemple du rapport Strohl¹⁰⁹⁸. Celui-ci s'articule autour du principe selon lequel l'anosognosie justifierait l'imposition de la contrainte clinique, le patient étant incapable d'en reconnaître la nécessité dans la mesure où il ne se considère pas malade. « *Il nous a semblé qu'il y avait une spécificité de la pathologie mentale dans ce déni : plus le malade va mal, plus son état s'aggrave, plus il refuse les soins. C'est cette caractéristique de certaines pathologies mentales qui légitime certaines formes de contraintes, à condition qu'elles restent respectueuses du malade et circonscrites dans le temps.* »¹⁰⁹⁹ Malgré l'opinion partagée de la doctrine médicale¹¹⁰⁰ sur la justification des soins contraints portant sur le déni

¹⁰⁹⁸ Rapport Strohl, 1997, issu de l'évaluation de la loi du 27 juin 1990

¹⁰⁹⁹ Ibid : Rapport Strohl, 1997, extrait p. 14

¹¹⁰⁰ A. BRAITMAN, M-J. GUEDJ, V. DAURIAC-LE MASSON, J. CARVALHO, E. GALLOIS, P. P. LANA, 2011, « Critères de prise de décision aux urgences de l'hospitalisation sans le consentement », Ann Med Psychol, 169, p. 664 à 667. ; D. CAPDEVIELLE, S. RAFFARD, S. BAYARD, J-P. BOULENGER, 2011, « Insight et

de la pathologie du malade psychiatrique, d'ailleurs retranscrite dans ledit rapport, le politique ne retiendra que cette analogie, justifiant parfaitement le recours aux soins sans consentement en psychiatrie. Cet usage sélectif des rapports se retrouve également concernant la responsabilité civile et surtout pénale des malades psychiatriques. Cette suggestion avait déjà été émise dans le rapport Strohl précédemment cité. Cependant, cette partie avait été omise pour être à nouveau discutée dans le rapport au Sénat de 2004¹¹⁰¹ et le rapport Burgelin en 2005¹¹⁰². Cette « rediscussion » au travers de ces rapports a largement contribué à l'élaboration de la loi du 25 février 2008¹¹⁰³.

582. De même les rapports produits par les médecins, pourtant au cœur de la prise en charge psychiatrique, sont bien souvent mis de côté par le politique dans l'orientation des choix en santé mentale. A titre d'exemple, un rapport de 2002 de Jean-Luc Roelandt promouvait que « *la démocratie sanitaire ne se comprend que par l'égalité de traitement de tous ses acteurs* »¹¹⁰⁴. Dans son rapport, ce médecin soutenait une vision progressiste de la prise en charge psychiatrique à travers la création de services de psychiatrie dans les villes, engageant la participation des maires, des familles, des usagers, dans une optique de dédramatisation et de communautarisation de la santé mentale. C'est une conception conjointe de la démocratie de proximité¹¹⁰⁵ et de la démocratie sanitaire¹¹⁰⁶. Cette trajectoire, bien que soutenue par la majorité des psychiatres¹¹⁰⁷, a été corrigée dès 2003 par Jean-François Mattei, alors ministre de la santé, lorsque ce-dernier convoqua une mission dans le but de proposer un nouveau plan d'action concernant l'organisation de l'offre de soins en psychiatrie et en santé mentale

capacité à consentir au soin et à la recherche : étude exploratoire et points de vue éthiques », Ann Med Psychol, 169, p. 438 à 440. - vs - Y. AUXÉMÉRY, 2015, « « Névrose » et « Psychose » : quelles définitions pour la psychiatrie contemporaine ? », Ann Med Psychol, 173, 8, p. 643 à 648.

¹¹⁰¹ Rapport au Sénat n°LC132, « L'irresponsabilité pénale des malades mentaux », février 2004

¹¹⁰² Rapport de la commission santé-justice présidée par monsieur Jean-François Burgelin, « Santé, justice et dangers : pour une meilleure prévention de la récidive », juillet 2005.

¹¹⁰³ Loi n° 2008-174 du 25 février 2008, relative à la rétention de sûreté et à la déclaration d'irresponsabilité pénale pour cause de trouble mental, référence au JO ? + analyse en doctrine ?

¹¹⁰⁴ Rapport remis au ministre délégué à la santé par le Dr Jean-Luc ROELANDT, « La démocratie sanitaire dans le champ de la santé mentale, La place des usagers et le travail en partenariat dans la cité », 12 avril 2002.

¹¹⁰⁵ Définition : « *Participation des citoyens à la gestion des services publics locaux dans les communes de plus de 3 500 habitants. La loi relative à la démocratie de proximité a été promulguée le 27 février 2002* ». Source : <https://www.linternaute.fr/dictionnaire/fr/definition/democratie-de-proximite/>

¹¹⁰⁶ Définition : « *La démocratie sanitaire vise à associer l'ensemble des acteurs de santé pour élaborer et mettre en œuvre la politique de santé, dans un esprit de dialogue et de concertation. Elle prend la forme d'instances de concertation dans lesquelles l'ensemble des acteurs du champ de la santé sont représentés.* » Source : <https://www.iledefrance.ars.sante.fr/democratie-sanitaire-definition-et-enjeux#:~:text=La%20%C3%A9mocratie%20sanitaire%20vise%20%C3%A0,de%20la%20sant%C3%A9%20ont%20repr%C3%A9sent%C3%A9s.>

¹¹⁰⁷ Fédération Française de Psychiatrie, J-F. ALLILAIRE, H. BOKOZBA, J. FORTINEAU, N. GARRET GLOANEC, J-M. THURIN, C. ALEZRAH, M. ROBIN, N. HORASSIUS, R. SALBREUX, S. CONSOLI, M. LACOUR, P. MAZET, D. WIDLOCHER, S-D. KIPMAN, G. DAR COURT, M. LAXENAIRE, P. NOEL, J-M. GARRABE, H. SONTAG, J-J. KRESS, C. AUSSILLOUX, J-C. MONTIGNY, M. BOTBOL, S. FIORINA, J-P. THEVENOT, *Livre blanc de la psychiatrie*, Fédération Française de la Psychiatrie, Paris, 2003.

garantissant la sécurité des praticiens et des usagers. Il s'agit là d'un parfait exemple de la politique d'évitement des soins psychiatriques ouverts sur la ville, prônant un retour plus rapide ou, tout de moins, davantage recherché pour les patients hospitalisés en soins sans consentement. En théorie, aller vers une reconnaissance toujours plus importante de la liberté d'aller et venir du patient en psychiatrie semble admirable, mais en pratique les enjeux de sécurité publique, « garde-fou » du politique¹¹⁰⁸, annihile la plupart des manœuvres progressistes y compris lorsqu'elles émanent des professionnels de santé¹¹⁰⁹. Pour preuve de ce souci sécuritaire et des enjeux de contrôle social du politique, il apparaît que cette mission souhaitée par Jean-François Mattei concordait en date avec le rapport « Agir aux racines de la violence »¹¹¹⁰ qui traitait de la violence dans le cadre des soins psychiatriques et notamment des problématiques d'addictologie (drogue, alcool).

583. Si ces premiers exemples permettent de comprendre le rôle du politique dans l'orientation des mesures prises en santé mentale, impactant principalement la liberté d'aller et venir du patient en psychiatrie, sur fondement d'une garantie de la sécurité publique, cette gestion « politique » apparaît d'autant plus nettement à partir de 2005. En effet, comme évoqué précédemment avec les exemples de faits divers ayant engendrés un durcissement des mesures de contraintes pour garantir la sécurité publique avant tout, le choix d'une telle orientation était évidemment politique. Pourtant, ce durcissement des mesures de soins psychiatriques sans consentement - rappelons-le, très restrictifs de la liberté d'aller et venir du patient - s'opère précisément dans un contexte d'opacité des mesures d'hospitalisation sans consentement. En effet, la Cour des comptes avait estimé, dans son rapport pour 2000¹¹¹¹, que le nombre de ces hospitalisations avait particulièrement augmenté, soulignant l'enjeu qui en découlait : certes la garantie de la sécurité publique est primordiale, cependant elle ne doit pas être incompatible avec le respect des droits et libertés des malades¹¹¹². En outre, certes, les faits divers sont des éléments déterminants dans l'avènement de nouvelles réformes en santé mentale, comme accélérateurs, mais les choix d'orientation politique restent les déclencheurs. Pour appuyer cette théorie, rappelons le drame de Pau¹¹¹³, qui fut un accélérateur à l'élaboration du plan santé 2005-2008. Pourtant, la grande majorité des éléments retranscrits dans ledit plan avaient déjà

¹¹⁰⁸ M. BELLAHSEN, *La santé mentale. Vers un bonheur sous contrôle*, Paris, La Fabrique, 2014.

¹¹⁰⁹ Rapport « une voie française pour une psychiatrie différente », dit rapport Demay, 1982 ; Rapport remis au ministre délégué à la santé par le Dr Jean-Luc ROELANDT, « La démocratie sanitaire dans le champ de la santé mentale, La place des usagers et le travail en partenariat dans la cité », 12 avril 2002.

¹¹¹⁰ Rapport « Agir aux racines de la violence », Contribution à l'exercice de préparation de la Loi d'Orientation en Santé Publique Mars 2003, rédigé par Philippe CLERY-MELIN, Vivianne KOVESS et Jean-Charles PASCAL et adressé au ministre de la santé, Monsieur MATTEI, p.5.

¹¹¹¹ Cour des comptes, Rapport public annuel 2000, 01/02/2000

¹¹¹² Rapport de la députée Maryvonne BRIOT, au nom de la commission des affaires culturelles, familiales et sociales sur la proposition de résolution n°1459 de M. Georges HAGE, tendant à la création d'une commission d'enquête sur la progression du nombre d'internements psychiatriques en France, 12 mai 2004

¹¹¹³ Faites entrer l'accusé, « Romain Dupuy, les infirmières de Pau », <https://www.youtube.com/watch?v=wpru7ql5ZfQ>

été insufflés au travers du communiqué du 23 décembre 2003 de Dominique Perben, qui était alors ministre de la justice¹¹¹⁴.

B. Vers l'utilisation de rapports uniquement administrativo-juridiques

584. Effectivement, pour preuve encore plus explicite de l'immixtion du politique, et de l'exécutif plus précisément dans les orientations de santé publique et notamment en psychiatrie, les commandes des rapports qui émanent de plus en plus d'une demande conjointe des ministères de la justice et de la santé, là où ils émanaient en général uniquement du ministère de la santé¹¹¹⁵. Ces demandes sont également davantage formulées par le premier ministre¹¹¹⁶ et, parfois, par le Président de la République en personne¹¹¹⁷. Cette implication du pouvoir exécutif est également à souligner lorsque le président Sarkozy avait réagi par une lettre adressée au premier président de la Cour de cassation le 25 février 2008, suite à la décision de non rétroactivité de la mesure de rétention de sûreté du Conseil Constitutionnel, en lui demandant de bien vouloir rédiger un rapport formulant « *toutes propositions utiles d'adaptation de notre droit pour que les condamnés, exécutant actuellement leur peine et présentant les plus grands risques de récidive, puissent se voir appliquer un dispositif tendant à l'amointrissement de ces risques* »¹¹¹⁸. Ces demandes de rapports émanant de plus en plus fréquemment du garde des sceaux ou du président de la République Nicolas Sarkozy, il a été constaté une prévalence des écrits sur la problématique de la dangerosité des patients psychiatriques. On pourra ainsi citer le rapport Goujon de 2006¹¹¹⁹, le rapport Fenech de 2007¹¹²⁰, le rapport Lamanda de 2008¹¹²¹, ou encore le rapport Fenech et Lecerf la même

¹¹¹⁴ Patricia CHAPELOTTE, « Traitement judiciaire des malades mentaux. Dominique PERBEN, Garde des Sceaux, Ministre de la Justice consulte des professionnels », 23/12/2003, Site du Ministère de la justice, Espace presse, <https://www.justice.gouv.fr/actualites/espace-presse/archives-traitement-judiciaire-malades-mentaux>

¹¹¹⁵ Rapport de la Commission Santé - Justice, « Santé, justice et dangerosité, pour une meilleure prévention de la récidive », juillet 2005.

¹¹¹⁶ Rapport « Réponses à la dangerosité » sur la mission parlementaire confiée par le premier ministre à Monsieur Jean-Paul GARRAUD, député de la Gironde, sur la dangerosité et la prise en charge des individus dangereux, 2006.

¹¹¹⁷ Rapport « Amoindrir les risques de récidive criminelle des condamnés dangereux », à M. le Président de la République par Vincent LAMANDA, Premier président de la Cour de cassation, 30 mai 2008.

¹¹¹⁸ Lettre de mission de M. Nicolas Sarkozy, Président de la République, adressée à M. Vincent Lamanda, Premier Président de la Cour de Cassation, sur la loi relative à la rétention de sûreté et à la déclaration d'irresponsabilité pénale pour cause de trouble mental, le 25 février 2008.

¹¹¹⁹ Rapport d'information n°420 de Philippe Goujon et Charles Gautier sur les mesures de sûreté concernant les personnes dangereuses, « Les délinquants dangereux atteints de troubles psychiatriques : comment concilier la protection de la société et une meilleure prise en charge médicale ? », Sénat, Paris, 2006.

¹¹²⁰ Rapport du député Georges Fenech sur le projet de loi n° 442, relatif à la rétention de sûreté et à la déclaration d'irresponsabilité pénale pour cause de trouble mental, au nom de la commission des lois constitutionnelles, de la législation et de l'administration générale de la République, 2007.

¹¹²¹ Op. cit. : Rapport « Amoindrir les risques de récidive criminelle des condamnés dangereux », à M. le Président de la République par Vincent LAMANDA, Premier président de la Cour de cassation, 30 mai 2008.

année¹¹²². Alain MILON, sénateur, faisait un constat en 2012 appuyant cette hypothèse de l'orientation hyper-sécuritaire du politique et, par suite, du législateur : « *Malgré une actualité souvent tragique et une vingtaine de rapports publiés depuis dix ans, la psychiatrie française n'a été abordée par la loi que sous l'angle de la dangerosité des malades, optique restrictive que la commission des affaires sociales avait regrettée. (...) la dernière réforme en date – la loi du 5 juillet 2011 relative à l'hospitalisation sans consentement – s'est focalisée sur la question de la dangerosité.* »¹¹²³.

585. Même lorsqu'une mesure est finalement reconnue comme étant trop liberticide, et en particulier concernant la liberté d'aller et venir du patient psychiatrique, il n'est pas question pour autant de revenir à des pratiques de soins trop risquées. Ainsi, dans son rapport de 2006, le sénateur Goujon a proposé un correctif du rapport de 2005 de la commission Santé-Justice¹¹²⁴. En effet, parmi les propositions de 2005, figurait celle de la création de centres fermés de protection sociale afin d'accueillir les délinquants ou criminels après l'exécution de leur peine, mais qui restent trop dangereux pour réintégrer la société. Ces services ont été reconnus comme étant particulièrement incompatible avec le respect de la liberté d'aller et venir de ces individus considérés comme souffrant de troubles ou maladies mentales leur conférant une certaine dangerosité, sans forcément impliquer une totale irresponsabilité pénale (niveau de gravité de la pathologie très relative, la peine étant exécuté en milieu carcéral classique). Il s'agissait indirectement d'une poursuite de l'incarcération à des fins sécuritaires, sans justification pénale ni même médicale, dans bien des cas (le maintien permanent en milieu clôt étant injustifié, disproportionné). Dans la mesure où ces services mettaient en évidence un problème essentiel, la balance entre respect de la liberté d'aller et venir de l'individu considéré comme dangereux du fait de trouble ou maladie mentale, et garantie de la sécurité publique, une mission d'information avait donc été confiée aux député Philippe Goujon et sénateur Charles Gautier concernant les « mesures de sûreté susceptibles d'être prises à l'égard des personnes considérées comme dangereuses »¹¹²⁵. Cette révision du rapport de 2005 partait d'une réflexion initiale en faveur d'un regain de liberté d'aller et venir pour les individus souffrant de troubles mentaux, ayant exécuté leur peine, cependant le rapport de 2006 n'a pas arrangé les choses, dans la mesure où il fut rédigé dans une logique relativement stigmatisante

¹¹²² Rapport n° 678 conjointement réalisé par le député Georges Fenech et le sénateur Jean-René Lecerf, au nom de la commission mixte paritaire chargée de proposer un texte sur les dispositions restant en discussion du projet de loi relatif à la rétention de sûreté et à la déclaration d'irresponsabilité pénale pour cause de trouble mental (urgence déclarée).

¹¹²³ Rapport d'information n° 249 (2012-2013) sur la « Prise en charge psychiatrique des personnes atteintes de troubles mentaux », déposé le 19 décembre 2012 par le sénateur A. Milon.

¹¹²⁴ Op. cit., Rapport de la commission santé-justice présidée par monsieur Jean-François Burgelin, « Santé, justice et dangerosités : pour une meilleure prévention de la récidive », juillet 2005.

¹¹²⁵ Op. cit., Rapport d'information n°420 de Philippe Goujon et Charles Gautier sur les mesures de sûreté concernant les personnes dangereuses, « Les délinquants dangereux atteints de troubles psychiatriques : comment concilier la protection de la société et une meilleure prise en charge médicale ? », Sénat, Paris, 2006.

vis-à-vis de ces individus : « *les insuffisances du système français portaient essentiellement sur la prise en charge des délinquants dangereux atteints de troubles psychiatriques* »¹¹²⁶. Cette constatation a été reprise dans le rapport Barbier de 2010¹¹²⁷.

C. Des rapports administrativo-juridiques orientant le législateur vers l'ultrasécurité au détriment de la liberté d'aller et venir du patient

586. Comme évoqué, la dimension sécuritaire est omniprésente, quels que soient les rapports produits en matière de santé mentale à partir de 2005. Le rapport Couty de 2009 en fait clairement mention, de manière plus générale et donc particulièrement représentative : « *La maladie mentale peut conduire quelqu'un à compromettre la sécurité des personnes et à troubler l'ordre public. Edouard Couty, insistant, dans son rapport remis à la ministre chargée de la santé en 2009, sur le fait que toute organisation de l'offre de santé doit proposer des dispositifs prenant en compte cette dimension.* »¹¹²⁸ Et l'absence de plus en plus fréquente des médecins dans le cadre de la rédaction des rapports étaye le postulat d'un contrôle quasi exclusif du politique sur l'orientation juridique en santé mentale. En effet, si l'on prend l'exemple de l'encadrement juridique des soins sans consentement au travers de la loi du 5 juillet 2011¹¹²⁹, il apparaît que cette dernière est en majorité le fruit d'une réflexion autour de rapports au sein desquels la sphère médicale - pourtant directement impliquée - est très peu représentée¹¹³⁰. La rapport Robiliard de 2013 faisait état du mécontentement et des oppositions naissantes face à cette logique hyper-sécuritaire et cette mise en œuvre de prises en charge particulièrement liberticides sans concertation avec les praticiens hospitaliers et les psychiatres, ne serait-ce qu'en tant que spécialistes et acteurs de terrain en la matière¹¹³¹. En effet, ces rapports exclusivement proposés par des non-médecins récusent les soins en cadre de prise en charge ouverts : « *Plusieurs incidents dramatiques ont pu accréditer l'idée qu'en remplaçant l'enfermement par des soins en milieu ouvert, on prend le risque de défaillances dans la surveillance de personnes qu'il faudrait d'abord empêcher de nuire.* »¹¹³² Comme évoqué

¹¹²⁶ Ibid

¹¹²⁷ Rapport d'information fait au nom de la commission des affaires sociales et de la commission des lois constitutionnelles, de législation, du suffrage universel, du Règlement et d'administration générale, par le groupe de travail sur la prise en charge des personnes atteintes de troubles mentaux ayant commis des infractions, par M. Gilbert BARBIER, Mme Christiane DEMONTÈS, MM. Jean-René LECERF et Jean-Pierre MICHEL, dit Rapport Barbier, « sur la prise en charge des personnes atteintes de troubles mentaux ayant commis des infractions », Sénat, Paris, 2010.

¹¹²⁸ « Missions et organisation de la santé mentale et de la psychiatrie », Rapport présenté à Madame Roselyne BACHELOT-NARQUIN, Ministre de la santé et des sports, établi par Monsieur Edouard COUTY Conseiller Maître à la Cour des Comptes, janvier 2009.

¹¹²⁹ 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

¹¹³⁰ Op. cit., Rapports Lamanda (2008) et Milon (2009)

¹¹³¹ Rapport d'information à l'Assemblée nationale n° 1662 « Santé mentale et avenir de la psychiatrie », Député Robiliard, déposé le 18 décembre 2013

¹¹³² Op. cit., rapport Milon, 2009.

précédemment, la référence à des faits divers dramatiques dans ces rapports ayant donné lieu à une évolution législative importante montre bien que le politique est davantage enclin à prendre en compte les rapports et enjeux à visée sécuritaire que ceux à visée purement sanitaire, souvent bien plus soucieux de restreindre au minimum la liberté d'aller et venir des patients (tout de moins de manière nécessaire et proportionnée, justifié par l'état clinique du patient). Ainsi, là où divers rapports émanant de médecins au début des années 2000 sont restés lettre morte, les rapports précédemment cités, réalisés depuis 2005 sans le concours d'intervenants médicaux, et plus particulièrement le rapport Lecerf de 2011¹¹³³, ont initié et alimentés le processus législatif dont découle la loi du 5 juillet 2011¹¹³⁴.

587. Ces différents constats sont bel et bien en faveur d'une prise en compte des recommandations établies dans les rapports administratifs et législatifs au détriment des rapports médicaux (rédigés par ou sous contrôle de médecins). Les critiques du corps médical n'y ont rien changé, seul le Conseil constitutionnel semble pouvoir exercer une réelle contrainte sur le politique et, par extension, sur le législateur. La rapport Robiliard fait état de ces deux constatations et mentionne qu'en « *se refusant à engager cette réflexion, le Gouvernement avait préféré introduire des dispositions permettant de répondre ponctuellement aux exigences du Conseil constitutionnel.* »¹¹³⁵ En effet, à titre d'exemple, seule la décision du Conseil constitutionnel du 9 juin 2011¹¹³⁶ a permis une remise en question de l'injonction de maintien d'une mesure d'hospitalisation sans consentement par le préfet, lorsque ladite mesure a fait l'objet soit d'une levée par le JLD (soutenue par avis médical circonstancié), soit d'une levée directe par le psychiatre de l'établissement en charge du malade (opposé à la poursuite des soins en hospitalisation complète, désormais médicalement injustifiés). Le Conseil constitutionnel a considéré que cette possibilité donnée au préfet dans les conditions précitées soulève une possible inconstitutionnalité et a ainsi jugé que « *dans l'hypothèse où ce certificat médical ne confirme pas que l'intéressé doit faire l'objet de soins en hospitalisation, les dispositions contestées conduisent, à défaut de levée de l'hospitalisation d'office par l'autorité administrative compétente, à la poursuite de cette mesure sans prévoir un réexamen à bref délai de la situation de la personne hospitalisée permettant d'assurer que son hospitalisation est nécessaire ; qu'un tel réexamen est seul de nature à permettre le maintien de la mesure* »¹¹³⁷. Concrètement, seul un réexamen médical confirmant la nécessité de maintien de la mesure d'hospitalisation sans consentement (même à considérer le premier avis médical en faveur d'une levée de la mesure)

¹¹³³ Rapport législatif « Projet de loi relatif aux droits et à la protection des personnes faisant l'objet de soins psychiatriques et aux modalités de leur prise en charge », Avis n° 477 (2010-2011) de M. Jean-René LECERF, fait au nom de la commission des lois, déposé le 27 avril 2011

¹¹³⁴ Op. cit., 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

¹¹³⁵ Rapport Robiliard de 2013, p.26, à propos du rapport Lefranc du 25 mai 2011

¹¹³⁶ Décision n° 2011-135/140 QPC du 9 juin 2011

¹¹³⁷ Ibid : Décision n° 2011-135/140 QPC du 9 juin 2011

permettrait de confirmer la volonté de maintien de ladite mesure par le préfet. Dans le cas contraire, si l'examen confirme le premier avis médical en faveur d'un arrêt de l'hospitalisation sous contrainte, la mesure devra être levée. Par cette décision, le Conseil constitutionnel rappelle que l'hospitalisation sans consentement est subordonnée à deux exigences ; médicale et d'ordre public (sécuritaire). Ces deux exigences doivent être appréciées par des professionnels compétents, respectivement le psychiatre et le préfet.¹¹³⁸

588. L'accent porté sur cette dangerosité potentielle du malade mental résulte du fait que la confusion est souvent faite entre ces patients et des individus inévitablement dangereux, au sein même du discours politique. Le rapport Fenech en est un exemple. Il y est souligné la nécessité de prévoir des pistes d'améliorations de la prise en charge médicale et judiciaire des délinquants ou criminels « atteints de troubles mentaux ou qui présentent un profil dangereux »¹¹³⁹. Il est également fait mention que, « *au total, les différentes mesures existantes aujourd'hui sont insuffisantes à l'égard de personnes particulièrement dangereuses, dont le risque de récidive est particulièrement élevé, qui ne relèvent pas d'une hospitalisation d'office car ne souffrent pas de troubles mentaux, et qui ont purgé la totalité de leur peine. Leur prise en charge en milieu ouvert ne suffit pas : il était donc nécessaire de prévoir une procédure permettant de placer ces condamnés en rétention à l'issue de leur détention.* »¹¹⁴⁰. De cette tendance au retour vers les soins contraints, en milieu fermé, restreignant la liberté d'aller et venir des patients en psychiatrie, est revenue l'expression de « grand renfermement », déjà utilisée au XX^e siècle¹¹⁴¹, et désormais remise au goût du jour¹¹⁴². Le rapport Fenech, à nouveau, apporte une double justification à cette logique dite de « grand renfermement » : le respect du « principe de précaution » et la volonté de « défense sociale » afin de garantir la sécurité publique¹¹⁴³. Il y est précisé que « *D'une façon générale, l'évolution des méthodes en psychiatrie a consacré les services ouverts au détriment des services fermés, rendant plus difficile l'accueil des personnes détenues au regard de la sécurité et des risques d'évasion notamment.* »¹¹⁴⁴.

¹¹³⁸ Commentaire de la Décision n° 2011-135/140 QPC du 9 juin 2011, M. Abdellatif B. et autre (Hospitalisation d'office), Conseil constitutionnel

¹¹³⁹ Op. cit. C. GUIBET LAFAYE, « Entre défense des droits et logique sécuritaire : le traitement politique du psychiatrique aux prises avec les faits divers », *Tétralogiques*, 2017, Troubles de la personne et clinique du social, 22, pp.461-489. fihal-01566376f

¹¹⁴⁰ Rapport du député Georges Fenech sur le projet de loi n° 442, relatif à la rétention de sûreté et à la déclaration d'irresponsabilité pénale pour cause de trouble mental, au nom de la commission des lois constitutionnelles, de la législation et de l'administration générale de la République, 2007, extrait p.23

¹¹⁴¹ R. CASTEL, « L'institution psychiatrique en question », *Revue française de sociologie*, 1971, 12/1, p. 57 à 92.

¹¹⁴² E. FAVREAU, « L'enfermement revient en force dans les hôpitaux psychiatriques », *Libération*, publié le 27 novembre 2009 ; F. DANET, « La Psychiatrie. Du grand renfermement au développement personnel », *Lumière & Vie*, n° 299, juillet-septembre 2013, p. 25 à 35.

¹¹⁴³ Op. cit., rapport Fenech de 2007, p.35

¹¹⁴⁴ Op. cit., rapport Fenech de 2007, p.18

589. Mais si le politique est en partie responsable de cette assimilation du malade mental à un individu dangereux, il s'avère que les médias sont également largement responsables de ces stéréotypes sociaux dans l'inconscient collectif¹¹⁴⁵. En témoigne Éric MAUREL, Procureur de la République, concernant l'affaire Romain Dupuy à Pau : « *Pression politique, non. Même si un ministre, et c'est normal, va se transporter sur le site, il n'y aura aucune intervention des politiques d'une manière ou d'une autre dans la gestion de cette affaire. La pression médiatique est, par contre, déterminante dès le départ.* »¹¹⁴⁶

Paragraphe 2. Les médias en santé mentale, un appui pour le législateur ou un emballement excessif ?

590. « *La polémique enfle sur l'insécurité dans les hôpitaux et la crise du secteur psychiatrique. Trois mois avant leur meurtre, Lucette et Chantal avaient d'ailleurs manifesté contre la suppression de 54 postes à l'hôpital.* »¹¹⁴⁷ C'est le constat médiatique dont il était fait état au moment de la survenue du double meurtre commis par Romain Dupuy. Les médias avaient bien évidemment couvert l'affaire, comme toutes celles qui ont eu lieu, mêlées de près ou de loin au secteur psychiatrique. La presse joue effectivement un rôle prépondérant et évident dans la prise de connaissance des faits divers par les français. Son implication paraît donc incontournable dans les stéréotypes (souvent négatifs) que véhiculent le milieu psychiatrique et les malades mentaux auprès de l'opinion publique, et notamment des stéréotypes sociaux qui mêlent les notions de trouble psychiatrique et dangerosité¹¹⁴⁸. Cette vision négative des malades mentaux serait alimentée par une hypermédiatisation des faits divers impliquant ce type de patients, les associant là encore à la dangerosité au travers du « crime », stade ultime de la violence en matière pénale¹¹⁴⁹.

591. Il a été mis en évidence¹¹⁵⁰ que le fait divers influence largement le politique dans ses orientations en santé mentale, impliquant parfois directement une réforme législative complète. De fait, étant donné la liaison qui semble exister (qu'elle soit directe ou indirecte au travers du

¹¹⁴⁵ Op. cit., rapport Robiliard, 2013, extrait p.8 : « *Les malades mentaux sont cependant victimes aujourd'hui d'une représentation sociale associant trouble mental et violence. Les images véhiculées par les médias, le cinéma, mais aussi les discours politiques, comme celui d'Antony, montrant la personne malade comme agressive, voire criminelle, contribuent à cette image dégradée loin, très loin, de la réalité vécue par l'écrasante majorité des malades.* »

¹¹⁴⁶ Op. cit., Extrait de l'émission *Faites entrer l'accusé*, « Romain Dupuy, les infirmières de Pau », <https://www.youtube.com/watch?v=wpru7ql5ZfQ>

¹¹⁴⁷ Extrait de l'émission *Faites entrer l'accusé*, « Romain Dupuy, les infirmières de Pau », <https://www.youtube.com/watch?v=wpru7ql5ZfQ> : y est expliqué l'emballement médiatique qu'a suscité cette affaire tragique impliquant un jeune schizophrène.

¹¹⁴⁸ F-S. Kohl, *Les Représentations sociales de la schizophrénie*, Paris, Masson, 2006.

¹¹⁴⁹ C. Tassone-Monchicourt, N. Daumerie, A. Caria, I. Benradia, J-L. Roelandt, « États dangereux et troubles psychiques : images et réalités », *L'Encéphale*, 36, 2010, p. 21 à 25.

¹¹⁵⁰ Cf Section précédente du présent Chapitre

politique) entre fait divers et réaction du législateur, le rôle des médias peut légitimement être discuté : sont-ils responsables d'un emballement médiatique démesuré ? Alimentent-ils déraisonnablement l'opinion politique en faveur d'une stigmatisation des malades mentaux en tant qu'individus nécessairement dangereux ? De fait, contribuent-ils au « bras de fer » entre respect de la liberté d'aller et venir du patient en psychiatrie et garantie de la sécurité publique, en faisant pencher la balance du côté d'une sécurité publique faussement chancelante ?

592. A titre préliminaire, une étude avait déjà été menée entre novembre 2012 et juillet 2013 par l'ARS Nord-Pas-de-Calais à l'échelle nationale, sur les modèles médiatiques produits en matière psychiatrique, en s'appuyant sur une quarantaine d'articles de presse sélectionnés et classés par type de maladie mentale concernée¹¹⁵¹. L'ARS en avait conclu - avec toute la marge d'erreur qu'il convient de donner à cette étude, étant donné le peu d'articles référencés et le choix de non prise en compte de l'orientation politique des revues sélectionnées - que la presse semble adopter une différence de traitement des sujets évoqués suivant la maladie mentale dont ils souffrent. En outre, la presse nationale écrite et audiovisuelle semble également se faire l'écho du ressenti négatif des français, recueilli « à chaud ». Le mot « psychopathes » est d'ailleurs employé à de nombreuses reprises, ce qui marque davantage un rapprochement avec le langage utilisé dans les séries et films à sensation qu'avec le langage médical. Mais ces résultats, bien que recueillis sur un corpus très mince, ne sont pas isolés, y compris à l'échelle mondiale. En effet, une étude commune avait été menée dans les années 1990, en Australie, sur un échantillon plus représentatif de 600 articles, soit environ 91% des publications du pays sur la période qui avait été définie pour l'étude. Là encore, la vision négative des malades psychiatriques, au travers de leur association avec une dangerosité inhérente, était prépondérante dans 368 des 600 articles étudiés (soit 61,3%). L'amalgame avec la criminalité était représenté dans 284 articles sur 600 (soit 47,3%). En revanche, s'agissant d'une vision plus positive du malade, ne serait-ce que par l'évocation de ses droits (droit de l'homme, droit du patient), seuls 164 articles sur 600 présentent cet aspect (soit 27%)¹¹⁵². D'autres études (moins significatives) existent ainsi à travers le monde¹¹⁵³ mais, l'orientation politique des journaux étudiés est systématiquement ignorée, alors même que cet aspect peut largement influencer la rédaction d'autant plus en fonction de la majorité politique au pouvoir au moment de tel ou tel fait divers (rédaction critique ou, au contraire, de soutien).

¹¹⁵¹ ARS Nord Pas-de-Calais, « Propos de journalistes & d'experts au sujet de 5 maladies mentales », Euralille, 2014.

¹¹⁵² R. ALLEN, R G. NAIRN, « Media Depictions of Mental Illness. An Analysis of the Use of Dangerousness », Australian and New Zealand Journal of Psychiatry, vol. 3, 1997, p. 375 à 381.

¹¹⁵³ L. AZEDDINE, G. BLANCHARD, C. PONCIN, « Le cancer dans la presse écrite d'information générale », Questions de communication, 11, 2007, p 111 à 127 ; P. Dahlgren, H. Sandberg, « La construction de l'obésité dans l'espace public Suédois », Questions de communication, 11, 2007, p. 33 à 49.

593. Pour apprécier davantage l'impact des médias en tenant compte du facteur de leur orientation politique, il convient de se référer à une étude française datant de 2016, menée sur une cohorte de 4284 articles regroupant quatre quotidiens choisis pour leurs orientations politiques reconnues : *Le Monde*, *Le Figaro*, *L'Humanité* et *Libération*¹¹⁵⁴. Ces articles ont fait l'objet d'une double analyse : qualitative de contenu et statistique descriptive. Elle offre donc une vision panoramique et relativement peu biaisée étant donné l'étendue de l'étude, l'amplitude de la cohorte sélectionnée et l'ensemble des éléments pris en compte (qualité, style rédactionnel, contenu, orientation politique, degré d'importance identique à l'ensemble des revues). L'étude, qui s'étend de 1995 à 2015, démontre que la fréquence des articles varie dans le temps, preuve d'un regain d'intérêt relativement conjoint, sans distinction de revue. En effet, entre 2004 et 2007, les quatre revues présentent toutes un intérêt particulièrement prononcé pour les sujets liés à la psychiatrie. Ce même regain d'intérêt est constaté en 2011-2012. Si l'on pousse davantage l'annonce sur chaque revue prise au cas par cas, on constate que pour *Libération*, l'intérêt sur les sujets psychiatriques est particulièrement marqué en 2001, entre 2004 et 2005 puis en 2011. Pour *Le Figaro*, les pics de publications en la matière se révèlent en 1998, en 2004-2005 puis plus faiblement en 2011-2012 et en 2014. *Le Monde* titre particulièrement sur la psychiatrie en 1998, 2000, 2005 et 2012. Enfin, *L'Humanité* semble s'intéresser (bien plus faiblement rappelons-le) à la psychiatrie en 2005-2006 et 2011. Si l'on compare ces dates avec l'activité psychiatrique ou avec l'actualité dans ce même secteur médical, on constate que ces pics coïncident le plus souvent avec des faits divers marquants ou avec des réformes législatives en santé mentale¹¹⁵⁵. En effet, les différents rapports et circulaires qui ont été réalisés dans les années 1990¹¹⁵⁶, le projet de circulaire relative à l'évolution du dispositif de soins en psychiatrie¹¹⁵⁷ ainsi que la loi du 17 juin 1998¹¹⁵⁸, peuvent expliquer cette recrudescence des articles dans *Le Figaro* et *Le Monde*. Cependant, les articles concernés en 1998 et jusqu'au début des années 2000 couvrent assez peu la psychiatrie et la loi de 1998 n'est mentionnée que deux fois dans les articles étudiés (une fois dans *Le Figaro*, et une fois dans *Le Monde*). La psychiatrie n'est probablement pas un sujet suffisamment « à la mode » à cette époque, et les faits divers ne sont pas particulièrement fréquents alors. Le pic de parution de 2001 de *Libération* s'expliquerait probablement par le rapport de mission de Jean-Luc Roelandt

¹¹⁵⁴ C. GUIBET LAFAYE and P. BROCHARD, « Entre faits divers et débats publics : comment la presse écrite aborde la psychiatrie ? », *Questions de communication*, 30 | 2016, 261-285.

Pour information, le nombre d'articles portant sur la psychiatrie est comparable pour *Le Monde* (1103 articles), *Le Figaro* (902) et *Libération* (1031), le journal *L'Humanité* (644) étant moins prolifique sur ce sujet.

¹¹⁵⁵ Cf Annexes 16 à 18

¹¹⁵⁶ Rapport Massé du 18 juin 1992 sur la politique de santé mentale ; Circulaire du 14 mars 1990, relative aux orientations de la politique de la santé mentale, JORF n°79 du 3 avril 1990 ; Circulaire du 30 juillet 1992 sur les urgences psychiatriques ; Circulaire DH-PE 3/DGS-SP 3 n° 93-00 du 14 mars 1993 relative aux procédures de planification en santé mentale.

¹¹⁵⁷ Projet de circulaire DH/E04/DGS/SP3/98, relative à l'évolution du dispositif de soins en psychiatrie : elle préconise notamment une ouverture des soins psychiatriques vers la ville (hors milieu clot).

¹¹⁵⁸ Loi n° 98-468 du 17 juin 1998, relative à la prévention et à la répression des infractions sexuelles ainsi qu'à la protection des mineurs

et Eric Piel proposant un plan santé mentale¹¹⁵⁹ tourné vers la prise en charge psychiatrique en ville plutôt qu'à l'hôpital. *Libération* avait donc consacré 14 articles cette année-là à la prise en charge psychiatrique, dont trois d'entre eux tournaient presque exclusivement autour de ce plan de santé. *Le Figaro* présentait les mêmes chiffres cette année 2001, *Le Monde* publiait 2 articles sur ledit plan et l'évolution en santé mentale. Le pic commun à tous les journaux, à partir de 2004 est particulièrement intéressant. En effet, il coïncide avec l'adoption de deux lois, l'une en mars 2004¹¹⁶⁰ et l'autre en août 2004¹¹⁶¹. Celle de mars 2004 a pour but d'apporter des adaptations législatives face aux évolutions de la criminalité ; l'amalgame serait-il fait alors entre criminalité et maladie mentale ? La loi d'août 2004 porte plus largement sur des questions de santé publique dans le domaine des affections neuropsychiatriques : elle a surtout servi d'entrée en matière pour la création d'un plan ministériel s'échelonnant de 2005 à 2008¹¹⁶². Durant cette même période, faisant l'objet d'un pic de parution précédemment exposé, pour l'ensemble des journaux étudiés (pour rappel, surtout entre 2004 et 2007), l'étude observe que tout au long de la couverture médiatique des différents faits divers marquants de cette période, la référence à ces deux lois a été régulièrement employée, et tout particulièrement la première. Cette référence à une loi qui s'oriente sur l'adaptation législative à la criminalité en France expose bien la problématique du rapprochement trop souvent opéré entre troubles psychiatriques et criminalité (ou, de façon moins poussée, dangerosité).

594. Cette première analyse induit deux questions. Comment la presse s'oriente-t-elle dans la mise en évidence des mesures législatives qui forment le paysage psychiatrique français et des faits divers qui impactent le territoire ? (A) La présentation réalisée de ces différents faits divers impacte-t-elle réellement l'opinion publique ? (B) Il arrive en effet, que le fait divers apporte aussi une évolution positive du législateur (C).

A. La presse en santé mentale : examen des réformes législatives et des faits divers marquants

595. L'analyse du corpus susmentionné permet de constater que les pics de publications semblent coïncider avec les évolutions législatives en matière de santé mentale (1), sans pour autant omettre les faits divers, mais qui semblent moins présents qu'escomptés (2).

1. Une presse soucieuse du suivi des réformes en matière de santé publique

¹¹⁵⁹ Rapport de mission, « De la Psychiatrie vers la Santé Mentale », par les Dr Eric PIEL et Dr Jean-Luc ROELANDT, juillet 2001

¹¹⁶⁰ Loi n° 2004-204 du 9 mars 2004, portant adaptation de la justice aux évolutions de la criminalité

¹¹⁶¹ Loi n° 2004-806 du 9 août 2004, relative à la politique de santé publique

¹¹⁶² Plan « Psychiatrie et santé mentale : 2005-2008 », https://sante.gouv.fr/IMG/pdf/plan_2005-2008.pdf

596. Examinons à présent les tendances rédactionnelles de ces quatre journaux en périodes législatives en matière de santé mentale, soit en 2005-2006 puis 2011-2012. En effet, la première période est marquée par deux lois directement ou indirectement liées aux soins psychiatriques : la loi du 11 février 2005¹¹⁶³ et la loi du 12 décembre 2005¹¹⁶⁴. Durant ces périodes, les projets de loi sont largement critiqués, positivement ou négativement, suivant l'orientation politique du journal concerné. Ainsi, *L'Humanité* critique ardemment ces réformes, *Libération* réalise un focus sur le traitement de l'enfant en milieu psychiatrique en dépeignant une couverture insuffisante de ce sujet par lesdits projets de loi. *Le Monde* fait peu de cas de ces réformes à venir, se concentrant sur la critique de la tenue du plan santé mentale proposé par Philippe Douste-Blazy¹¹⁶⁵. Pour finir, *Le Figaro* se montre assez peu expressif et ne critique que très modérément ces évolutions législatives discutées ; la majorité gouvernementale existante à cette époque explique peut-être cette réticence.

597. L'orientation sécuritaire du gouvernement à partir de 2005, évoqué précédemment, se traduit par le législateur à travers la loi du 25 février 2008¹¹⁶⁶. Rappelons-le, cette loi faisait suite au non-lieu accordé à Romain Dupuy, pour irresponsabilité pénale pour cause de troubles mentaux, et à la récidive de Monsieur Evrard, malade psychiatrique connu pour ses troubles du comportement sexuel. Cette même année 2008, le rapport Vincent Lamanda¹¹⁶⁷ reprend ces débats autour de l'intérêt d'un procès pénal pour un malade jugé irresponsable devant cette même juridiction. *L'Humanité* consacrait 13 articles autour de cette réforme législative, contre 7 pour le journal *Libération*. *Le Monde* reprend curieusement le sujet de l'enfance en psychiatrie, ancien cheval de bataille de *Libération*. *Le Figaro* se montre, quant à lui, plus expressif sur le rapport Lamanda, probablement pour les mêmes questions de soutien politique. Pour chacun des quatre journaux, on retrouve néanmoins un rapprochement très net entre les notions de malade mental et d'entrave à la sécurité. Effectivement en 2008, concernant les articles sur le secteur psychiatrique, *Le Monde* emploie cette terminologie (sécurité, sécuritaire) à 34 reprises, *L'Humanité* à 21 reprises, *Libération* à 18 reprises et *Le Figaro* à 12 reprises. Cet engouement pour les questions sécuritaires qui entourent la prise en charge psychiatrique reste cependant étroitement liées à cette période 2005-2008. Une raison supplémentaire de considérer

¹¹⁶³ Loi n° 2005-102 du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées

¹¹⁶⁴ Loi n° 2005-1549 du 12 décembre 2005, relative au traitement de la récidive des infractions pénales

¹¹⁶⁵ Plan santé proposé par Philippe Douste-Blazy en 2005, dit « Plan Hôpital 2007 »

¹¹⁶⁶ Loi n° 2008-174 du 25 février 2008 relative à la rétention de sûreté et à la déclaration d'irresponsabilité pénale pour cause de trouble mental ; M. SAUTEREAU, H. LECA, A. VITTOZ, F. MEUNIER, P. LAMOTHE, « Les évolutions législatives françaises : un pas de plus vers la confusion justice psychiatrie. À propos de la loi du 25 février 2008 relative à la rétention sûreté et à la déclaration d'irresponsabilité pénale pour cause de trouble mental », *Psychiatrie et violence*, vol. 9, 1, 2009.

¹¹⁶⁷ Op. cit., Rapport « Amoindrir les risques de récidive criminelle des condamnés dangereux », à M. le Président de la République par Vincent LAMANDA, Premier président de la Cour de cassation, 30 mai 2008.

le lien réciproque entre couverture médiatique et mesures politiques dans les orientations législatives adoptées en santé mentale.

598. Une seconde période législative peut être répertoriée en 2011 concernant le secteur psychiatrique. En effet, la loi du 5 juillet 2011¹¹⁶⁸ porte directement sur la prise en charge psychiatrique et sur une double volonté : garantir les droits des patients internés contre leur gré et garantir la sécurité publique. Pour rappel¹¹⁶⁹, cette loi encadre les procédures d'hospitalisation sans consentement, légalise les soins contraints en ambulatoire (notamment au travers du programme de soin¹¹⁷⁰) et fait intervenir le JLD afin de contrôler le bienfondé (examen des certificats médicaux circonstanciés) et le respect de la procédure d'hospitalisation sous contrainte. Cette réforme a été largement reprise dans la presse, les quatre journaux étudiés ne faisant pas exception. Seul *Le Figaro* se distingue en ne mentionnant la réforme en elle-même qu'une unique fois¹¹⁷¹. En effet, *Le Figaro* semble porter un intérêt moins important aux questions législatives, mais davantage aux questions judiciaires, relevant davantage les faits divers que les « tumultes législatifs ». Ainsi, ce même journal reprendra avec plus d'enthousiasme, dans 3 articles, une affaire de viol puis de meurtre à Chambon-sur-Lignon, ou encore l'affaire Moitoret, meurtre commis par un malade mental, retranscrit dans 3 articles également. Pour cette dernière affaire, pourtant reprise médiatiquement, *Le Monde* et *L'Humanité* n'en feront pas état.

Certes, la couverture médiatique est importante en période d'activité législative, mais qu'en est-il lorsqu'un fait divers a lieu, impliquant un malade mental ou un service de santé psychiatrique ?

2. Presse et faits divers : une couverture médiatique systématique ?

599. L'activité législative, bien que déjà fort importante concernant la santé mentale, est heureusement restée ponctuelle et espacée dans le temps. Concernant les faits divers visés, ils sont beaucoup plus nombreux ; est-ce que cette abondance implique pour autant un désintérêt progressif des médias vis-à-vis du secteur psychiatrique ? Citons quelques exemples. L'affaire Richard Durn qui, le 27 mars 2002, tire à l'arme à feu sur des élus du conseil municipal de Nanterre, tuant 8 d'entre eux et blessant 19 autres¹¹⁷². Le 13 janvier 2005, un patient est étranglé

¹¹⁶⁸ 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

¹¹⁶⁹ Cf Partie I Titre 2 de la présente thèse

¹¹⁷⁰ Cf Partie I Titre 1 Chapitre 2 de la présente thèse, sur le PDS.

¹¹⁷¹ Journal *Le Figaro*, édition du 17/03/2011

¹¹⁷² C. GUIBERT LAFAYE, « La folie criminelle présentée par la presse. Traitement différencié de la folie criminelle dans des quotidiens aux orientations politiques opposées. Romain Dupuy, une étude de cas. », *Psychiatrie française*, 2016. ffhalshs-01311035f

par un autre à l'hôpital psychiatrique de Pau¹¹⁷³. En 2008, la très connue affaire de Grenoble ; un malade mental poignarde à mort un étudiant de 26 ans, dans la rue¹¹⁷⁴. Cette même année, en juillet, Stéphane Moitoret tue un enfant de 10 ans en lui assénant 44 coups de couteau, dans l'Ain¹¹⁷⁵. En 2009, un adolescent tue ses parents et son jumeau par balles¹¹⁷⁶. Et plus largement, pourraient également être citées des affaires d'envergure comme l'affaire Francis Heaulme¹¹⁷⁷, l'affaire « des disparus de l'Yonne » (Émile Louis)¹¹⁷⁸, etc¹¹⁷⁹. En effet, pour chacun de ces criminels, des expertises psychiatriques avaient été menées, dans la mesure où chacun d'entre eux présentait des déviations mentales, voir, pour certains - comme pour Francis Heaulme, par exemple - des suivis psychiatriques fréquents, notamment via des hospitalisations en service psychiatrique, parfois sous contrainte. Évidemment, pour l'analyse de l'implication des médias (au travers des quatre médias étudiés), seuls les articles portant une analyse psychiatrique claire des faits reproduits (et non les faits seulement, sans interrogation sur le profil et le suivi psychiatrique du criminel) ont été retenus. Il s'avère, qu'après que ce tri ait été effectué, peu d'articles ont finalement porté sur un questionnement autour du rôle de la prise en charge psychiatrique dans la survenue des faits divers concernés. En effet, concernant des articles à orientation psychiatrique et mentionnant certaines de ces affaires criminelles, l'étude¹¹⁸⁰ en recense 10 articles pour *l'Humanité*, 25 pour *Libération*, 29 pour *Le Monde*, 44 pour *Le Figaro*¹¹⁸¹. En comparant ces nombres avec la totalité des articles étudiés pour chaque journal¹¹⁸², on constate que ce type d'articles représente seulement 1,6% pour *l'Humanité*, 2,5% pour *Libération*, 2,6% pour *Le Monde* et 4,8% pour *Le Figaro*. La tendance semble plus forte à mesure que l'orientation politique du journal s'oriente vers la droite.

B. L'impact de la presse sur l'opinion publique : fantasme ou réalité ?

600. Si l'on s'en tient au constat de l'assiduité médiatique concernant la couverture des évolutions législatives en matière de prise en charge psychiatrique, il paraît exagéré de

¹¹⁷³ M-J. GROS, « Un patient en étrangle un autre dans un HP. Les deux malades étaient en « hospitalisation libre » à Saint-Venant (Pas-de-Calais). », *Libération*, 15 janvier 2005 ; Marc Payet et Geoffroy Tomasovitch, « Hôpital psychiatrique : un patient en étrangle un autre », *Le Parisien*, 15 janvier 2005.

¹¹⁷⁴ O.W. et L.S, « Un étudiant tué par un malade mental à Grenoble », *Le Figaro*, 13 novembre 2008.

¹¹⁷⁵ S. DURAND-SOUFFLAND, « L'assassinat du petit Valentin devant les assises de l'Ain », *Le Figaro*, 4 décembre 2011 ; AFP, « Verdict attendu dans le procès en appel du meurtre de Valentin », *Libération*, 22 novembre 2013

¹¹⁷⁶ « Procès. A 16 ans, Andy a tué ses frères jumeaux et ses parents », *Ouest France*, 12 décembre 2012

¹¹⁷⁷ J-F. ABGRALL, *Dans la tête du tueur, sur les traces de Francis Heaulme*, Albin Michel, 2002

¹¹⁷⁸ H. CORINNE, *Les Disparus De L'Yonne*, Ramsay, 2002

¹¹⁷⁹ T. MOISER, *Parole d'avocat. Les affaires Bodein, Fourniret, Grégory, Heaulme et quelques autres*, La Valette éditeur, 2021

¹¹⁸⁰ Op. cit., C. GUIBERT LAFAYE and P. BROCHARD, « Entre faits divers et débats publics : comment la presse écrite aborde la psychiatrie ? », *Questions de communication*, 30 | 2016, 261-285.

¹¹⁸¹ Cf Annexe 17

¹¹⁸² Rappel : 644 pour *L'Humanité*, 1031 pour *Libération*, 1103 pour *Le Monde*, 902 pour *Le Figaro*

considérer la sphère médiatique comme responsable d'une « diabolisation » du malade mental en tant qu'individu nécessairement dangereux (1). Cependant, force est de constater que l'emballement médiatique ne fait pas défaut en santé mentale et impact souvent négativement l'opinion publique (2).

1. La presse face aux réformes du législateur : une assiduité contredisant le penchant des médias en faveur d'une surmédiatisation du fait divers

601. Dans le corpus d'articles étudiés pour les quatre journaux concernés (*Le Monde*, *Le Figaro*, *Libération*, *L'Humanité*), deux catégories d'articles peuvent être distingués : la première regroupe les articles de fond, évoquant des questions centrales en psychiatrie (structures hospitalières, modalités de prise en charge, réglementation, réformes, etc.) et la seconde, les articles traitent majoritairement de faits divers. Il a été constaté que tous les journaux étudiés, sauf *Le Figaro*, présentaient un ratio de parution plus important pour les articles de fond que pour ceux relatant les faits divers¹¹⁸³. Il apparaît également - et cela a été évoqué précédemment, concernant les pics de publications liés aux évolutions législatives - que les pics de publications ne sont pas nécessairement corrélés avec les faits divers tragiques évoqués précédemment¹¹⁸⁴. Cela peut s'expliquer de diverses manières : soit ces faits divers ne sont pas nécessairement abordés sous l'angle de la prise en charge psychiatrique des responsables (et donc ne sont pas répertoriés comme discutant du contexte de la prise en charge psychiatrique française), soit l'intérêt des quotidiens étudiés se porte sur des considérations plus précises. Ce dernier point de vue paraît plausible. En effet, les orientations politiques des quotidiens induisent bien souvent une appétence pour certains sujets précis dans le secteur psychiatrique, permettant de critiquer ou défendre plus ou moins directement le gouvernement en place. Par exemple, *L'Humanité* s'est concentrée sur les réformes de l'hôpital public et la psychiatrie, durant les années 2004-2005. L'approche sécuritaire adoptée par le gouvernement au travers de ces réformes avait été, curieusement, très largement critiquée par ce quotidien. Seuls 13 des 70 articles publiés sur cette période faisaient mention du drame de Pau précédemment évoqué ; une constatation qui va à l'encontre d'une surexposition des malades mentaux poussant à une hyper sécurisation au détriment de leur prise en charge. Cela étant, les 13 articles mentionnant le drame de Pau n'épargnaient pas le manque d'organisation de l'hôpital et les carences sécuritaires, n'écartant pas complètement l'hypothèse de cette responsabilité médiatique, bien que la tournure des articles soient davantage orientés vers une indulgence vis à vis des soignants et du cadre hospitalier, étant donné les conditions de travail et d'accueil rendues difficiles par des effectifs et des moyens réduits. On constate en effet, toujours pour *L'Humanité*, un pic de publications en 2007, correspondant (et le contenu des

¹¹⁸³ Cf Annexe 18

¹¹⁸⁴ Cf supra dans le présent Chapitre.

articles l'attestent) à la critique de la réforme souhaitée par le président Sarkozy et concordant avec les mobilisations sociales et salariales contre la réforme de l'assurance maladie. En 2011, ce même pic est constaté, là encore corrélé avec la critique du nouveau projet de loi¹¹⁸⁵, *l'Humanité* y ayant consacré 39 des 61 articles publiés cette année sur le sujet de la psychiatrie en France. Cette même année, avait pourtant eu lieu l'assassinat d'Agnès Marin à Chambon-sur-Lignon¹¹⁸⁶, pour lequel *l'Humanité* n'a consacré que 3 de ses articles. *L'Humanité* semble donc orienter ses articles sur la santé mentale vers une critique des évolutions législatives plutôt que vers une exposition excessive des faits divers en la matière. Cette même orientation semble être prise par *Libération*, pour lequel on retrouve les mêmes pics de parution en 2001 (réformes proposées par Bernard Kouchner¹¹⁸⁷), 2004-2005 (notamment l'amendement de Bernard Accoyer¹¹⁸⁸) puis 2011, s'expliquant par des articles centrés sur la critique juridique et politique des futures réformes plus que sur les faits divers qui les ont potentiellement accélérées. En effet, cela s'explique par le fait que ces diverses réformes ont été initiées sous couvert d'un gouvernement aux orientations politiques opposées à celles du journal *Libération*. C'est ainsi que, toujours dans un but contradictoire vis à vis du gouvernement de droite en place, *Libération* s'est insurgée contre les réformes proposées par Philippe Douste-Blazy, et par extension contre l'amalgame fait entre maladie mentale et dangerosité, que l'on ressent au travers de ladite réforme¹¹⁸⁹. Là encore, cette dédramatisation de la maladie mentale (qui implique que les malades soient considérés comme dangereux par nature), bien qu'intéressée car permettant d'émettre une critique sur les réformes de droite, ébranle l'idée reçue d'une presse inévitablement stigmatisante vis-à-vis des malades psychiatriques et responsable de la vision qu'en a d'eux la société. Concernant la réforme de 2011, la tendance est la même pour *Libération* que pour *l'Humanité*. Plus marquant encore, la critique de cette réforme a été largement menée par trois des quotidiens étudiés dont l'orientation politique est la plus à gauche. Ainsi, l'étude constate que la référence critique à l'intervention du JLD se dénombre à 57 reprises dans *Libération* cette année-là, 27 dans *Le Monde* et 13 dans *l'Humanité*, contre seulement 5 dans *Le Figaro*. Les visées politiques sont donc facilement décelables à la lumière de cette simple constatation.

¹¹⁸⁵ Op. cit., 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

¹¹⁸⁶ D. ARNAUD, « Meurtre d'Agnès Marin au Chambon-sur-Lignon : le procès du suivi judiciaire », *Libération*, 16/06/2013

¹¹⁸⁷ Déclaration de M. Bernard Kouchner, ministre délégué à la santé, sur la politique de santé mentale, notamment l'offre de soins et la recherche en psychiatrie à Paris le 5 avril 2001 ; E. FAVEREAU, « Kouchner de nouveau en pleine Santé. », *Libération*, 12/03/2001

¹¹⁸⁸ Déclaration de M. Bernard Accoyer, président du groupe parlementaire UMP à l'Assemblée nationale, en réponse à la motion de censure, déposée en application de l'article 49-3 de la Constitution, par M. Jean-Marc Ayrault, président du groupe parlementaire PS, sur le projet de loi relatif aux responsabilités et aux libertés locales, "acte II" de la décentralisation, à l'Assemblée nationale le 27 juillet 2004 ; E. FAVEREAU, « Les psys se lèvent contre une loi », *Libération*, 13/01/2004

¹¹⁸⁹ E. FAVEREAU, « Un nouveau diagnostic alarmant pour la psychiatrie française », *Libération*, 24/09/2019 ; E. FAVEREAU, « Les maux de la psychiatrie », *Libération*, 15/10/2005

602. Comme évoqué, *Le Monde* - dont l'orientation politique est plutôt socialiste, bien que moins extrême que *Libération* - opte également pour une majorité d'articles de fond, critiques des réformes entreprises. Cependant, étant moins virulent que *Libération*, *Le Monde* considère à juste titre la politique sécuritaire menée au travers des réformes successivement entreprises à partir de 2005. Ainsi, l'émergence sanitaire est certes critiquée, mais certainement pas blâmée¹¹⁹⁰. *Le Monde* va même jusqu'à mettre en avant, sans trop de retenu à son égard, les différents rapports sur la dangerosité¹¹⁹¹. A nouveau, bien que prôné sous l'angle de l'analyse des réformes en matière de prise en charge psychiatrique, l'hyper-sécurisation amenant à une réduction de la liberté d'aller et venir des patients semble être soutenue par les médias. Enfin, concernant *Le Figaro*, les orientations des articles à caractère psychiatrique semblent être différentes, ceci s'expliquant probablement par son orientation politique opposée. Effectivement, contrairement aux orientations des trois journaux précédemment détaillés, *Le Figaro* titre sur la prise en charge psychiatrique au travers de faits divers, plus qu'en opposant une critique des réformes, proposées majoritairement par des intervenants politiques de droite. Ainsi, on constate que le pic de 1998 recense 9 publications exclusivement concentrées sur des faits divers en psychiatrie. A partir de fin 2004, à la suite de l'avènement de l'affaire Romain Dupuy à Pau, et jusqu'à début 2006, il sera constaté au moins une référence à cet événement dramatique dans chaque article où le terme « psychiatrie » est retrouvé. Sur cette même période, le rapprochement critiquable entre malade psychiatrique et criminel est décelable dans 10 articles. Ces références sont particulièrement criantes dans les articles faisant état du double meurtre de Pau. Lorsque *Le Figaro* s'oriente davantage vers un article de fond, le fait divers n'est jamais loin. C'est ainsi que, tout en évoquant le plan Santé mentale de Philippe Douste-Blazy¹¹⁹² au sein de 7 articles en février 2005, 9 articles sont publiés en parallèle (sur la même période) rappelant des faits divers pouvant justifier le durcissement des mesures de soins contraints et donc la restriction endurcie de la liberté d'aller et venir des individus atteints de troubles mentaux (rapprochement avec l'affaire d'Outreau dans 3 de ces articles, ou encore avec le drame de Pau dans 2 d'entre eux). Les critiques émises au sein du *Figaro* concernant surtout le cadre et le contexte de travail des soignants, et non les réformes proposées par le gouvernement.

603. On constate donc globalement que, plus le journal se prévaut d'une orientation politique de gauche (et plus celle-ci est affirmée), plus l'accent des articles se tourne vers une critique de fond de la prise en charge psychiatrique et des réformes proposées par les gouvernements

¹¹⁹⁰ C. PRIEUR, « La pénurie de personnel au cœur de l'insécurité en psychiatrie », *Le Monde*, 13/05/2005

¹¹⁹¹ Rapport de la Commission santé-justice « Santé, justice et dangers : pour une meilleure prévention de la récidive », présidée par Monsieur Jean-François Burgelin, Juillet 2005 ; Rapport de l'Inserm, « Trouble des conduites chez l'enfant et l'adolescent », 01/09/2005

¹¹⁹² Op. cit., Plan santé proposé par Philippe Douste-Blazy en 2005, dit « Plan Hôpital 2007 »

successifs entre les années 2000 et 2010, majoritairement de droite. A contrario, plus l'orientation politique du journal concerné se rapproche de celle du gouvernement en place ou des acteurs à l'origine des réformes visées, plus les articles tournent autour d'une mise en avant des faits divers et des problématiques superficielles ayant engendrés les situations dans lesquelles ils se sont produits. Ces constatations mettent en évidence que le fait divers n'est pas systématiquement utilisé par les médias pour générer une vision déformée du malade psychiatrique et de son éventuelle dangerosité, ni même pour opter en faveur d'une politique ultra-sécuritaire qui semble être celle adoptée par les gouvernements à partir de 2005¹¹⁹³. Mais qu'en est-il si l'on ne prend en compte que les articles axés sur la mention des faits divers impactant potentiellement la vision du malade mental au sein de la population ?

2. Médiatisation des faits divers en psychiatrie : certaines extrémités à l'origine de la stigmatisation des malades mentaux

604. Dans l'étude menée par l'ARS, il est retranscrit le point de vue du Dr Thomas, qui considère que « *dans l'esprit du public, le crime sans mobile est sans doute le pire. Aussi préciser que le meurtrier est schizophrène attire-t-il l'attention, fait-il vendre : à l'instar du crime sexuel, le crime perpétré contre n'importe qui pour n'importe quelle raison alimente les fantasmes* »¹¹⁹⁴. Rappelons que cette étude postulait qu'une hypermédiatisation des faits divers impliquants des individus atteints de troubles mentaux contribuait à la stigmatisation des malades psychiatriques en général ainsi qu'aux critiques sur l'efficacité de leur prise en charge et la psychose quant à la possibilité de leur retour au sein de la société, après une hospitalisation sans consentement notamment. La peur d'une dangerosité de ces malades conduirait alors à préférer leur enfermement, au détriment de leur liberté d'aller et venir, pour garantir davantage la sécurité publique, le bien commun. Ce reproche fait à l'encontre de la sphère médiatique quant à son implication dans la stigmatisation des malades mentaux ferait notamment suite à une autre étude réalisée par l'Ina, exposant une hausse de publication et de diffusion des faits divers de 73% en l'espace de 10 ans¹¹⁹⁵. Selon Sylvie Montaron, journaliste santé pour le journal *Le Progrès*, les références à la schizophrénie et à la psychopathie sont les plus fréquemment utilisées dans la presse écrite relatant les faits divers sur fond psychiatrique : citer ces pathologies permettrait aux journalistes de justifier la violence¹¹⁹⁶. Malheureusement, cet usage de termes médicaux évocateurs se fait parfois avant même qu'un psychiatre n'ait posé un diagnostic. C'est justement ce qu'il s'est produit en 2012 lorsqu'un étudiant ayant poignardé

¹¹⁹³ Cf supra dans le présent Chapitre.

¹¹⁹⁴ ARS Nord Pas-de-Calais, « Propos de journalistes & d'experts au sujet de 5 maladies mentales », Euralille, 2014, p.71

¹¹⁹⁵ Institut national de l'audiovisuel (Ina), « Les faits divers dans les JT : toujours plus », Le Baromètre thématique des journaux télévisés, 30 juin 2013.

¹¹⁹⁶ Op. cit., ARS Nord Pas-de-Calais, « Propos de journalistes & d'experts au sujet de 5 maladies mentales », Euralille, 2014, p.45

son professeur s'est vu qualifié de schizophrène par la presse, avant même que le diagnostic ne soit posé¹¹⁹⁷ : l'examen psychiatrique révéla par la suite qu'il n'était en réalité pas atteint de cette maladie mentale. Bien que la vérité ait été rétablie, le « mal » était déjà fait, la diffusion de l'information sur tous les médias (papier, internet, audiovisuel) ayant été trop rapide pour empêcher cet amalgame de s'immiscer dans la pensée collective. La psychose collective peut également être encouragée par certains titres utilisés par la presse. C'est notamment le cas du Figaro qui fit plus d'une fois des effets de style dans ses « gros titres » en psychiatrie¹¹⁹⁸. Cependant, bien que les faits divers en santé mentale relatés par la presse n'apportent pas toujours un point de vue bénéfique sur le patient en cause, il arrive que l'émoi provoqué par les médias pousse le législateur vers des réformes salvatrices et pérenne.

C. Évolutions juridiques louables : quand le fait divers initie positivement les actions du législateur

605. Revenons sur l'une des dernières affaires les plus marquantes du XXI^e siècle. Courant avril 2017, un homme de 27 ans pénétrait dans le domicile d'une de ses voisines, âgée de 65 ans, et la tuait en la frappant violemment avant de la précipiter par la fenêtre. Bien que rapidement appréhendé, l'individu ne pouvait être interrogé pendant la garde à vue en raison de troubles mentaux évidents nécessitant son transfert en établissement psychiatrique. Les premiers témoignages recueillis confirmaient que l'homme, un consommateur régulier de cannabis depuis l'âge de 16 ans, avait proféré des propos incohérents mêlant insultes et références mystiques à la religion et à la sorcellerie. Kobili Traoré, inculpé pour homicide volontaire, justifiait son acte en expliquant qu'il se sentait "marabouté" et poursuivi par des démons, déclarant que cette crise avait commencé quelques jours avant le drame. Les sept psychiatres chargés d'expertiser l'individu concluaient à l'unanimité qu'il avait agi sous l'emprise d'une bouffée délirante aiguë, potentiellement encouragée ou déclenchée par sa consommation habituelle de cannabis. Sur la base de ces conclusions, à la fin de l'enquête judiciaire, les magistrats instructeurs saisissaient la chambre de l'instruction en vertu de l'article 706-120 du code de procédure pénale, considérant qu'il existait des motifs crédibles de retenir l'irresponsabilité pénale de l'accusé. Par un jugement du 19 décembre 2019¹¹⁹⁹, la chambre de l'instruction statuait sur l'existence de charges suffisantes à l'encontre du mis en examen pour le meurtre délibéré de sa victime, tout en retenant la circonstance aggravante

¹¹⁹⁷ France Info, « V.d'Ascq : un professeur poignardé par un étudiant », 28/09/2012, <https://france3-regions.francetvinfo.fr/hauts-de-france/info/vd-ascq--un-professeur-poignarde-par-un-etudiant-116425.html> ; Ibid : ARS, p. 71

¹¹⁹⁸ « Le meurtre sauvage de l'épicière de Rouen », *Le Figaro*, 06/03/1998 ; « Le crime à la lumière de la psychiatrie », *Le Figaro*, 07/07/1998 ; « La maladie mentale fait toujours peur », *Le Figaro*, 13/06/1998

¹¹⁹⁹ V. TELLIER-CAYROL, « La turpitude du fou », *Recueil Dalloz*, 2020 ; S. FUCINI, « Affaire Sarah Halimi : déclaration d'irresponsabilité pénale pour cause de trouble mental », *Dalloz actualité*, 03/02/2020

d'antisémitisme¹²⁰⁰. Parallèlement, les juges déclaraient l'accusé pénalement irresponsable en raison d'un trouble psychique ou neuropsychique ayant aboli son discernement ou le contrôle de ses actes au moment des faits¹²⁰¹. Face au consensus des experts sur l'existence d'une bouffée délirante d'origine exotoxique¹²⁰², la Cour de cassation était confrontée à une question de principe, cherchant à déterminer si l'irresponsabilité pénale doit être écartée lorsque l'abolition du discernement résulte d'une consommation volontaire de substances psychotropes. Contrairement à certaines présentations pouvant parfois conduire à des raccourcis nuisibles à la compréhension de l'arrêt, il n'appartenait en aucun cas à la Cour de cassation de se pencher sur la responsabilité pénale d'un individu en état d'ivresse cannabique au moment des faits, étant donné que tel n'était pas le cas de Kobili Traoré. La question n'était pas non plus de déterminer si la consommation de stupéfiants constituait en elle-même une cause d'irresponsabilité. Il est bien établi que le simple défaut de lucidité résultant de la consommation de psychotropes ne constitue pas en soi une cause d'irresponsabilité¹²⁰³. Au contraire, la consommation de stupéfiants ou d'alcool peut non seulement constituer une infraction autonome¹²⁰⁴, mais également une circonstance aggravante de nombreuses infractions¹²⁰⁵, et cette réalité n'a pas été remise en question par l'arrêt. La question plus nuancée posée ici était de savoir si une

¹²⁰⁰ Article 132-76 du code pénal : « Dans les cas prévus par la loi, les peines encourues pour un crime ou un délit sont aggravées lorsque l'infraction est commise à raison de l'appartenance ou de la non-appartenance, vraie ou supposée, de la victime à une ethnie, une nation, une race ou une religion déterminée. La circonstance aggravante définie au premier alinéa est constituée lorsque l'infraction est précédée, accompagnée ou suivie de propos, écrits, images, objets ou actes de toute nature portant atteinte à l'honneur ou à la considération de la victime ou d'un groupe de personnes dont fait partie la victime à raison de leur appartenance ou de leur non-appartenance, vraie ou supposée, à une ethnie, une nation, une race ou une religion déterminée. »

¹²⁰¹ Article 122-1 du code pénal : « N'est pas pénalement responsable la personne qui était atteinte, au moment des faits, d'un trouble psychique ou neuropsychique ayant aboli son discernement ou le contrôle de ses actes. La personne qui était atteinte, au moment des faits, d'un trouble psychique ou neuropsychique ayant altéré son discernement ou entravé le contrôle de ses actes demeure punissable. Toutefois, la juridiction tient compte de cette circonstance lorsqu'elle détermine la peine et en fixe le régime. Si est encourue une peine privative de liberté, celle-ci est réduite du tiers ou, en cas de crime puni de la réclusion criminelle ou de la détention criminelle à perpétuité, est ramenée à trente ans. La juridiction peut toutefois, par une décision spécialement motivée en matière correctionnelle, décider de ne pas appliquer cette diminution de peine. Lorsque, après avis médical, la juridiction considère que la nature du trouble le justifie, elle s'assure que la peine prononcée permette que le condamné fasse l'objet de soins adaptés à son état. »

¹²⁰² L'appréciation du discernement relève de l'appréciation souveraine des juges du fond : Crim. 21 mars 2012, n° 12-80.178 P, Dalloz actualité, 11 mai 2012

¹²⁰³ Crim. 21 juin 2017, n° 16-84.158

¹²⁰⁴ Article R.3353-1 CSP : « Le fait de se trouver en état d'ivresse manifeste dans les lieux mentionnés à l'article L. 3341-1 est puni de l'amende prévue pour les contraventions de la 2e classe. » ; Article L.3421-1 CSP : « L'usage illicite de l'une des substances ou plantes classées comme stupéfiants est puni d'un an d'emprisonnement et de 3750 euros d'amende. Si l'infraction est commise dans l'exercice ou à l'occasion de l'exercice de ses fonctions par une personne dépositaire de l'autorité publique ou chargée d'une mission de service public, ou par le personnel d'une entreprise de transport routier, ferroviaire, maritime ou aérien, de marchandises ou de voyageurs exerçant des fonctions mettant en cause la sécurité du transport dont la liste est fixée par décret en Conseil d'Etat, les peines sont portées à cinq ans d'emprisonnement et à 75 000 euros d'amende. Pour l'application du présent alinéa, sont assimilés au personnel d'une entreprise de transport les travailleurs mis à la disposition de l'entreprise de transport par une entreprise extérieure. Pour le délit prévu au premier alinéa du présent article, y compris en cas de récidive, l'action publique peut être éteinte, dans les conditions prévues aux articles 495-17 à 495-25 du code de procédure pénale, par le versement d'une amende forfaitaire d'un montant de 200 €. Le montant de l'amende forfaitaire minorée est de 150 € et le montant de l'amende forfaitaire majorée est de 450 €. »

¹²⁰⁵ Articles 221-6-2, 222-12, 222-13, 222-24, 222-28, 222-30 et 222-19-2 du code pénal

consommation régulière de stupéfiants contribuant à des troubles psychiques ou neuropsychiques constitue une faute susceptible de s'opposer à l'application du principe d'irresponsabilité pénale. Selon le droit positif en vigueur, une telle question appelait nécessairement une réponse négative : l'article 122-1 du code pénal ne fait pas de distinction selon l'origine du trouble mental ayant conduit l'auteur à perdre conscience de ses actes, rendant ainsi indifférente l'existence d'une faute antérieure de sa part. *Ubi lex non distinguit, nec nos distinguere debemus*. En rejetant le pourvoi qui lui était soumis, la Cour de cassation a donc pris une décision conforme aux textes et a clarifié une position qu'elle n'avait jamais expressément consacrée jusqu'alors¹²⁰⁶.

606. Aucune infraction pénale ne saurait être établie sans l'existence d'un élément moral. Dans le cadre du droit pénal moderne, qui vise une fonction rétributive plutôt qu'exclusivement utilitariste, une sanction n'est admise que sous la condition que l'auteur ait fait preuve de discernement au moment des faits. Contrairement à la faute civile, de nature "objective"¹²⁰⁷, une infraction pénale ne peut découler uniquement de l'accomplissement matériel d'un acte. Sa caractérisation nécessite que l'auteur n'ait pas été privé de son libre arbitre lors de sa commission. Selon ce principe, il est établi de longue date qu'aucune infraction ne peut être imputée à un enfant trop jeune pour "*posséder le minimum de raison nécessaire pour comprendre la nature et la portée de l'acte qu'on lui reproche*"¹²⁰⁸. L'article 122-1, alinéa 1er, du code pénal va dans le même sens, écartant toute responsabilité pénale lorsque l'agent "était atteint, au moment des faits, d'un trouble psychique ou neuropsychique ayant aboli son discernement ou le contrôle de ses actes". Substituant la notion de "démence" envisagée par le code pénal de 1810, le "trouble psychique ou neuropsychique" englobe en jurisprudence diverses situations d'aliénation mentale, allant des délires hallucinatoires aux crises d'épilepsie¹²⁰⁹ et aux troubles schizophréniques¹²¹⁰ de toutes natures. Dans la plupart des cas, doctrine et jurisprudence s'accordent à considérer que l'origine de la perturbation mentale est indifférente lors de l'appréciation d'une éventuelle cause subjective d'irresponsabilité. En revanche, l'abolition du discernement due à une intoxication volontaire suscite des divergences parmi les auteurs, compte tenu des enjeux soulevés par cette question. Pour ceux conformes au droit positif, une faute antérieure de l'agent ne devrait jamais être prise en compte, et l'évaluation du discernement et de la volonté de commettre les faits doit se faire uniquement au moment de la commission de l'infraction (7). À leurs yeux, juger un comportement commis en état d'inconscience en référence à une faute antérieure serait une violation non seulement de la lettre, mais aussi de l'esprit de l'article 122-1 du code pénal¹²¹¹. En opposition, les partisans d'une

¹²⁰⁶ Crim. 12 mai 2010, n° 10-80.279

¹²⁰⁷ Article 489-2 du code civil ; Cass., ass. plén., 9 mai 1984, *Lemaire et Derguini*, Bull. civ. 2 et 3

¹²⁰⁸ Crim. 13 déc. 1956, n° 55-05.772, Bull. crim. n° 840

¹²⁰⁹ Crim. 14 déc. 1982, Gaz. Pal. 1983. 1. Pan. 178

¹²¹⁰ Crim. 18 févr. 1998, nos 97-81.702 et 97-84.855 P, Bull. crim. n° 66

¹²¹¹ P. CONTE et P. MAISTRE de CHAMBON, *Droit pénal général*, 7e éd., Armand Collin, 2004

évolution du droit positif estiment que l'irresponsabilité pénale ne devrait pas bénéficier à celui dont la faute constitue la cause directe. Pour ces auteurs, prendre en compte une faute antérieure se fonde sur quelques arrêts ayant admis cette théorie en matière d'état de nécessité¹²¹² ou de contrainte¹²¹³. Leur argumentation vise à éviter que l'auteur puisse se prévaloir de sa propre turpitude pour échapper à sa responsabilité pénale.

607. En refusant de modifier le droit positif, la Cour de cassation a pris une décision non seulement courageuse mais aussi pleinement justifiée. Bien que, dans une perspective strictement utilitariste, condamner une personne dont le discernement a été annulé par la consommation de substances psychotropes présente un avantage sécuritaire indéniable, comme le soulignait l'avocate générale, cette approche pourrait être plus protectrice pour la société que l'hospitalisation d'office et aurait peut-être un effet dissuasif sur les consommateurs de drogue ou d'alcool. Cependant, si la Cour de cassation avait choisi de ne pas reconnaître l'irresponsabilité pénale en cas d'intoxication volontaire, cette décision aurait été en contradiction non seulement avec le droit positif mais aussi avec le principe d'interprétation stricte du droit pénal – un corollaire essentiel du principe constitutionnel de légalité –, même si l'article 122-1 du code pénal ne souffre d'aucune ambiguïté. En créant une distinction non prévue par le texte dans le but de permettre la condamnation d'une personne dépourvue de discernement au moment des faits, la Cour de cassation aurait surtout enfreint les principes fondamentaux du droit pénal moderne, qui s'opposent à la punition d'une personne atteinte de folie, indépendamment des causes de sa démente.

608. À l'examen, la justification de la solution apparaît d'autant plus évidente que la prétendue contradiction entre la décision d'irresponsabilité et la confirmation du caractère antisémite du crime est simplement apparente. Tout d'abord, sur le plan médical, les experts, notamment le Dr. Zagury, ont clairement expliqué que "*un crime pouvait être à la fois délirant et antisémite*"¹²¹⁴, l'auteur des faits ayant reconnu à l'entrée du domicile de la victime que celle-ci était juive, ce constat se mêlant ensuite à la thématique délirante. Deuxièmement, sur le plan strictement procédural, il est important de noter que lorsque la chambre de l'instruction statue en vertu de l'article 706-120 du code de procédure pénale¹²¹⁵, elle doit procéder en deux étapes.

¹²¹² Crim. 28 juin 1958, Lesage, D. 1958. 693

¹²¹³ Crim. 29 janv. 1921, Trémintin, S. 1922. 1. 185

¹²¹⁴ Issu du rapport d'Expertise

¹²¹⁵ Article 706-120 du code de procédure pénale : « *Lorsqu'au moment du règlement de son information, le juge d'instruction estime, après avoir constaté qu'il existe contre la personne mise en examen des charges suffisantes d'avoir commis les faits reprochés, qu'il y a des raisons plausibles d'appliquer le premier alinéa de l'article 122-1 du code pénal, il ordonne, si le procureur de la République ou une partie en a formulé la demande, que le dossier de la procédure soit transmis par le procureur de la République au procureur général aux fins de saisine de la chambre de l'instruction. Il peut aussi ordonner d'office cette transmission. Lorsque le juge d'instruction, au moment du règlement de son information, estime que l'abolition temporaire du discernement de la personne mise en examen résulte au moins partiellement de son fait et qu'il existe une ou plusieurs expertises concluant que le discernement de la personne était seulement altéré, il renvoie celle-ci devant la juridiction de jugement compétente qui statue à huis clos sur l'application du même article 122-1 ; si la personne n'est pas déclarée pénalement irresponsable, le dossier est renvoyé à une audience ultérieure pour être examiné au fond conformément aux*

Dans un premier temps, elle doit examiner si les faits dont elle est saisie sont objectivement susceptibles de constituer une infraction. En d'autres termes, cette première étape consiste à déterminer théoriquement la qualification qui devrait être retenue dans l'hypothèse où les faits auraient été commis par une personne dotée de discernement. Ce n'est que dans un second temps que la chambre de l'instruction examine la question de l'imputabilité et, par conséquent, du discernement de l'auteur des faits au moment de son action. Ce raisonnement en deux temps permet d'appliquer le mécanisme de l'irresponsabilité pénale tout en reconnaissant aux parties civiles leur qualité de victimes d'une infraction théoriquement qualifiée. En l'espèce, étant donné que le mobile raciste d'une infraction peut être déduit des termes qui l'ont précédée, accompagnée ou suivie¹²¹⁶, les propos tenus par le mis en cause au moment de son action permettraient effectivement de qualifier l'homicide comme "objectivement" antisémite. Seule l'absence de discernement de l'auteur de ces faits faisait ensuite obstacle à l'engagement de sa responsabilité pénale pour l'infraction. Plutôt que de révéler une contradiction, le raisonnement suivi visait donc à garantir une prise en compte effective des victimes, conforme à l'intention du législateur lors de la création de la procédure de l'article 706-120 du code de procédure pénale, inspirée par l'affaire Romain Dupuy¹²¹⁷. En fin de compte, bien que l'arrêt ait pu susciter une émotion légitime en raison de l'atrocité des faits, la solution consacrée doit être saluée. En accord avec le droit positif, la position de la Cour de cassation a pourtant fait l'objet de critiques virulentes, avec des appels à la réforme des textes se multipliant, dans un contexte de surenchère répressive et de récupération politique particulièrement consternant. Comme toutes les propositions formulées en réaction à un fait divers, celles visant à permettre la condamnation d'une personne dont la conscience était abolie au moment des faits devraient être examinées avec la plus grande prudence. La compassion, bien que légitime envers les victimes, ne devrait-elle pas être exercée avec discernement lorsqu'elle incite à s'écarter des principes qui devraient faire consensus ?

609. A la lumière de l'étude analysée tout au long de cette section et des différentes affaires relatées par la presse, s'il est établi que les médias font écho des évolutions législatives et des faits divers, ils font également état régulièrement des conditions hospitalières peu propices à une qualité de prise en charge optimale du malade psychiatrique. En effet, garantir la sécurité publique tout en protégeant au maximum la liberté d'aller et venir du patient en psychiatrie implique des moyens, tant humains qu'architecturaux. Une double nécessité qui fait bien

dispositions relatives aux jugements des crimes ou des délits. Dans les autres cas, il rend une ordonnance d'irresponsabilité pénale pour cause de trouble mental qui précise qu'il existe des charges suffisantes établissant que l'intéressé a commis les faits qui lui sont reprochés. »

¹²¹⁶ Crim. 25 juin 2013, n° 12-84.790 P, Bull. crim. n° 152 ; Article 132-76 du code pénale

¹²¹⁷ Loi n° 2008-174 du 25 février 2008 relative à la rétention de sûreté et à la déclaration d'irresponsabilité pénale pour cause de trouble mental, dans les suites de l'Affaire Romain Dupuy

souvent défaut dans les établissements hospitaliers psychiatriques français, rendant le système actuel critiquable.

Chapitre 2. Les failles du système français actuel

610. L'étude précédemment menée¹²¹⁸ a permis de démontrer que, bien que l'augmentation des faits divers liés au passage à l'acte de malades psychiatriques ne soit pas réellement avérée, la couverture médiatique de ces événements a induit chez le grand public une appréhension de la remise en « liberté » du patient hospitalisé en psychiatrie (d'autant plus s'il l'était sous contrainte, sa maladie étant nécessairement considérée comme plus grave). L'augmentation des supports de diffusion médiatique (journaux, télévision, radio, réseaux sociaux, etc.), entraînant une surexposition aux informations, a amplifié le phénomène de crainte des informés vis-à-vis des individus atteints de troubles ou de maladies mentales¹²¹⁹. Parmi les rapports et textes évoqués précédemment¹²²⁰, la réaction législative la plus marquante est sans doute celle ayant fait suite au discours d'Antony prononcé par le Président Sarkozy, dans le cadre du meurtre commis par un schizophrène sur un passant anonyme dans le centre de Saint-Égrève : « *Mon propos n'est pas de dire que la seule solution est l'enfermement à vie [...]. Mais il faut trouver un équilibre entre la protection de la société et la réinsertion du patient. Mon devoir, notre devoir, c'est aussi de protéger la société et nos compatriotes [...]. Et vous savez fort bien que des patients dont l'état s'est stabilisé pendant un certain temps peuvent devenir soudainement dangereux* »¹²²¹. Nicolas Sarkozy avait alors commencé par annoncer le « plan de sécurisation des hôpitaux psychiatriques » pour lequel fut alloué un montant de trente millions d'euros¹²²². Ce plan implique, sur bien des aspects, une régression de la prise en charge psychiatrique concernant la protection de la liberté d'aller et venir du patient, notamment via la réhabilitation de mesures particulièrement liberticides. Il est ainsi question de « mieux contrôler les entrées et les sorties des établissements », de « prévenir les fugues », de surveiller certains patients grâce à des dispositifs de géolocalisation, etc. Quarante millions d'euros ont également été débloqués pour la création d'au moins une unité fermée équipée d'un système de vidéosurveillance pour chaque établissement psychiatrique public, pour la création de deux cents chambres d'isolement et pour celle de quatre nouvelles unités pour malades difficiles comportant quarante lits chacune. Le Président annonçait également la réforme de la loi de 1990 : il s'agit là de la phase législative du plan de sécurisation, qui consiste à réformer la procédure d'hospitalisation d'office, et les « soins ambulatoires sans consentement »¹²²³. Cette

¹²¹⁸ Chapitre 1 du présent Titre

¹²¹⁹ Marie ANGUIS avec la collaboration de Jean-Luc ROELANDT et Aude CARIA (Centre Collaborateur OMS) (2001, mai). La perception des problèmes de santé mentale : les résultats d'une enquête sur neuf sites. *Études et résultats*, 116.

¹²²⁰ Idem

¹²²¹ Extrait du discours d'Antony prononcé par le Président Nicolas Sarkozy le 2 décembre 2008.

¹²²² Déclaration de M. Nicolas Sarkozy, Président de la République, sur la réforme de l'hôpital psychiatrique, notamment la prise en charge des patients à risque, à Antony le 2 décembre 2008., <https://www.vie-publique.fr/discours/173244-declaration-de-m-nicolas-sarkozy-president-de-la-republique-sur-la-re#:~:text=URL%3A%20https%3A%2F%2Fwww.vie,100>

¹²²³ Expression employée par le Président Sarkozy lors de ce même discours du 2 décembre 2008.

réforme implique plus particulièrement d’instaurer une obligation de soins en ambulatoire à la sortie de l’hospitalisation sans consentement, d’encadrer plus rigoureusement les sorties (ponctuelles ou définitives) des patients hospitalisés sans leur consentement, et de créer un système interdépartemental de fichage administratif pour répertorier les malades ayant été ou étant en hospitalisation d’office¹²²⁴. La loi relative à la rétention de sûreté de février 2008¹²²⁵ et la loi tendant à amoindrir le risque de récidive de mars 2010¹²²⁶ avaient d’ores et déjà posé les bases de cette politique sécuritaire, permettant aux psychiatres de prévoir une potentielle « particulière dangerosité » quasi divinatoire¹²²⁷. Prenons l’exemple du déviant sexuel. Outre son placement en centre médico-socio-judiciaire de sûreté¹²²⁸, ce dernier peut se voir prescrire un traitement hormonal, véritable castration chimique. La perversion sexuelle tombe ainsi dans le champ de la psychiatrie : probablement la finalité d’une perception historique de la déviance sexuelle en tant qu’atteinte à la morale sociale¹²²⁹. Si le choix est, en principe, laissé au condamné, dans les faits il paraît peu probable qu’il refuse un tel traitement dans la mesure où un son refus entraînerait une prolongation de sa peine de prison. La castration chimique d’abord, la castration physique ensuite ? Pourquoi écarter la possibilité d’un tel débordement dans la mesure où cette possibilité a déjà été évoquée par un ministre de la santé¹²³⁰ ? Certes, pour le moment, il n’est pas question de l’imposer (même indirectement, à l’image de la castration chimique), mais la question se pose tout de même de la pratiquer sur demande d’un individu reconnu « déviant sexuel ». Irait-on vers un abandon de la prise en charge du malade, en tant qu’individu, au profit de la sécurité du plus grand nombre ?

611. Cette impulsion sécuritaire a participé à l’incubation des réformes législatives de 2011 puis de 2013¹²³¹. En effet, bien qu’elles aient apporté une garantie supplémentaire pour le

¹²²⁴ N. Maillard-Déchenans, « Loi du 5 juillet 2011 : un toilettage bienvenu », *Santé mentale*, N°180, septembre 2013.

¹²²⁵ Loi n° 2008-174 du 25 février 2008 relative à la rétention de sûreté et à la déclaration d’irresponsabilité pénale pour cause de trouble mental, JORF n°0048 du 26 février 2008

¹²²⁶ Loi n° 2010-242 du 10 mars 2010 tendant à amoindrir le risque de récidive criminelle et portant diverses dispositions de procédure pénale, JORF n°0059 du 11 mars 2010

¹²²⁷ LABOURET Olivier, « Le nouvel ordre sécuritaire », dans : *Le nouvel ordre psychiatrique. Guerre économique et guerre psychologique*, sous la direction de LABOURET Olivier. Toulouse, Érès, « Santé mentale », 2012, p. 57-80. URL : <https://www.cairn.info/le-nouvel-ordre-psychiatrique--9782749224305-page-57.htm>

¹²²⁸ Article R541-2 du Code pénitentiaire : « *Les centres socio-médico-judiciaires de sûreté ont pour mission : 1° De proposer aux personnes placées dans ces structures, de façon permanente, une prise en charge médicale, psychologique et sociale destinée à réduire leur dangerosité et à permettre la fin de la mesure de rétention ; 2° De retenir dans leurs locaux ces personnes, dans des conditions permettant d’assurer la sécurité et le bon ordre du centre socio-médico-judiciaire et d’éviter que ces personnes ne se soustraient à la mesure prononcée, avec la rigueur strictement nécessaire et dans le respect de leur dignité. La prise en charge peut notamment comporter, après accord écrit de la personne, un traitement utilisant des médicaments qui entraînent une diminution de la libido.* »

¹²²⁹ G. LANTERI-LAURA, *Lecture des perversions. Histoire de leur approbation médicale*, Paris, Masson, 1979.

¹²³⁰ « Mme Alliot-Marie évoque la castration physique. La question de la castration physique des délinquants sexuels qui la demandent peut se poser, estime la garde des Sceaux », *France Info*, 22/10/2009, https://www.francetvinfo.fr/france/mme-alliot-marie-evoque-la-castration-physique_245641.html

¹²³¹ Loi 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, et loi du 27 septembre 2013 modifiant certaines dispositions issues de la

respect des droits et libertés du patient à travers le contrôle de l'hospitalisation sans consentement par le JLD¹²³², le constat de l'enfermement excessif pratiqué dans certains établissements reste d'actualité¹²³³. Ces excès résultent, pour la plupart, d'une logistique et d'un cadre hospitalier peu propices à une prise en charge optimale, respectueuse de la liberté d'aller et venir du patient et garantissant la sécurité publique. Il est cependant aisé de comprendre ce basculement lorsque la psychiatrie fait face à un manque certain de personnel médical et de moyens techniques (Section 1). En outre, la frontière entre dangerosité psychiatrique et dangerosité criminologique est parfois mince, tendant vers un engorgement inopportun des services de psychiatrie ou, au contraire, vers une incarcération de certains individus qui relèveraient davantage d'une prise en charge médicale que d'une prise en charge carcérale¹²³⁴. Pour répondre à cette problématique, l'État a créé de nouveaux cadres de prise en charge, comme les UMD et les UHSA ; mais est-ce convaincant ? Le bilan mitigé des modèles existants entraîne des interrogations nécessaires et légitimes sur l'efficacité du modèle psychiatrique français (Section 2).

Section 1. Contraintes organisationnelles à l'hôpital : la quête de sécurité publique au détriment de la liberté d'aller et venir du patient

612. Une enquête menée en 2010 a permis de mettre en évidence que 75% des enquêtés assimilait la maladie mentale au crime¹²³⁵. Pour justifier cette perception, les enquêtés relèvent prioritairement les faits divers relatés par la presse¹²³⁶, ainsi que l'absence de données contradictoires pouvant les inciter à une vision plus objective des individus atteints de trouble ou maladie mentale. La « dangerosité »¹²³⁷ semble devenir le critère majeur du soin psychiatrique, et particulièrement lorsqu'il s'agit de l'hospitalisation sans consentement. Pourtant, cette logique sécuritaire se heurte aux limites des moyens de soins, à la diminution du personnel médical compétent, à l'augmentation des délais de consultation qui en découle, et

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 : ces deux réformes ont été étudiées en Partie 1 Titre 2 de la présente thèse. Évidemment, cette impulsion du législateur ne vient pas seulement de la recherche de sécurité. De nombreuses décisions jurisprudentielles ont notamment contribué à souligner la nécessité d'un cadre législatif robuste pour garantir les droits des personnes souffrant de troubles mentaux, en particulier lorsqu'il s'agit de soins sans consentement et de la protection des droits fondamentaux dans le contexte de la santé mentale : CEDH, 26 février 2022, H.M. c. Suisse ; CEDH, 5 octobre 2000, Varbanov c. Bulgarie ; CEDH, 3 avril 2001, Keenan c. R-U.

¹²³² Cf Part I, Titre 2 de la présente thèse

¹²³³ Cf Section du présent Chapitre.

¹²³⁴ SAUTEREAU Marie, BROUSSE Georges, MEUNIER Frédéric et al., « La loi du 25 février 2008 relative à la rétention de sûreté : repères juridiques et interrogations cliniques », Santé Publique, 2009/4 (Vol. 21), p. 427-436. DOI : 10.3917/spub.094.0427. URL : <https://www.cairn.info/revue-sante-publique-2009-4-page-427.htm>

¹²³⁵ Enquête « Santé Mentale en population Générale : Mythe et Réalités » : C. TASSONE-MONCHICOURT, N. DAUMERIE, A. CARIA, I. BENRADIA, J-L. ROELANDT, « Etats dangereux et troubles psychiques : images et réalités », *L'Encéphale*, 2010, vol. 36, n°3S1, p. 21-25.

¹²³⁶ Cf Chapitre 1 du présent Titre

¹²³⁷ Cette notion sera développée dans la Section 2 du présent Chapitre.

aux limites budgétaires et institutionnelles. Ce bilan implique de jauger l'urgence d'une prise en charge : en effet, les places manquent du fait d'un nombre insuffisant de lits, et les délais sont parfois de plusieurs mois pour une hospitalisation. Les cas les plus urgents sont donc traités en priorité, c'est-à-dire les cas les plus probables de risque de passage à l'acte. Ce contexte hospitalier insuffisant et le choix des cas les plus sévères qui en découle contribuent à alimenter la vision du grand public d'un patient hospitalisé nécessairement dangereux. Pourtant, un conjoint violent est davantage susceptible de passage à l'acte qu'un schizophrène qui sera bien souvent la première victime de violence sociale¹²³⁸.

613. Qu'est-ce qui conduit les soignants à donner la priorité à certains patients par rapport à d'autres dans leur prise en charge au sein de l'hôpital psychiatrique ? Le caractère urgent de cette prise en charge, lié au degré de dangerosité potentiel du patient concerné ! Dans un monde idéal, tout patient présentant un trouble ou une maladie mentale qui souhaiterait être pris en charge et qui devrait l'être (sans son consentement) devrait pouvoir être traité immédiatement au sein de l'hôpital. Malheureusement, des contraintes matérielles et architecturales (Paragraphe 1), et le manque de personnel (Paragraphe 2) rendent cet idéal actuellement impossible. Se pose alors la question de la responsabilité des établissements et des professionnels en cas de défaut de surveillance et de sécurité (Paragraphe 3).

[Paragraphe 1. L'hôpital psychiatrique : des contraintes architecturales peu favorables au respect de la liberté d'aller et venir du patient et à la garantie de la sécurité publique](#)

614. Marie-France CALLU rapportait une anecdote : « *On demande à un architecte de construire une nouvelle aile dans un établissement psychiatrique. Il réfléchit avec les médecins. Dans sa logique d'architecte il se dit, les personnes atteintes de maladie psychiatriques n'ont pas le même rapport aux murs et aux plafonds que nous. Or, quand ils sont dans une pièce classique, les murs sont droits, les plafonds sont droits et ils y sont mal. Pour qu'ils soient mieux, on va construire cette aile avec des murs et des plafonds jamais droits, arrondis, etc. Intellectuellement c'était logique, sauf que dans la pratique, le bâtiment est resté vide. Au bout de 2 jours, les patients qui y avaient été insérés ont eu des crises ; le fait que les murs et les plafonds soient de guingois, alors qu'ils avaient l'habitude de murs droits, ça les avait totalement déstabilisés. Cela a été une erreur monumentale, malgré la bonne volonté de l'architecte* »¹²³⁹. Certes, la maladie mentale en elle-même implique que le patient ne conçoive pas positivement le cadre architectural de l'hôpital psychiatrique. Cependant, au-delà de ce qu'implique la maladie, il est concevable et réel que le cadre hospitalier en lui-même n'apporte pas toujours un environnement propice au respect de la liberté d'aller et venir du patient. En effet, les contraintes architecturales elles-mêmes peuvent être citées. Dans la mesure du

¹²³⁸ T. JEAN, *Faut-il juger et Punir les malades Mantoux Criminel ?* ed Erès, 2009, p.3

¹²³⁹ Entretien avec M-F CALLU, membre de différents comités d'éthiques, cf Annexe 38

possible, il est envisagé de configurer les espaces de manière à promouvoir la sécurité, à faciliter le déroulement des soins et à améliorer le bien-être tant des patients que des professionnels. Cela implique une diversification des zones, incluant des bureaux, des espaces de soins, des lieux privés, des zones de détente, de repos, de loisirs, etc. L'objectif est notamment de définir des espaces de vie individuels pour chaque personne, éloignés des interactions de groupe, afin de préserver la tranquillité des plus vulnérables¹²⁴⁰. Divers guides ont été élaborés afin de fournir des directives concernant la construction des établissements de santé, leur équipement, ainsi que tous les aspects liés à la maintenance et à la sécurité. En ce qui concerne la construction, cela implique la gestion de la programmation des opérations d'investissement pour les établissements de santé publics, en suivant la réglementation relative aux opérations de construction, incluant l'urbanisme, la maîtrise d'ouvrage, la maîtrise d'œuvre, etc. Le volet du plateau technique et de l'équipement englobe spécifiquement les équipements du plateau technique médical, médicotechnique et des services logistiques. Enfin, la maintenance et la sécurité englobent les opérations de maintenance des dispositifs médicaux (matériorigilance et contrôles de qualité), la sécurité incendie, électrique et environnementale¹²⁴¹. Cependant, la théorie d'une architecture parfaitement aménagée, disposant de places illimitées et offrant un cadre propice à une prise en charge optimale des malades reste très éloignée de la réalité de terrain au sein des hôpitaux psychiatriques (A), engendrant des enjeux juridiques conséquents concernant la prise en charge des patients (B).

A. Contraintes architecturales : les différentes formes d'atteinte architecturale à la liberté d'aller et venir du patient

615. Il apparaît que l'atteinte à la liberté d'aller et venir du patient peut s'opérer au sein de son propre cadre de vie intime, dont sa chambre (1), mais également au sein des différents services en général (2).

1. Une atteinte à la liberté d'aller et venir et aux droits fondamentaux du patient dans sa chambre et ses premiers espaces de vie

616. Dans les unités psychiatriques hospitalières fermées, les chambres sont aménagées de manière à simplifier l'observation des patients par le personnel soignant (judas extérieur, espace de visibilité prévu sur la porte, etc.) : "*Dans les [établissements publics de santé mentale (EPSM)], la porte des chambres comporte encore trop souvent une lucarne vitrée*"¹²⁴². En

¹²⁴⁰ M. ESTRYN-BEHAR, *Ergonomie hospitalière : théorie et pratique*. 2nde éd augmentée. Toulouse, Octares, 2011.

¹²⁴¹ MAINH et DHOS (actuelle DGOS), Guide de la réglementation et des recommandations relatives à la construction et au fonctionnement technique des établissements, octobre 2005

¹²⁴² Rapport du CGLPL, *L'intimité au risque de la privation de liberté*, Dalloz, 7 juillet 2022

outre, les chambres sont « *trop rarement individuelles* »¹²⁴³. Si cette constatation architecturale implique une atteinte évidente à l'intimité du patient (et à son droit au respect de la vie privée, de fait), elle implique également indirectement une atteinte à sa liberté d'aller et venir, y compris au sein de l'établissement. En effet, la surveillance qu'impliquent les ouvertures prévues dans les chambres ne laisse guère le champ libre à des sorties intempestives : comment se sentir libre de déambuler – en dehors ou dans sa propre chambre – lorsqu'on se sait surveillé, épié ? En outre, les chambres multiples ne sont pas plus appropriées pour jouir d'une liberté d'aller et venir totale dans son propre espace de vie. L'usage de certains matériels de surveillance pose également souci concernant à la fois le respect de l'intimité du malade et de sa liberté d'aller et venir. En effet, le CGLPL insiste sur l'illégalité de l'usage de caméras de vidéosurveillance¹²⁴⁴ dans les espaces collectifs, en chambre individuelle et en chambre d'isolement¹²⁴⁵. En outre, l'accès aux sanitaires en chambre d'isolement (et parfois en chambre classique) est régulièrement rendu impossible par l'usage de verrous. Le patient doit nécessairement demander aux soignants pour pouvoir y accéder : "*Dans les chambres d'isolement, les sanitaires, quand ils sont attenants, sont presque toujours fermés et inaccessibles au patient sans en faire la demande aux soignants*"¹²⁴⁶. Outre le fait que cette restriction entrave la liberté d'aller et venir du patient de façon évidente, dans la mesure où il ne peut même pas se rendre aux sanitaires lorsqu'il estime en avoir besoin, cela implique également une autre restriction, indirecte certes mais néanmoins préoccupante. Le CGLPL a en effet relevé que la fermeture des sanitaires empêche le patient d'avoir une vie affective ou sexuelle. Mais il s'agit là d'une problématique allant au-delà de la liberté d'aller et venir en elle-même¹²⁴⁷. De même, les conditions architecturales ne respectent pas toujours l'exigence de respect de la dignité humaine¹²⁴⁸ du patient (manque de vie privée et d'espace personnel, chambres partagées, environnements institutionnels et dépersonnalisés, manque d'accès à la nature et à l'extérieur, éclairage et matériaux peu engageants), comme le soulignent plusieurs rapports officiels¹²⁴⁹. La CEDH, attentive à ce principe, l'avait déjà soulevé en 2012 dans

¹²⁴³ Ibid

¹²⁴⁴ Cf présente Section 1, Paragraphe 2, B

¹²⁴⁵ C. CORDIER, « La CGLPL appelle à mieux respecter l'intimité des patients hospitalisés en psychiatrie », Hospimédia, 08/07/22.

¹²⁴⁶ Même Rapport du CGLPL, 7 juillet 2022

¹²⁴⁷ Op. cit., C. CORDIER, « La CGLPL appelle à mieux respecter l'intimité des patients hospitalisés en psychiatrie », Hospimédia, 08/07/22.

¹²⁴⁸ Faerden A, Rosenqvist C, Håkansson M, et al. Environmental Transformations Enhancing Dignity in an Acute Psychiatric Ward: Outcome of a User-Driven Service Design Project. HERD: Health Environments Research & Design Journal. 2023;16(2):55-72. doi:10.1177/19375867221136558

¹²⁴⁹ CGLPL, Rapport d'activité, 2013, p 150 ; CPT, 22ème rapport général, 2012, p 146 ; CGLPL, recommandations en urgence du 1er février 2022 relatives au centre de santé mentale Jean Baptiste-Pussin à Lens, mars 2022.

l'affaire *Stanev contre Bulgarie*¹²⁵⁰. Fondée sur l'article 3 de la Conv.EDH¹²⁵¹, la juridiction strasbourgeoise a condamné la Bulgarie en raison des conditions d'hospitalisation incompatibles avec le respect de ce principe¹²⁵². La CEDH a relevé l'atteinte à ce même article dans l'affaire *M.S contre Royaume-Uni* : elle avait traité de la détention d'une personne souffrant de troubles psychiatriques sévères dans des conditions jugées inappropriées, notamment en ce qui concerne l'isolation et le manque de soins adéquats, considérant cela comme un traitement liberticide dégradant¹²⁵³. Dans l'affaire *Chtukurov contre Russie*, la CEDH avait constaté que le placement d'un homme dans un hôpital psychiatrique sans son consentement et les conditions de son hospitalisation constituaient une violation de ses droits, soulignant la nécessité de respecter la dignité des patients dans les décisions d'hospitalisation et les conditions de traitement¹²⁵⁴. Les juridictions françaises appliquent également ce principe qui vaut pour tous les lieux de privation de liberté, notamment la détention et les établissements habilités à délivrer des soins psychiatriques¹²⁵⁵.

2. Une atteinte graduelle à la liberté d'aller et venir, suivant le service concerné

617. L'actuelle configuration architecturale tend pourtant vers l'uniformisation du traitement entre les patients en soins libres et ceux en soins sans consentement. Si l'objectif est louable - celui de « normaliser » les cas les plus sévères de pathologies psychiatriques et de faciliter leur insertion dans la société qui en a si peur - les conséquences ne sont pas nécessairement bénéfiques pour tous. En effet, il y a moins de séparation physique des patients au sein des unités en fonction de leur mode d'hospitalisation, même si certaines d'entre elles, à titre exceptionnel, sont spécifiquement adaptées à la prise en charge des patients en soins sans consentement, comme celles équipées de zones fermables, notamment les UMD. Ainsi, tous les patients partagent et utilisent les locaux de manière équivalente. Sur le terrain, le manque de distinction pratique dans le régime de soins psychiatriques remet en question la protection accordée aux patients en soins libres, principalement en ce qui concerne la liberté d'aller et

¹²⁵⁰ CEDH, aff *Stanev c. Bulgarie*, 17 janvier 2012, requête n° 36760/06,

¹²⁵¹ Article 3 de la Conv.EDH: « *Nul ne peut être soumis à la torture ni à des peines ou traitements inhumains ou dégradants.* »

¹²⁵² K. LUCAS, « Placement et détention arbitraire d'une personne atteinte de troubles mentaux dans un institut spécialisé « épinglé » par le CPT en décembre 2004 » dans Lettre « Actualités Droits-Libertés » du CREDOF, 25 janvier 2012 ;

¹²⁵³ CEDH, 3 mai 2012, *M.S c. Royaume-Uni*

¹²⁵⁴ CEDH, 27 mars 2008, *Chtukurov c. Russie*

¹²⁵⁵ Recommandation 2 du comité des ministres du conseil de l'Europe aux états membres sur les règles pénitentiaires, 2006, point 4 de l'annexe ; CAA de Marseille, 21 mai 2015, n° 13MA03115, Inédit au recueil Lebon : La CA a affirmé sa compétence pour évaluer les modalités du séjour en chambre d'isolement du patient hospitalisé sans consentement. De ce fait, elle reconnaît la responsabilité de l'établissement en raison des conditions inappropriées constatées lors de la mise en place de cette mesure, en violation de l'article 3 de la Conv.EDH.

venir¹²⁵⁶. Effectivement, certaines unités de soins adoptent une politique de fermeture totale tant à l'entrée qu'à la sortie du service, ne permettant à aucun patient de sortir sans l'approbation préalable de l'équipe soignante. En d'autres termes, que le patient soit en soins libres ou en soins sans consentement, il doit se présenter systématiquement devant la porte du service et attendre que le personnel soignant l'ouvre de manière discrétionnaire. Ce dernier ne se réfère ni à un trombinoscope ni à un registre permettant de vérifier si le patient en question relève d'un régime de soins particulier et fait l'objet d'une limitation spécifique. Par une décision datée du 29 mai 2013, la Cour de cassation a rappelé « *que le principe applicable est celui de la liberté d'aller et venir* » et en a conclu « *qu'il ne peut être porté atteinte à cette liberté de manière contraignante par voie de « protocolisation » des règles de sortie de l'établissement* »¹²⁵⁷. Cette décision a souligné l'importance fondamentale de différencier les deux régimes de soins psychiatriques, aboutissant à la reconnaissance d'un statut spécifique pour le patient en soins libres. Dans ce contexte, les limitations à la liberté d'aller et venir, dépourvues de justification médicale, constituent inévitablement une atteinte à la liberté individuelle du patient en soins libres. Ces mesures, au lieu d'être adaptées à l'état clinique individuel du patient, deviennent standardisées, entraînant ainsi des violations des droits fondamentaux du patient hospitalisé¹²⁵⁸.

B. Contraintes architecturales : enjeux juridiques et réponses légales

618. Dans le contexte complexe de la prise en charge psychiatrique, les pratiques coercitives suscitent un débat intense, particulièrement en ce qui concerne leur alignement avec la notion juridique de « voie de fait » (1). Tandis que l'insuffisance des moyens matériels impacte directement la surveillance des patients (2), les fermetures fréquentes des services psychiatriques soulèvent des questions sur les libertés fondamentales des patients (3). Enfin, les discussions sur l'ouverture et la fermeture des services révèlent des divergences quant aux meilleures pratiques pour concilier sécurité et respect des droits des patients (4).

1. Pratiques coercitives : parallélisme avec la notion de « voie de fait »

619. Les pratiques coercitives précédemment développées sont susceptibles d'être qualifiées de « voies de fait ». Il y a quelques années, le Tribunal des conflits a redéfini la notion de voie

¹²⁵⁶ CGLPL, Recommandations en urgence du 1er février 2022 relatives au centre de santé mentale Jean Baptiste-Pussin à Lens.

¹²⁵⁷ CCass, Civ.1, 29 mai 2013, n° 12-21194, publié au bulletin ; J-P. VAUTHIER, « Obligation renforcée versus droits des patients en psychiatrie : le régime du soin fait la différence », *Recueil Dalloz*, 2013 ; HAS, Recommandations de bonnes pratiques, « Aide à la rédaction des certificats et avis médicaux dans le cadre des soins psychiatriques sans consentement d'une personne majeure à l'issue de la période d'observation de 72 heures », mars 2018.

¹²⁵⁸ CGLPL, Rapport « Soins sans consentement et droit fondamentaux », mars 2020.

de fait en abandonnant sa jurisprudence antérieure¹²⁵⁹. Désormais, une voie de fait est établie lorsqu'une atteinte grave à une liberté fondamentale ou à la propriété privée résulte soit d'une décision administrative manifestement insusceptible de se rattacher à un pouvoir de l'administration, soit de l'exécution forcée d'une décision même régulière. Dans sa décision du 17 juin 2013, le Tribunal des conflits précise qu'il n'y a désormais voie de fait de la part de l'administration que dans deux cas. Premièrement, lorsqu'elle a procédé à l'exécution forcée, de manière irrégulière, d'une décision même régulière, portant atteinte à la liberté individuelle ou aboutissant à l'extinction d'un droit de propriété. Deuxièmement, lorsqu'elle a pris une décision ayant les mêmes effets d'atteinte à la liberté individuelle ou d'extinction d'un droit de propriété, et qui est manifestement insusceptible d'être rattachée à un pouvoir appartenant à l'autorité administrative¹²⁶⁰.

620. Il est essentiel de souligner que la notion de liberté individuelle a remplacé celle de libertés fondamentales dans la définition de la voie de fait. En droit, la "voie de fait" se réfère à une situation où une autorité administrative commet une atteinte grave à une liberté fondamentale ou au droit de propriété en agissant de manière manifestement illégale. Il s'agit d'une notion qui permet de saisir le juge judiciaire, normalement compétent pour les litiges entre particuliers, même dans un domaine normalement réservé au juge administratif. Deux conditions principales doivent être remplies pour qu'une voie de fait soit caractérisée. L'acte doit porter une atteinte grave à une liberté fondamentale (comme la liberté d'aller et venir, la liberté individuelle, etc.) ou au droit de propriété. L'acte doit également être manifestement insusceptible de se rattacher à un pouvoir de l'administration, ce qui signifie qu'il ne peut être justifié par aucune norme juridique, ou que son exécution est réalisée de manière irrégulière. Rappelons que l'usage de la voie de fait peut s'avérer utile en psychiatrie, dans tout scénario où les actions des institutions ou du personnel médical envers les patients pourraient être considérées comme portant atteinte aux droits fondamentaux des patients, et notamment à sa liberté d'aller et venir. Par exemple, l'hospitalisation sans consentement peut être un terrain où la notion de voie de fait est discutée, surtout si l'hospitalisation ne respecte pas strictement les cadres légaux établis pour protéger les droits des patients. Une hospitalisation réalisée sans les formalités requises ou sans base légale appropriée pourrait être interprétée comme une voie de fait, en portant atteinte à la liberté d'aller et venir du patient. Les conditions dans lesquelles un patient est détenu dans un établissement psychiatrique peuvent également soulever des questions de voie de fait. Cela inclut le traitement inhumain ou dégradant, l'usage excessif de la contention ou de l'isolement sans justification médicale valable – et donc la restriction injustifiée de la liberté d'aller et venir -, ou dans des conditions qui ne respectent pas la dignité et l'intégrité physique et morale du patient. Enfin, l'absence de mécanismes adéquats pour

¹²⁵⁹ TC, 8 avril 1935, *Action française*, n° 00822, publié au recueil Lebon.

¹²⁶⁰ TC, 17 juin 2013, *M. Bergoend c/ Société ERDF Anecy Léman*, n° 3911, publié au recueil Lebon.

contester une hospitalisation ou pour surveiller les conditions de traitement en psychiatrie peut contribuer à une situation où les actions des institutions pourraient être considérées comme des voies de fait, en privant les patients de leur droit à un recours effectif.

621. Conformément à l'article 66 de la Constitution¹²⁶¹, le juge judiciaire est le protecteur de la liberté individuelle, et seules les privations de liberté peuvent être qualifiées d'atteintes à la « liberté individuelle ». En principe, cela signifie que seule une hospitalisation en soins sans consentement constitue une atteinte à la liberté individuelle, ce qui peut être contesté. En effet, les pratiques évoquées précédemment mettent en évidence une atteinte à la liberté individuelle du patient hospitalisé en soins libres. Notamment, la fermeture des services de soins implique inévitablement une restriction de la liberté d'aller et venir du patient¹²⁶². Le juge doit évaluer les conditions dans lesquelles l'administration a pris sa décision, puis en examiner les conséquences. Si la voie de fait est établie, cela donne droit à réparation pour le patient hospitalisé, qu'il soit en soins sans consentement ou en soins libres.

2. Insuffisance des moyens matériels : un impact réel sur la surveillance des patients

622. En ce qui concerne la psychiatrie, le CGLPL avait inspecté en 2019¹²⁶³ trente-quatre établissements de santé autorisés à prendre en charge des patients hospitalisés sans leur consentement. Le constat était clair quant à l'insuffisance des moyens matériels à l'hôpital psychiatrique et à son impact sur la gestion des besoins des patients. Cela fragilise l'équilibre entre le respect de la liberté de mouvement du patient et la garantie de la sécurité publique.

623. La fermeture des services de psychiatrie n'est absolument pas un « principe général » : seuls certains services doivent être fermés en permanence, compte tenu de la dangerosité de leurs patients (c'est le cas des UMD notamment¹²⁶⁴). Pourtant, bon nombre de services - censés rester ouverts - font l'objet d'une fermeture quasi permanente¹²⁶⁵. Les observations de 2019 révèlent une diversité de situations¹²⁶⁶, allant d'une approche de prise en charge ouverte à une approche sécuritaire restreignant la liberté des patients, en passant par des situations où la liberté d'aller et venir est affichée mais limitée dans la pratique. Certains hôpitaux ont progressé dans la promotion de la liberté d'aller et venir, l'intégrant dans de nombreux projets d'établissement,

¹²⁶¹ Article 66 de la Constitution : « Nul ne peut être arbitrairement détenu. L'autorité judiciaire, gardienne de la liberté individuelle, assure le respect de ce principe dans les conditions prévues par la loi. »

¹²⁶² CGLPL, Recommandations en urgence du 1er février 2022 relatives au centre de santé mentale Jean Baptiste-Pussin à Lens, mars 2022.

¹²⁶³ Rapport d'activité 2019 du CGLPL, éditions Dalloz, mai 2020

¹²⁶⁴ Cf Paragraphe 2 de la présente Section

¹²⁶⁵ Entretien avec Madame Sophie DELANNE, infirmière à l'Hôpital du Vinatier, Lyon, cf Annexe 32

¹²⁶⁶ CGLPL, Recommandations minimales du Contrôleur général des lieux de privation de liberté pour le respect de la dignité et des droits fondamentaux des personnes privées de liberté, 2019

bien que certains aspects demeurent parfois incomplets. Ainsi, les unités au sein d'un même hôpital, malgré un objectif commun, évoluent à des rythmes différents. Tous les établissements n'ont pas surmonté l'obstacle psychologique du statut d'admission des patients. Certains estiment que tout patient en soins sans consentement doit être enfermé, tandis que d'autres pensent que tout patient en soins libres doit être en unité ouverte, fermant les unités en cas de manque de places pour des patients en soins sans consentement.

3. Fermeture des services : conséquences et évolution des pratiques

624. Il arrive souvent que la fermeture des unités s'accompagne d'une inversion du principe de la liberté : tout est autorisé sauf exception décidée par le médecin en secteur ouvert, et tout est interdit sauf autorisation du médecin en secteur fermé, comme téléphoner, sortir à l'air libre, fumer, etc. Parfois, les portes ne s'ouvrent que pendant des créneaux horaires très limités. Dans de nombreux cas, les préoccupations de sécurité prévalent sur celles du soin et de l'autonomie des patients. Les possibilités de sortie de l'unité sont limitées même pour les patients en soins libres. En raison du manque de personnel, notamment lorsque les unités sont pleines, les patients n'ont d'autre choix que de rester dans les couloirs ou devant la télévision. Cependant, la généralisation de certaines restrictions imposées aux patients semble diminuer. Par exemple, le retrait systématique des téléphones portables est moins fréquent, remplacé par des restrictions individualisées en fonction de l'état clinique des patients. L'accès à l'informatique et à internet reste souvent limité, avec des procédures restrictives pour conserver un ordinateur, et rares sont les services offrant un accès libre à des ordinateurs¹²⁶⁷. Pourtant, l'analyse juridique des textes législatifs permet de constater que la loi ne dispose pas explicitement que l'hospitalisation sous contrainte équivaut systématiquement à un placement dans un service fermé, bien que cette pratique soit courante. Un texte législatif traite spécifiquement de l'ouverture ou de la fermeture des services, soulignant que les restrictions de liberté devraient être exceptionnelles. En 1993, Simone Veil a émis une circulaire rappelant les principes fondamentaux concernant l'accueil et les conditions de séjour des patients admis en psychiatrie pour des troubles mentaux. Elle a affirmé que les patients hospitalisés volontairement ne doivent pas être placés dans des services verrouillés, encore moins dans des chambres fermées à clé, et que toute restriction à la liberté de mouvement doit être justifiée par la sécurité du patient et basée sur une évaluation médicale. La décision de placer un patient dans une unité fermée ne doit être prise que si elle est absolument nécessaire, en évaluant soigneusement les circonstances et en limitant la durée de ce placement à ce qui est jugé médicalement approprié. L'admission d'un patient dans une telle unité doit découler d'une indication médicale précise et ne doit pas être une mesure de convenance pour le personnel soignant. De plus, la nécessité de ce placement doit être réévaluée

¹²⁶⁷ « Le CGLPL dénonce une gestion sécuritaire en psychiatrie, qui dégrade la qualité des soins », *Santé mentale*, 3 juin 2020, <https://www.santementale.fr/2020/06/cglpl-des-evolutions-en-psychiatrie/>

régulièrement, en fonction de l'évolution de l'état de santé du patient¹²⁶⁸. Lin Daubech le soutenait déjà en 2000 : "*Juridiquement, hors le cas du détenu en hospitalisation d'office, l'aliéné placé dans un hôpital psychiatrique ne peut pas être assimilé à un condamné de droit commun, enfermé pour purger une peine. Le placement volontaire ou d'office ne constituent pas une mesure de répression mais de protection*"¹²⁶⁹.

625. Chaque établissement de santé est tenu de mettre en place un règlement intérieur. Il est essentiel pour définir les règles concernant les modalités d'hospitalisation, y compris la liberté de circulation des patients. A titre d'exemple, pour la rédaction initiale de son règlement, l'hôpital Esquirol s'est majoritairement aligné sur le modèle standard de règlement établi par le décret n°74-27 du 14 janvier 1974, qui encadre le fonctionnement des centres hospitaliers et des hôpitaux locaux¹²⁷⁰. Selon l'article 22-25 de ce décret, les patients ne sont autorisés à quitter leur service durant la journée qu'avec l'accord d'un membre du personnel et doivent éviter tout déplacement en dehors du service à partir du début de la nuit. Cette disposition s'inscrit généralement dans le cadre d'un contrat de soins et précise que la restriction de mouvement ne nécessite pas nécessairement la fermeture des services, mais requiert plutôt une autorisation pour quitter le service. Entre fermeture complète et sortie soumise à permission, la différence existe mais elle est subtile : dans l'un et l'autre des cas, la liberté d'aller et venir du patient reste largement impactée.

4. Ouverture/Fermeture des Services : débats et conséquences

626. Le débat à propos de l'ouverture/fermeture des services porte finalement sur les obligations et les fautes éventuelles en cas de départ non autorisé d'un patient. Selon Miguel-Ange Mateo, une telle situation pourrait indiquer un problème au sein de l'établissement de santé, comme un manquement dans la surveillance, pouvant entraîner une responsabilité administrative. Mateo fait la distinction entre les dommages résultant de comportements auto-agressifs, comme le suicide, et ceux issus d'actions dirigées vers autrui¹²⁷¹. Pour les actes auto-agressifs ou hétéro-agressifs, bien que la responsabilité puisse relever du domaine administratif – rappelons le Conseil d'État avait considéré que l'hôpital avait commis une faute en ne prenant pas les mesures suffisantes pour prévenir le risque de suicide du patient, malgré les signes avant-coureurs¹²⁷², ou encore qu'il est responsable en cas de préjudice subi par le patient ou causé à

¹²⁶⁸ Circulaire n°48 D.G.S. /SP3/ du 19 juillet 1993 portant sur le rappel des principes relatifs à l'accueil et aux modalités de séjours des malades hospitalisés pour troubles mentaux ; Articles L 326-2 et L 326-3 du CSP.

¹²⁶⁹ L. DAUBECH, *Le malade à l'Hôpital : Droits, garanties, obligations*. Erès, 2000

¹²⁷⁰ Décret n°74-27 du 14 janvier 1974 relatif aux règles de fonctionnement des centres hospitaliers et des hôpitaux locaux.

¹²⁷¹ M-A. MATEO, « Responsabilité et sortie du patient hospitalisé en psychiatrie », *Gestion hospitalière*, Octobre et Novembre 1999

¹²⁷² CE, 10 avril 1992, Époux V, n°79027.

des tiers lors d'une sortie autorisée insuffisamment surveillée¹²⁷³-, il existe de plus en plus de jurisprudence civile en la matière¹²⁷⁴. Concernant la surveillance des patients, les décisions judiciaires varient : certaines exigent une sécurité rigoureuse tandis que d'autres privilégient des approches de soin plus libérales, qui permettent une plus grande liberté pour le patient, réduisant ainsi la rigueur de la surveillance nécessaire¹²⁷⁵. De ce fait, la responsabilité de l'établissement peut ne pas être reconnue si le manque de surveillance est justifié par l'adoption de pratiques thérapeutiques modernes favorisant l'autonomie du patient. Pour les actes commis en dehors de l'établissement, la question de la surveillance se pose à nouveau, notamment si le patient quitte les lieux sans autorisation et commet des actes agressifs envers d'autres. La non-notification de la disparition du patient peut également être considérée comme une faute, soulignant l'importance de la surveillance et de la communication en cas de fuite¹²⁷⁶.

627. Outre les cadres législatif et réglementaire, la liberté de déplacement des patients en psychiatrie est aussi une question de pratiques cliniques appropriées. Cette considération était déjà intégrée dans le processus d'accréditation des établissements de santé et l'est toujours dans le processus de certification. Le manuel d'accréditation, notamment dans la section "Droits et information du patient (DIP)"¹²⁷⁷, souligne l'importance de préserver l'intimité, la dignité et la liberté du patient pendant son hospitalisation ou sa consultation. Il est précisé que la liberté de circulation du patient doit être maintenue, sauf en cas de nécessité pour sa sécurité ou en raison de contraintes réglementaires. Pour reprendre l'exemple de l'hôpital Esquirol, les auditeurs chargés (à l'époque) de l'accréditation ont observé et commenté cette pratique lors de leur visite en mai 2001, mentionnant spécifiquement dans leur rapport d'accréditation que les services étaient verrouillés, contraignant les patients à solliciter l'autorisation du personnel soignant pour sortir. Cette observation n'est pas unique à Esquirol mais se retrouve dans les évaluations d'autres centres psychiatriques. La procédure de certification des établissements de santé en France a évolué de l'accréditation à la certification avec la loi du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie. Avant cette date, les établissements de santé étaient soumis à un processus d'accréditation, géré par l'Agence Nationale d'Accréditation et d'Évaluation en Santé (ANAES). La loi de 2004 a institué la Haute Autorité de Santé (HAS), remplaçant l'ANAES et prenant en charge la certification des établissements de santé¹²⁷⁸. La certification actuelle évalue la qualité et la sécurité des soins dans les établissements de santé, qu'ils soient publics ou privés, tous les quatre à six ans. Elle implique une évaluation externe, indépendante et obligatoire, conduite par des experts mandatés par la HAS. La démarche vise à promouvoir l'amélioration continue des

¹²⁷³ CE, 14 février 2018, n° 403799

¹²⁷⁴ CCass, Civ.1, 6 décembre 2007, n° 06-19.301

¹²⁷⁵ Cf Paragraphe 3 de la présente Section

¹²⁷⁶ Ibid : cf Paragraphe 3 de la présente Section

¹²⁷⁷ ANAES, « Préparer et conduire votre démarche d'accréditation », Guide pratique, https://has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/preparer_et_conduire-v1.pdf

¹²⁷⁸ ARS, « La certification des établissements », 20 février 2018, <https://www.ars.sante.fr/la-certification-des-etablissements>

pratiques, à garantir un niveau élevé de qualité des soins, et à renforcer l'information des patients sur la qualité des établissements de santé. La version la plus récente du manuel de certification est la version V2020, qui continue de se concentrer sur les thématiques de qualité et de sécurité des soins, avec des exigences renforcées pour mieux répondre aux besoins actuels du secteur de la santé¹²⁷⁹. Il incombe donc au service "qualité" de chaque établissement de se concentrer continuellement sur ces aspects pour élaborer des solutions conformes aux recommandations¹²⁸⁰.

628. Une étude¹²⁸¹ a été menée en 2005 par deux infirmiers à l'hôpital Esquirol à Paris qui, depuis 1994, privilégie l'ouverture de ses unités psychiatriques, sauf en cas de nécessité thérapeutique spécifique justifiant une fermeture temporaire. Ils ont observé une tendance croissante à fermer les unités sans justification claire, motivant ainsi leur enquête commencée fin 1999. La phase préliminaire de l'étude a inclus des discussions informelles avec différents acteurs de l'hôpital, incluant le personnel soignant et les usagers, pour recueillir des impressions initiales sur la politique d'ouverture des portes. Les hypothèses testées concernaient la sécurité, les évasions, la qualité de la prise en charge et l'impact sur la violence et la relation soignant-soigné. L'enquête a utilisé des feuilles de garde modifiées pour collecter des données objectives sans surcharger le personnel, sur une période de huit mois (novembre 2000 à juin 2001). L'étude a produit plusieurs résultats clés, chiffrés autour de la politique d'ouverture des portes dans les services psychiatriques, notamment concernant les fermetures de services, l'utilisation des chambres de soins intensifs (CSI) et les sorties sans autorisation (SSA). Concernant la fermeture des services, parmi les services se déclarant "ouverts", l'un a été fermé pendant 22 jours sur 182 (soit 12,1% du temps de l'enquête) et l'autre pendant 143 jours sur 182 (soit 78,6% du temps de l'enquête). La principale raison invoquée pour la fermeture était le risque de sortie sans autorisation de patients. Un service a utilisé la fermeture comme mesure de sécurité ne dépassant pas un ou deux jours, tandis que pour l'autre, une fois fermé, plusieurs jours étaient nécessaires avant de rouvrir. Une des CSI a été occupée par le même patient durant presque toute la période d'enquête. Excluant cette situation, l'occupation des CSI était de 78,5% du temps pour l'un des services, supérieur de 13,47% à la moyenne des services fermés (65,03%). Pour l'autre service "ouvert", l'occupation moyenne était de 65,06%, équivalente à celle des services fermés. Enfin, pour le premier service "ouvert", 25 SSA ont été notées (contre 33 selon le service des admissions), et pour le second, 6 SSA (contre 44 selon le service des admissions). Dans un des services fermés, 11 SSA ont été enregistrées (contre 48 selon le service des

¹²⁷⁹ Espace Soignant, « La certification des établissements de santé », 02 sept. 2019, <https://www.espacesoignant.com/soignant/qualite-des-soins-et-evaluation-des-pratiques/certification-des-etablissements-de-sante>

¹²⁸⁰ Sous la dir. de A. CARIA, *Démarche qualité en santé mentale, Une politique au service des patients*, ed EN PRESS, 2005

¹²⁸¹ D. LEGUAY, *Le système de soins psychiatriques français : réalités et perspectives*. MF Editions, 2002

admissions)¹²⁸². Les conclusions de l'étude sur les politiques d'ouverture des portes dans les services psychiatriques à Esquirol appellent à une interprétation prudente, relevant davantage d'une approche qualitative en raison de la participation limitée des services et du taux de remplissage variable des items du questionnaire. L'étude n'a pas démontré que la fermeture des services assure mieux le maintien des hospitalisations sous contrainte ni que les services ouverts utilisent plus l'isolement pour surveiller les patients. Les auteurs contestent l'idée de créer systématiquement des unités fermées intersectorielles, arguant que cela risque de favoriser la réinstitutionnalisation et de négliger la réflexion sur l'aspect thérapeutique de l'isolement. Denis Leguay pointe un dilemme entre les impératifs de sécurité, le respect des lois régulant l'hospitalisation libre et les mesures privatives de liberté, et l'esprit d'ouverture des projets de réinsertion.

629. Ces différents constats témoignent de l'existence d'abus quant à l'usage de mesures liberticides, dans le but de faire face aux contraintes architecturales incluant les contraintes volontaires liées aux fermetures de services psychiatriques qui ne devraient pas l'être. Mais malheureusement, ces contraintes architecturales ne sont pas les seules mises en cause dans les difficultés de conciliation de la sécurité publique et de la liberté d'aller et venir du patient. En effet, la surpopulation et le manque de lits sont fréquemment associés à une insuffisance de personnel. Par conséquent, pour faire face à ces défis, des pratiques compromettant les droits fondamentaux et la dignité peuvent être introduites, avec une inclination à les formaliser dans des protocoles pour les présenter comme des pratiques normales.

Paragraphe 2. L'hôpital psychiatrique : un manque de personnel impactant la prise en charge des patients

630. Les restrictions budgétaires contribuent à mettre en péril le modèle psychiatrique français. Cela se traduit notamment par la baisse du nombre de praticiens hospitaliers, en particulier depuis 2017. En effet, ces praticiens étaient 6403 en 2017, contre 6091 en 2022. Cela représente une baisse d'environ 4.87% sur cette période¹²⁸³. En outre, une importante diminution du nombre de lits a pu être constatée ces dernières décennies, notamment entre 1974 et 2019, passant de 120 000 à 80 000 sur le territoire français. Pourtant, rappelons-le, le nombre de personnes hospitalisées a augmenté. A titre d'exemple, entre 2011 et 2016, une augmentation

¹²⁸² Anne Marie LEYRELOUP & Emmanuel DIGONNET, « La liberté de circulation : portes ouvertes, portes fermées ? », étude présentée dans *Démarche qualité en santé mentale, Une politique au service des patients*, ed EN PRESS, 2005 : dans cette étude, deux services étaient décrits comme "essayant" de garder leurs unités ouvertes, tandis que quatre services avaient toutes leurs unités fermées. Toutefois, seulement ces deux services "ouverts" ont participé activement à l'enquête, les quatre services "fermés" n'ayant fourni que très peu de données, indiquant dès le début de l'enquête que leurs unités étaient constamment fermées.

¹²⁸³ « Évolution de l'effectif des praticiens hospitaliers des établissements publics de psychiatrie 2013-2022 », dans *La santé à voix haute*, étude tirée des statistiques annuelles des établissements de la DREES, <https://www.lasanteavoixhaute.fr/fil-sant%C3%A9/2024/tableau-de-bord-de-la-psychiatrie/> ; cf Annexe 19

de 15% de ces hospitalisations a été constatée, pour atteindre le nombre de 92 000 en 2016¹²⁸⁴. Il apparaît également que, début 2018, 25% des postes de psychiatres hospitaliers étaient vacants en France¹²⁸⁵. Effectivement, les différents services psychiatriques hospitaliers font généralement face à un manque évident de personnel soignant. Le chef de service est responsable de la sécurité intérieure de l'établissement et des individus qui y font l'objet d'une prise en charge. Cette sécurité est cependant assurée par le personnel soignant dans son ensemble, et en particulier par les infirmiers et les aides-soignants en contact permanent avec les patients¹²⁸⁶.

631. A titre d'exemple, les équipes de nuit se résument généralement à un infirmier et un aide-soignant pour vingt-cinq lits¹²⁸⁷. Le service ne dispose pas toujours d'un agent de sécurité. Des dispositifs d'alerte sont portés par les membres du personnel soignant, permettant à leurs collègues des unités voisines d'intervenir en renfort en cas d'incident, à condition bien sûr qu'ils en aient la possibilité. Ainsi, maîtriser un patient agité pour l'amener en chambre d'isolement peut être un processus fastidieux et potentiellement dangereux pour le patient ou les soignants si leur nombre est insuffisant : le patient peut se blesser ou blesser les professionnels de santé. Des protocoles¹²⁸⁸ ont été mis en place, cependant le nombre de soignants disponibles dans les services reste majoritairement trop faible pour les mettre en œuvre.

632. Au-delà des problèmes logistiques qu'implique le manque de personnel soignant, le risque de négligence envers les patients est important. En effet, les effectifs réduits induisent un manque de surveillance inévitable. C'est ainsi que les chambres (et particulièrement les chambres d'isolement) font régulièrement l'objet de dégradations (incendie, casse, etc.) sans pouvoir être immédiatement remises en état, faute de moyens budgétaires, réduisant temporairement le nombre de lits. En outre, ces professionnels sont limités dans les formes de contrôles qu'ils peuvent exercer. Il leur est notamment interdit de fouiller le patient et ses effets personnels, sauf dans le cadre d'une procédure de mise en chambre d'isolement. Ces restrictions

¹²⁸⁴ C. CASES, E. SALINES, « Statistiques en psychiatrie en France : données de cadrage », *Revue Française des Affaires Sociales*, 2004, n°1, p.181 à 204.

¹²⁸⁵ P. MICHELETTI, *Le Monde*, 6 février 2018.

¹²⁸⁶ Proposition de résolution, visant à engager des mesures urgentes pour répondre à la crise du secteur de la psychiatrie et de la santé mentale, n° 1052, déposée le mardi 11 mars 2025.

¹²⁸⁷ F. DESCARPENTRIES, *Psychiatrie et sécurité publique, Du fou à lier aux folles alliances.*, Edilivres, 2019, p. 35-36

¹²⁸⁸ HAS, « Stratégies de désamorçage de situations à risque de violence, Mieux prévenir et prendre en charge les moments de violence dans l'évolution clinique des patients adultes lors des hospitalisations en service de psychiatrie » ; HAS, « Mise en place d'espaces d'apaisement, Mieux prévenir et prendre en charge les moments de violence dans l'évolution clinique des patients adultes lors des hospitalisations en service de psychiatrie » ; HAS, « Appel à renforts, Mieux prévenir et prendre en charge les moments de violence dans l'évolution clinique des patients adultes lors des hospitalisations en services de psychiatrie » ; HAS, « Renforcement des connaissances et des compétences, Échanges de pratiques et simulation en santé, Mieux prévenir et prendre en charge les moments de violence dans l'évolution clinique des patients adultes lors des hospitalisations en service de psychiatrie »

sont justifiées du point de vue du respect des droits et libertés du patient, mais elles n'aident pas à prévenir les risques dus au manque de personnel. C'est ainsi que sont régulièrement retrouvées des armes blanches, des substances illicites et tout autre objet ou substance potentiellement néfaste pour le patient lui-même ou pour autrui en cas de passage à l'acte hétéro-agressif¹²⁸⁹.

633. Des données apportées par une enquête récente, menée par la Fédération hospitalière de France (FHF)¹²⁹⁰, ont également mis en évidence cette tendance au manque de personnel impactant la prise en charge des patients, notamment via la baisse du nombre de lits en services psychiatriques, et ce particulièrement après la crise sanitaire liée à la Covid-19. La FHF a ainsi effectué une enquête auprès de 110 établissements, comprenant des CH, des CHS et des CHRU, soit environ 48% des établissements publics concernés par les prises en charge psychiatriques, en avril et mai 2023. Les résultats démontrent une hausse des fermetures de lits entre 2020 et 2022. Avant que la crise sanitaire ne frappe, en 2020, la grande majorité des établissements de santé n'avait pas ressenti le besoin de réduire leur capacité d'accueil ; 80% d'entre eux avaient maintenu le nombre total de lits opérationnels. Cependant, l'impact de la crise a considérablement changé la donne. En décembre 2022, une proportion significative, soit 24% de ces établissements, a dû prendre la décision de fermer entre 10 à 30% de leurs lits pour diverses raisons qui pourraient inclure le manque de personnel, des ressources réduites ou des changements dans les protocoles de traitement. Pour mettre ces chiffres en perspective, avant la crise, seuls 5% des établissements avaient été dans une situation où ils avaient dû fermer une part de leurs lits. Ainsi, la crise sanitaire a mené à une augmentation marquée du nombre d'établissements contraints de réduire leur offre de lits, passant d'une minorité à près d'un quart d'entre eux. Cela met en lumière la pression accrue sur les ressources hospitalières en psychiatrie. En outre, plus de 50% des établissements participants ont indiqué n'avoir aucune possibilité de réouverture prochaine des lits fermés, une perspective peu encourageante pour l'avenir de la prise en charge psychiatrique¹²⁹¹. Cette restriction du nombre de lits est directement liée au manque de personnel médical. En effet, sur les 110 établissements sondés, 40% d'entre eux déclarent qu'un quart à trois quarts de leurs postes de médecins sont vacants, et 8% d'entre eux en comptent plus de la moitié, soit moins d'un médecin sur les deux nécessaires au bon fonctionnement du service¹²⁹². Ces postes vacants sont particulièrement

¹²⁸⁹ Op. cit., F. DESCARPENTRIES

¹²⁹⁰ « Un quart des établissements de psychiatrie ont fermé entre 11 et 30% de leur capacité », *Santé Mentale*, 06/12/2023, d'après les Résultats de l'enquête FHF Psychiatrie, diffusés en conférence de presse le 5 septembre 2023

¹²⁹¹ Ibid : « Un quart des établissements de psychiatrie ont fermé entre 11 et 30% de leur capacité », *Santé Mentale*, 06/12/2023, d'après les Résultats de l'enquête FHF Psychiatrie, diffusés en conférence de presse le 5 septembre 2023 ; Cf Annexe 20

¹²⁹² Ibid : « Un quart des établissements de psychiatrie ont fermé entre 11 et 30% de leur capacité », *Santé Mentale*, 06/12/2023, d'après les Résultats de l'enquête FHF Psychiatrie, diffusés en conférence de presse le 5 septembre 2023

fréquents dans les CH. Effectivement, 14% des CH répertorient une vacance à hauteur d'un quart pour les postes d'IDE, et 7% des CH assurent un service avec plus de 30% de postes vacants chez les IDE. Bien évidemment, les soignants interrogés dans le cadre de cette enquête ont tous décrit des conditions de travail plus difficiles en équipes réduites et des délais de prise en charge fortement impactés. Sur les 110 établissements interrogés, environ 90% considèrent que les délais d'attente se sont considérablement allongés après la crise sanitaire, quel que soit le secteur psychiatrique concerné : un impact directement lié au manque de personnel médical. Par exemple, en psychiatrie adulte, les délais de prise en charge en ambulatoire sont de 1 à 4 mois pour environ 53% des établissements participants. Ces délais sont de 5 mois à plus d'1 an en psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent selon 45% des établissements impliqués dans l'étude. Pour cette même catégorie de patients, le délai pour une hospitalisation est de 1 à 4 mois pour 20% des établissements et de 5 mois à 1 an pour 13% d'entre eux¹²⁹³.

634. Ces constats sont particulièrement alarmants, en ce qu'ils impactent directement les droits et libertés des patients. Avant tout, le droit à l'accès aux soins est remis en cause ainsi que le droit du patient à choisir son médecin et l'établissement dans lequel il sera pris en charge, et à travers eux la liberté d'aller et venir dudit patient (A). Mais le droit du patient et des soignants eux-mêmes de se voir garantir leur sécurité dans le cadre hospitalier, ainsi que le droit à la sécurité publique sont également remis en cause par le problème grandissant du manque de personnel de santé (B). Annonce très longue !

A. Le droit à l'égalité d'accès aux soins et le droit au libre choix du médecin ou de l'établissement : un impact indirect sur la liberté d'aller et venir du patient

635. Rappelons que le droit à l'égalité d'accès aux soins (ou droit à la non-discrimination dans l'accès aux soins) est rattaché au « droit fondamental à la protection de la santé » à l'article L.1110-1 du CSP¹²⁹⁴. Ce droit en tant que tel est consacré dès 1945, au travers de la mise en place du système de protection sociale¹²⁹⁵. Puis ce droit à l'accès aux soins a été explicitement consacré par différents textes législatifs. La loi du 29 juillet 1998 garantissait ainsi « l'accès effectif de tous aux droits fondamentaux dans les domaines de l'emploi, du logement, de la protection de la santé (...). L'accès à la prévention et aux soins des personnes les plus démunies

¹²⁹³ Ibid : Cf Annexe 21

¹²⁹⁴ Article L. 1110-1 du CSP : « Le droit fondamental à la protection de la santé doit être mis en oeuvre par tous moyens disponibles au bénéfice de toute personne. Les professionnels et les établissements de santé, les organismes d'assurance maladie ou tous autres organismes ou dispositifs participant à la prévention, aux soins ou à la coordination des soins, et les autorités sanitaires contribuent, avec les collectivités territoriales et leurs groupements, dans le champ de leurs compétences respectives fixées par la loi, et avec les usagers, à développer la prévention, garantir l'égal accès de chaque personne aux soins nécessités par son état de santé et assurer la continuité des soins et la meilleure sécurité sanitaire possible. »

¹²⁹⁵ Ordonnance n° 45-2250 du 4 octobre 1945 portant organisation de la sécurité sociale

constituent un objectif prioritaire de la politique de santé »¹²⁹⁶. Ce droit est ensuite réaffirmé dans les lois des 27 juillet 1999¹²⁹⁷ et 4 mars 2002¹²⁹⁸. Mais c'est véritablement la loi du 21 juillet 2009 qui, en redéfinissant les missions des CH et des établissements de santé dans leur ensemble, a placé le droit à l'égalité d'accès aux soins au centre des préoccupations en santé¹²⁹⁹. Effectivement, cette loi met notamment l'accent sur la nécessité d'une permanence des soins, sans distinction du caractère privé ou public des établissements. Pour preuve de l'importance de cette garantie du droit à l'égalité d'accès aux soins, le Conseil constitutionnel a désigné l'ARS comme garante de la bonne mise en œuvre de ces missions de service public¹³⁰⁰.

636. Bien que le droit à l'égalité d'accès aux soins soit explicitement garanti sur le plan législatif, il est aussi implicitement reconnu comme un droit fondamental par des normes "supralégislatives" qui – rappelons-le – ont une force juridique supérieure à celle des lois ordinaires. L'assimilation "par analogie" suggère que même si le droit à l'égalité d'accès aux soins n'est pas toujours directement mentionné dans ces textes supérieurs, il est interprété comme étant inclus en raison de sa connexion étroite avec d'autres droits fondamentaux qui y sont reconnus, comme le droit à la vie, le droit à la santé, ou le droit à la non-discrimination¹³⁰¹. Cela signifie que l'égalité d'accès aux soins est considérée comme essentielle à la réalisation de ces droits et est donc protégée en tant que principe juridique fondamental. La France ne dispose pas d'une consécration spécifique au droit à l'égalité d'accès aux soins dans sa Constitution. Cela n'a rien d'exclusif au droit français. En effet, sur les quatre-vingts États qui ont constitutionnalisé le droit à la santé en général, ne garantissent pas *stricto sensu* celui à l'égalité d'accès aux soins dans leur Constitution. Et sur ces quatre-vingts États, environ quinze consacrent un droit subjectif à la santé et un droit individuel d'égalité d'accès aux soins dans leur Constitution. Pour les autres, le droit à la santé est formulé très objectivement et généralement¹³⁰².

¹²⁹⁶ Loi n° 98-657 du 29 juillet 1998 d'orientation relative à la lutte contre les exclusions, JORF n° 175 du 31 juillet 1998

¹²⁹⁷ Loi n° 99-641 du 27 juillet 1999 portant création d'une couverture maladie universelle, JORF n° 0172 du 28 juillet 1999

¹²⁹⁸ Loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé, JORF du 5 mars 2002

¹²⁹⁹ Loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires, JORF n° 0167 du 22 juillet 2009

¹³⁰⁰ Décision du Conseil Constitutionnel du 16 juillet 2009, n° 2009-584 DC, Loi portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires.

¹³⁰¹ Droit à la vie : article 3 de la Déclaration universelle des droits de l'homme (1948), article 6 du Pacte international relatif aux droits civils et politiques (1966) ; Droit à la santé : article 12 du Pacte international relatif aux droits économiques, sociaux et culturels (1966), Constitution de l'Organisation mondiale de la santé (1946) ; Droit à la non-discrimination : Convention internationale sur l'élimination de toutes les formes de discrimination raciale (1965), Convention sur l'élimination de toutes les formes de discrimination à l'égard des femmes (1979), Convention relative aux droits des personnes handicapées (2006).

¹³⁰² I. POIROT-MAZERES, *L'accès aux soins, Principes et réalités*, Presses de l'Université Toulouse 1 Capitole, collection Actes de colloques de l'IFR, 2018, 286p., : chapitre rédigé par X. BIOY, « Le droit d'accès aux soins : un droit fondamental ? », p.37-71 ; Exemple de la Constitution de 1976 de Cuba, article 42 : « L'Etat consacre le

637. Des sources supranationales consacrent également ce droit à l'égalité d'accès aux soins, soit directement, soit indirectement au travers du droit à la santé. En droit international, la Déclaration universelle des droits de l'homme (DUDH) consacre ce dernier en son article 25-1¹³⁰³. Le Pacte sur les droits économiques, sociaux et culturels de 1976 consacre également, plus rapidement cependant, le droit à la santé¹³⁰⁴. Le Préambule de la Constitution de l'Organisation mondiale de la santé (OMS) définit clairement le droit à la santé¹³⁰⁵. Enfin, la Charte sociale européenne de 1961 consacre également le droit à la santé en son article 11¹³⁰⁶. En droit communautaire, la liberté d'aller et venir est directement liée au droit à la santé. En effet, la Charte communautaire des droits sociaux du travailleur ne consacre pas directement le droit à la santé : elle l'inclut dans le principe de libre circulation permettant à l'individu de recourir à des soins appropriés. Le droit à l'égalité d'accès aux soins est plus directement consacré par la Charte des droits fondamentaux de l'Union Européenne¹³⁰⁷, en ce qu'elle établit un devoir pour les pays membres de permettre un accès aux soins dans les meilleures conditions, au sein de leur État ou de l'un des États de l'Union. Cela implique donc, indirectement la liberté d'aller et venir des citoyens de l'Union pour garantir leur droit à l'égalité d'accès aux soins. Ces deux droit et liberté fondamentaux sont étroitement liés. Impacter le premier revient à impacter

droit, conquis par la Révolution, selon lequel les citoyens, sans distinction de race de couleur ou d'origine nationale reçoivent des soins médicaux dans toutes les institutions créées à cet effet dans le pays, depuis les écoles primaires jusqu'aux universités, qui sont les mêmes pour tous ; reçoivent des soins médicaux dans toutes les installations hospitalières » ; Exemple de la Constitution de 1993 du Cambodge, article 72 : « La santé de la population doit être garantie. L'Etat veille à la prévention des maladies et à leur traitement Les indigents bénéficient de consultations gratuites dans les hôpitaux, les infirmeries et les maternités publics. L'Etat crée des infirmeries et des maternités dans les régions les plus éloignées » ; Exemple d'une exception : la Constitution de 1948 en République populaire démocratique de Corée, garantissant explicitement le droit à l'accès aux soins, article 72 : « Les citoyens ont le droit d'accéder librement à des soins médicaux et toutes les personnes qui ne sont plus capables de travailler à cause de la vieillesse, la maladie ou une infirmité physique, le vieillard et les enfants qui n'ont aucuns moyens de soutien ont droit à l'assistance matérielle. Ce droit est garanti par les soins médicaux libres, un réseau se développant d'hôpitaux, sanatoriums et d'autres institutions médicales, sécurité sociale d'État et d'autres systèmes d'aide sociale. ».

¹³⁰³ Article 25-1 de la DUDH : « Toute personne a droit à un niveau de vie suffisant pour assurer sa santé, son bien-être et ceux de sa famille, notamment pour l'alimentation, l'habillement, le logement, les soins médicaux ainsi que pour les services sociaux nécessaires ; elle a droit à la sécurité en cas de chômage, de maladie, d'invalidité, de veuvage, de vieillesse ou dans les autres cas de perte de ses moyens de subsistance par suite de circonstances indépendantes de sa volonté. »

¹³⁰⁴ Article 12-1 du Pacte sur les droits économiques, sociaux et culturels : « Toute personne a le droit de jouir du meilleur état de santé physique et mental qu'elle est capable d'atteindre ».

¹³⁰⁵ Extrait du Préambule de la Constitution de l'OMS : « La santé est un état de complet bien-être physique, mental et social, et ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité. La possession du meilleur état de santé qu'il est capable d'atteindre constitue l'un des droits fondamentaux de tout être humain, quelles que soient sa race, sa religion, ses opinions politiques, sa condition économique ou sociale. (...) »

¹³⁰⁶ Article 11 de la Charte sociale européenne de 1961 : « Toute personne a le droit de bénéficier de toutes les mesures lui permettant de jouir du meilleur état de santé qu'elle puisse atteindre. »

¹³⁰⁷ Article 35 de la Charte des droits fondamentaux de l'Union Européenne : « Toute personne a le droit d'accéder à la prévention en matière de santé et de bénéficier de soins médicaux dans les conditions établies par les législations et pratiques nationales. Un niveau élevé de protection de la santé humaine est assuré dans la définition et la mise en œuvre de toutes les politiques et actions de l'Union. »

indirectement le second. En tant que droit à portée constitutionnelle en France¹³⁰⁸, la protection de la santé doit être garantie par le gouvernement français via la politique de santé publique¹³⁰⁹. L'objectif d'accès aux soins passe par la garantie de la permanence¹³¹⁰ et de la continuité des soins¹³¹¹. Un objectif qui ne peut être atteint si le personnel manque pour les prodiguer. Le CSP, en garantissant la continuité des soins, laisse supposer une forme d'obligation générale de soins pour le médecin, afin de garantir la sécurité publique. Cependant, devant le manque de médecins, et notamment de médecins psychiatres précédemment relevé, la loi HPST¹³¹² a précisé que la garantie de la continuité des soins devait être assurée par l'ensemble des professionnels de santé, permettant ainsi un partage de responsabilité, au-delà du chef de service¹³¹³.

638. Au-delà des problématiques liées au droit à l'égalité d'accès aux soins, le manque de personnel impacte également le droit de choisir le praticien et l'établissement dans lequel le patient va être pris en charge¹³¹⁴. Depuis les années 1960, le système de soins psychiatriques en

¹³⁰⁸ Décision du Conseil constitutionnel n° 91-296 DC du 29 juill. 1991 : « la protection de la santé emporte (...) une obligation d'agir pour les ministres concernés »

¹³⁰⁹ Article L. 1411-1 du CSP : « La politique de santé est conduite dans le cadre d'une stratégie nationale de santé définie par le Gouvernement, dans des conditions fixées par décret en Conseil d'Etat. La stratégie nationale de santé détermine, de manière pluriannuelle, des domaines d'action prioritaires et des objectifs d'amélioration de la santé et de la protection sociale contre la maladie. Un volet de la stratégie nationale de santé détermine les priorités de la politique de santé de l'enfant. La stratégie nationale de santé comporte également un volet propre aux besoins spécifiques de la défense. (...) »

¹³¹⁰ P. BOENNEC, Rapport d'information faite au nom de la délégation à l'aménagement et au développement durable du territoire sur la permanence des soins, Assemblée Nationale, n° 1205, 2008 - 2009, p. 8 : « Au sens strict, la permanence des soins désigne le dispositif sanitaire qui permet aux citoyens de recourir à un praticien lorsque le cabinet du médecin de famille a fermé ses portes. Elle fonctionne donc la nuit de 20h00 à 8h00 ainsi que les dimanches, les samedi après-midi et les jours de pont, à un réseau de médecins de garde censée couvrir l'ensemble du territoire et dispenser les soins nécessaires aux patients. La permanence des soins n'est donc ni une médecine d'urgence, ni un lieu de consultation programmée »

¹³¹¹ Article L.6321-1 du CSP : « Les réseaux de santé ont pour objet de favoriser l'accès aux soins, la coordination, la continuité ou l'interdisciplinarité des prises en charge sanitaires, notamment de celles qui sont spécifiques à certaines populations, pathologies ou activités sanitaires. » ; Continuité des soins consacré aux articles R.4127-47 et R.4127-48 du CSP : « Quelles que soient les circonstances, la continuité des soins aux malades doit être assurée. Hors le cas d'urgence et celui où il manquerait à ses devoirs d'humanité, un médecin a le droit de refuser ses soins pour des raisons professionnelles ou personnelles. S'il se dégage de sa mission, il doit alors en avvertir le patient et transmettre au médecin désigné par celui-ci les informations utiles à la poursuite des soins. » et « Le médecin ne peut pas abandonner ses malades en cas de danger public, sauf sur ordre formel donné par une autorité qualifiée, conformément à la loi. »

¹³¹² Loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires, JORF n°0167 du 22 juillet 2009

¹³¹³ Article L.6112-2 du CSP : les établissements de santé « (...) dispensent aux patients les soins préventifs, curatifs ou palliatifs que requiert leur état et veillent à la continuité de ces soins, en s'assurant qu'à l'issue de leur admission ou de leur hébergement, tous les patients disposent des conditions d'existence nécessaires à la poursuite de leur traitement. A cette fin, ils orientent les patients sortants ne disposant pas de telles conditions d'existence vers des structures prenant en compte la précarité de leur situation. »

¹³¹⁴ Article L.1110-8 du CSP : « Le droit du malade au libre choix de son praticien et de son établissement de santé est un principe fondamental de la législation sanitaire. Les limitations apportées à ce principe par les différents régimes de protection sociale ne peuvent être introduites qu'en considération des capacités techniques des établissements, de leur mode de tarification et des critères de l'autorisation à dispenser des soins remboursables aux assurés sociaux. »

France s'est structuré autour du principe de sectorisation, organisant les services selon des zones géo-démographiques définies où une équipe multidisciplinaire assure un continuum de soins allant de la prévention à la réinsertion sociale des patients. Cette approche a conduit à l'établissement de soins variés, incluant des modalités en hospitalisation complète, partielle, et ambulatoire, visant à se rapprocher au maximum du cadre de vie des patients. La sectorisation psychiatrique se divise en trois catégories principales. La première est la psychiatrie générale, destinée aux adultes de plus de 17 ans, avec une couverture d'environ 70 000 individus par secteur. La seconde est la psychiatrie infanto-juvénile, consacrée aux soins des enfants et adolescents de moins de 17 ans. La troisième est la psychiatrie pénitentiaire, focalisée sur le traitement des troubles mentaux au sein de la population carcérale. Pour répondre de manière spécifique aux divers besoins des patients, en fonction de leur âge ou de leur pathologie, des structures intersectorielles ont été mises en place. Celles-ci regroupent des ressources et du personnel de différents secteurs, pouvant être organisées de manière non autonome sous la tutelle d'un secteur spécifique, ou bien de manière autonome, établies par l'établissement pour servir plusieurs secteurs à la fois, sous forme de fédérations, départements, ou services. Suite à l'ordonnance du 4 septembre 2003¹³¹⁵, la gestion de l'offre de soins en psychiatrie est intégrée au cadre réglementaire commun à toutes les activités sanitaires, avec une référence géographique basée sur les territoires de santé. La sectorisation a évolué d'une logique géographique vers une approche fonctionnelle, comme en dispose la circulaire du 25 octobre 2004¹³¹⁶. Le Code de la Santé publique, dans son article L3221-1, et la loi du 21 juillet 2009¹³¹⁷, renforcent cette orientation, promouvant la coordination et la coopération entre les différents acteurs de soins, tant hospitaliers qu'extra-hospitaliers, dans un cadre défini par les agences régionales de santé. En outre, la loi élargit les modalités de soins proposées par les établissements de santé, incluant non seulement l'hospitalisation mais aussi les soins ambulatoires et à domicile¹³¹⁸.

639. Si l'aspect financier ne pèse plus dans la balance pour choisir son praticien¹³¹⁹, le libre établissement des médecins implique déjà une aggravation des zones dites de « déserts

¹³¹⁵ Ordonnance n° 2003-850 du 4 septembre 2003 portant simplification de l'organisation et du fonctionnement du système de santé ainsi que des procédures de création d'établissements ou de services sociaux ou médico-sociaux soumis à autorisation, JORF n°206 du 6 septembre 2003

¹³¹⁶ Circulaire du 25 octobre 2004 relative à l'inspection des installations classées – plan national santé – environnement (PNSE), texte non paru au journal officiel.

¹³¹⁷ Loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires, JORF n°0167 du 22 juillet 2009

¹³¹⁸ Isabelle LEROUX, Patricia SCHULTZ, « Cartographie régionale de l'offre de soins en santé mentale. À partir des rapports d'activité de psychiatrie 2008 », DREES, Document de travail n°155, avril 2011.

¹³¹⁹ Conseil d'Etat, 14 avril 1999, Syndicat des médecins libéraux, n° 202605 203623, Publié au recueil Lebon : « les bénéficiaires de l'assurance maladie, qui décident d'adhérer à l'option conventionnelle, choisissent librement leur médecin référent ; que leur engagement, souscrit en principe pour une durée d'un an renouvelable, n'a pas de caractère irrévocable ; que, dès lors, le moyen tiré de ce que les stipulations du chapitre V de la convention porteraient atteinte au principe de libre choix du médecin par le malade manque en fait ».

médicaux »¹³²⁰ et renforce potentiellement le manque de praticiens dans certains établissements. En effet, malgré une diversité d'outils incitatifs mis en place par les pouvoirs publics, comme les aides financières ou les avantages matériels, ces mesures ont montré une efficacité limitée. Elles se concentrent principalement sur les incitations financières sans considérer d'autres facteurs influençant la décision d'installation des professionnels, tels que les conditions de vie ou les opportunités professionnelles pour les conjoints. De plus, l'impact de ces mesures est entravé par un manque de coordination, une visibilité réduite et un effet d'aubaine, où les incitations ne modifient pas significativement le choix d'installation des professionnels de santé. La loi HPST de 2009 a introduit de nouveaux instruments incitatifs, comme le pacte territoire santé et le contrat de praticien territorial de médecine générale (PTMG). Cependant, ces mesures continuent de respecter la liberté d'installation des professionnels et souffrent des mêmes limites que les dispositifs antérieurs, notamment en ce qui concerne l'adéquation des solutions proposées aux véritables besoins des zones sous-denses¹³²¹. De fait, le droit à l'égalité d'accès aux soins reste bien entaché.

640. Le droit à l'égalité d'accès aux soins, au choix du praticien et de l'établissement de santé sont intrinsèquement liés au droit au respect de la liberté d'aller et venir du patient, car ensemble, ils forment la base d'une prise en charge respectueuse et autonome dans le domaine de la santé. Le droit de choisir librement son praticien ou son établissement de santé est une manifestation de l'autonomie du patient dans la gestion de sa santé. Cette autonomie est directement liée à la liberté d'aller et venir, puisqu'elle implique la capacité de se déplacer pour consulter le professionnel ou l'établissement de son choix. La restriction de la liberté d'aller et venir peut, par conséquent, limiter ce choix, affectant ainsi l'accès aux soins désirés ou nécessaires. L'égalité d'accès aux soins suppose que chaque individu, indépendamment de sa situation géographique, économique, ou de mobilité, puisse accéder aux soins de santé dont il a besoin. La liberté d'aller et venir est essentielle pour réaliser cet accès, car elle permet aux patients de se rendre dans les établissements où ils peuvent recevoir les soins appropriés, notamment quand ces services ne sont pas disponibles localement. La capacité à choisir et à accéder librement à différents prestataires de soins influence directement la continuité et la qualité des soins reçus. Les restrictions à la liberté d'aller et venir peuvent empêcher les patients de suivre des traitements avec les praticiens de leur choix ou dans les établissements offrant les standards de qualité les plus élevés, potentiellement compromettant leur état de santé. Enfin, dans le cadre de l'hospitalisation psychiatrique, le respect de la liberté d'aller et venir revêt une importance

¹³²⁰ « On utilise le critère de densité médicale pour définir un désert médical : nombre de médecins par habitants. Selon le Ministère de la Santé, un « désert médical » est donc une zone où la densité médicale est inférieure de 30% à la moyenne nationale ». Source : https://controverses.minesparis.psl.eu/public/promo14/promo14_G6/www.controverses-minesparistech-2.fr/_groupe6/densite-medicale/index.html

¹³²¹ G. ROUSSET. “ Déserts médicaux ”, accès aux soins et liberté d'installation : le territoire au coeur des préoccupations de santé. CIST2016 - En quête de territoire(s) ?, Collège international des sciences du territoire (CIST), Mar 2016, Grenoble, France. pp.415-420. fhal-01353678f

particulière. Les patients doivent pouvoir exercer leur droit à l'égalité d'accès aux soins et au choix du praticien dans la mesure du possible, conformément à leur état de santé et aux évaluations médicales. La gestion des admissions et des sorties dans ces établissements doit donc être attentivement équilibrée pour respecter à la fois la nécessité de soins et la liberté individuelle¹³²².

641. Mais le droit à l'égalité d'accès aux soins et au choix des praticien et établissement de santé, ne sont pas les seules composantes indirectes de la liberté d'aller et venir du patient à être remises en cause du fait du manque de personnel médical dans les établissements de santé mentale.

B. Garantir la sécurité du patient, des soignants et la sécurité publique : le manque de personnel au détriment du respect de la liberté d'aller et venir du patient

642. Le patient hospitalisé en psychiatrie doit voir sa sécurité garantie¹³²³, de même que l'ensemble des soignants dans l'exercice de leurs fonctions hospitalières¹³²⁴. En outre, la garantie de sécurité publique reste un enjeu majeur en santé mentale¹³²⁵. Si le manque de personnel hospitalier est un fait, la garantie de sécurité des acteurs hospitaliers et du grand public reste une obligation. Mais entre la garantie de la liberté d'aller et venir des patients et celle de la sécurité de tous, la frontière est souvent franchie en faveur d'une hypersécurité légalement controversée. Ces enjeux sécuritaires sont particulièrement présents en psychiatrie. Des préoccupations fréquentes portent sur la sécurité, en mettant en avant la sécurité des patients envers eux-mêmes, ainsi que la sécurité envers les autres patients, les professionnels et

¹³²² Haute Autorité de Santé. « Liberté d'aller et venir dans les établissements sanitaires et médico-sociaux, et obligation de soins et de sécurité », Saint-Denis La Plaine, HAS, 2005.

¹³²³ Article 6111-2 du CSP (issu de la loi HPST du 21 juillet 2009) : « *Les établissements de santé élaborent et mettent en œuvre une politique d'amélioration continue de la qualité et de la sécurité des soins et une gestion des risques visant à prévenir et traiter les événements indésirables liés à leurs activités. Dans ce cadre, ils organisent la lutte contre les événements indésirables, les infections associées aux soins et l'iatrogénie, définissent une politique du médicament et des dispositifs mentionnés à l'article 1er du règlement (UE) 2017/745 du Parlement européen et du Conseil du 5 avril 2017 relatif aux dispositifs médicaux, modifiant la directive 2001/83/CE, le règlement (CE) n° 178/2002 et le règlement (CE) n° 1223/2009 et abrogeant les directives du Conseil 90/385/CEE et 93/42/CEE stériles et mettent en place un système permettant d'assurer la qualité de la stérilisation de ces dispositifs.* » ; Décret n° 2017-884 du 9 mai 2017 relatif aux groupements hospitaliers de territoire (GHT) : il organise la coopération entre établissements de santé pour améliorer la qualité et la sécurité des soins. ; Loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé (dite Loi Touraine) : améliore la promotion de la santé, la synchronisation des services médicaux et l'accès aux soins. ; Circulaire DHOS/E2/E4 n°176 du 29 mars 2004 relative aux recommandations pour la mise en place d'un programme de gestion des risques dans les établissements de santé ;

¹³²⁴ Article 4121-1 et suivants du code du travail développent les obligations de l'employeur en matière de santé et de sécurité au travail : « *L'employeur prend les mesures nécessaires pour assurer la sécurité et protéger la santé physique et mentale des travailleurs. (...)* » ; Décret n° 2006-577 du 22 mai 2006 relatif aux protocoles de coopération entre professionnels de santé : définit les modalités de collaboration entre divers professionnels de la santé en vue d'optimiser le suivi des patients.

¹³²⁵ Cf Chapitre 1 du présent Titre.

la société en général. Dans ce domaine particulier, la question de la sécurité, notamment en ce qui concerne les actes violents envers soi-même ou autrui, est étroitement liée à la qualité des soins et au respect de la dignité. L'enjeu réside dans l'harmonisation des aspects collectifs des lieux de résidence¹³²⁶ et des règles de vie avec des approches de prise en charge (surveillance, soins) adaptées à chaque individu, à condition que les effectifs de professionnels de santé soient suffisants. En complément, les interdictions collectives doivent être limitées à des nécessités strictes, préservant toute reconnaissance et sauvegarde de la singularité et de la citoyenneté du patient, telles que la liberté d'aller et venir, l'accès libre à l'argent pour les personnes non protégées, et la confidentialité des dossiers individuels.

643. La gestion des risques au sein des établissements doit prendre en compte ces considérations cliniques et éthiques, se focaliser sur la qualité de l'organisation et des soins, ainsi que sur le bon fonctionnement institutionnel, en incluant la perspective d'une évaluation externe¹³²⁷. Au-delà des exigences techniques minimales (telles que la qualité de l'architecture) qui s'avèrent souvent incomplètes, le manque de personnel est régulièrement pallié à l'aide d'outils de contrôle qui, bien qu'utilisés pour garantir la sécurité des patients et des soignants, restent très controversés. En effet, la sécurité peut difficilement reposer sur des dispositifs techniques intrusifs tels que la vidéosurveillance 24h/24, en ce qu'ils contredisent de nombreux droits et libertés des patients. La vidéosurveillance à l'hôpital doit avoir une finalité légitime et être proportionnée à l'objectif recherché. Elle ne peut être mise en place de manière indiscriminée, mais doit être justifiée par des raisons de sécurité, de prévention des agressions, ou d'autres motifs légitimes¹³²⁸. Cependant, elle peut potentiellement porter atteinte au droit à

¹³²⁶ Cf Paragraphe 1 de la présente Section

¹³²⁷ La surveillance et le contrôle des services de psychiatrie hospitaliers en France impliquent plusieurs moyens mis en place pour garantir la qualité des soins, le respect des droits des patients, et le bon fonctionnement des établissements. Voici quelques-uns des principaux moyens de contrôle : IGAS (missions d'inspection et d'évaluation dans le domaine de la santé, y compris en psychiatrie. Elle examine la qualité des soins, les conditions d'accueil des patients, et la conformité aux normes et aux réglementations), ARS (mission de réguler l'offre de soins et de contrôler les établissements de santé, y compris les services de psychiatrie. Elles veillent à l'application des normes, à la qualité des prestations, et au respect des droits des usagers), Contrôle technique et qualité des soins (les établissements de psychiatrie sont soumis à des évaluations régulières de la qualité des soins, réalisées notamment par des professionnels de la santé mentale et des experts médicaux. Ces contrôles visent à garantir la pertinence et l'efficacité des interventions), Autorité de Santé Mentale ou ASM (peut être impliquée dans l'évaluation et la certification des services de psychiatrie. Elle veille à la qualité des pratiques professionnelles, à la sécurité des patients, et à l'efficacité des dispositifs mis en place), Contrôle de l'application des droits des patients via la Commission des Relations avec les Usagers et de la Qualité de la Prise en Charge ou CRUQPC (intervient dans le suivi des droits des patients et l'amélioration de la qualité de la prise en charge. Elle peut être saisie en cas de litiges ou de réclamations), contrôle judiciaire via le JLD notamment (les tribunaux peuvent intervenir en cas de litiges graves ou de situations problématiques, en assurant une forme de contrôle juridique), CGLPL (chargé de contrôler les conditions de détention et de prise en charge dans les établissements de santé mentale, y compris en psychiatrie), évaluations externes indépendantes (par des organismes externes indépendants peuvent être mandatés pour réaliser des évaluations objectives des services de psychiatrie, contribuant ainsi à une vision extérieure et impartiale).

¹³²⁸ Circulaire du 22 octobre 1996 relative à l'application de l'article 10 de la loi no 95-73 du 21 janvier 1995 d'orientation et de programmation relative à la sécurité (décret sur la vidéosurveillance), JORF n°285 du 7 décembre 1996 : avant de mettre en place un système de vidéosurveillance, l'établissement hospitalier doit

la vie privée et au respect de l'intimité des patients. En France, le Code Civil, notamment les articles 9 et 16-1¹³²⁹, protège ces droits, et toute mise en place de vidéosurveillance doit respecter ces principes. La vidéosurveillance relève de la collecte d'images, et à ce titre, elle est soumise à la Loi Informatique et Libertés¹³³⁰. La Commission nationale de l'informatique et des libertés (CNIL) veille au respect de cette loi qui impose des règles strictes sur la collecte, le traitement et la conservation des images. En outre, dans le cadre médical, le consentement des patients à être filmés est généralement nécessaire. Le patient doit être informé de manière claire et complète sur l'usage de la vidéosurveillance, et il doit donner son accord, sauf en cas de nécessité vitale ou d'urgence¹³³¹. Le personnel doit également en être informé et ne peut être filmé en permanence¹³³². Les hôpitaux peuvent également élaborer leur propre charte éthique et déontologique, précisant les conditions d'utilisation de la vidéosurveillance et les principes respectés pour garantir la protection des droits des personnes filmées. Malgré ses avantages potentiels sur le plan sécuritaire, la vidéosurveillance peut néanmoins créer une fausse impression de sécurité et générer des risques. Les mesures de sûreté doivent être élaborées de manière pragmatique, évaluées collectivement en termes de bénéfices et de risques, et soumises à une réflexion continue et pluridisciplinaire sur les pratiques professionnelles et le fonctionnement institutionnel¹³³³.

644. Intéressons-nous d'abord à une approche générale de l'usage des vidéosurveillances avant d'envisager son utilisation – et ses conséquences – au sein de l'hôpital psychiatrique. Le Conseil constitutionnel a examiné l'installation de ces systèmes, permettant la transmission et l'enregistrement d'images capturées sur la voie publique, en tenant compte du respect de la vie privée et de l'atteinte à la liberté d'aller et venir¹³³⁴. En effet, la vidéosurveillance, tant dans son principe fondamental d'enregistrement d'images de personnes souvent à leur insu et sans nécessité de leur consentement, que dans les développements anticipés à court terme, notamment décrits par la CNIL dans sa recommandation du 21 juin 1994 (augmentation significative des capacités de stockage des données grâce aux techniques numériques, diffusion

généralement obtenir une délibération de la CNIL autorisant la mise en œuvre du dispositif. La CNIL évalue la pertinence, la proportionnalité, et la légitimité de la vidéosurveillance.

¹³²⁹ Article 9 du code civil : « *Chacun a droit au respect de sa vie privée. Les juges peuvent, sans préjudice de la réparation du dommage subi, prescrire toutes mesures, telles que séquestre, saisie et autres, propres à empêcher ou faire cesser une atteinte à l'intimité de la vie privée : ces mesures peuvent, s'il y a urgence, être ordonnées en référé.* » ; article 16-1 du code civil : « *Chacun a droit au respect de son corps. Le corps humain est inviolable. Le corps humain, ses éléments et ses produits ne peuvent faire l'objet d'un droit patrimonial.* »

¹³³⁰ Loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés, JORF du 7 janvier 1978

¹³³¹ Circulaire du 22 octobre 1996 relative à l'application de l'article 10 de la loi no 95-73 du 21 janvier 1995 d'orientation et de programmation relative à la sécurité (décret sur la vidéosurveillance), JORF n°285 du 7 décembre 1996

¹³³² Article L.2323-32, article L.1221-9 et L.1222-4 et article L.1121-1 du code du travail

¹³³³ Plan psychiatrie et santé mentale, 2011-2015, Ministère chargé de la santé et des solidarités, https://www.cnsa.fr/documentation/plan_psychiatrie_et_sante_mentale_2011-2015.pdf

¹³³⁴ Cons. const., 18 janv. 1995, n° 94-352 DC ; jurisprudence à portée similaire : Cour de cassation, Chambre criminelle, 25 Février 2014 - n° 13-90.039

de logiciels de manipulation des fichiers résultant de la transformation de ces images en données numérisées pouvant être traitées sur ordinateur comme un fichier de caractères alphanumériques issu d'un texte), constitue une menace grave pour plusieurs libertés et droits fondamentaux protégés constitutionnellement. Parmi ceux-ci, on peut citer la liberté individuelle (englobant le droit de disposer de son image et la liberté d'aller et venir sans surveillance arbitraire et généralisée) et le droit au respect de la vie privée, impliquant, selon la doctrine unanime, un véritable droit à l'anonymat pour les individus qui n'ont pas choisi de participer à la "vie publique". Dans ces conditions, on peut soutenir que le principe même de l'enregistrement d'images de personnes privées sans leur consentement, que celui-ci soit explicite ou présumé en raison de leur participation à la « vie publique », est inconstitutionnel. Cette position concorde notamment avec l'opinion du président Favoreu qui considérait cette pratique comme inconstitutionnelle, à moins que son recours ne soit absolument indispensable à la protection de l'ordre public, et ce, en des lieux et moments strictement délimités, tout en respectant des conditions procédurales très protectrices des libertés¹³³⁵. Ainsi, l'utilisation de la vidéosurveillance est constitutionnellement acceptable uniquement si le législateur l'encadre et la restreint avec une vigilance extrême afin de la rendre compatible avec l'exercice des droits et libertés constitutionnellement protégés. Il est impératif que la loi n'autorise une telle pratique que lorsque son recours est absolument indispensable à la poursuite d'un objectif constitutionnel de sécurité publique, conformément à la jurisprudence qui indique que la loi ne peut faire régresser les droits et libertés constitutionnellement protégés que si la poursuite de cet objectif l'exige absolument¹³³⁶. Toute la question de la proportionnalité de l'usage des vidéosurveillances prend alors tout son sens, particulièrement dans un contexte où son utilisation s'avère généralement utile faute de personnel en nombre suffisant pour assurer le contrôle opéré par les caméras. L'usage de la vidéosurveillance dans les hôpitaux psychiatriques peut avoir à la fois des impacts positifs et négatifs sur le respect de la liberté d'aller et venir des patients. Cette question complexe nécessite une analyse nuancée qui prend en compte les différents aspects de la sécurité, de la surveillance et des droits fondamentaux des patients. L'un des principaux avantages de la vidéosurveillance est sa capacité à prévenir les incidents, les fugues, ou les comportements auto-agressifs ou agressifs envers d'autres. En permettant une intervention rapide et ciblée, elle peut contribuer à la sécurité des patients et du personnel. En cas d'incident, les enregistrements de vidéosurveillance peuvent fournir des preuves cruciales qui aident à comprendre ce qui s'est passé, à prendre des mesures appropriées et à améliorer les pratiques de soin. Dans certaines circonstances, la présence de caméras peut rassurer les patients et le personnel en créant un environnement perçu comme plus sécurisé¹³³⁷. Pourtant, la

¹³³⁵ L. FAVOREU & L. PHILIP, commentaire de la décision n° 76-75 DC du 12 janvier 1977, dans les *Grandes Décisions du Conseil constitutionnel*, p.359

¹³³⁶ Dans L. FAVOREU & L. PHILIP, *Grandes Décisions du Conseil constitutionnel* : Conseil constitutionnel n° 84-181 DC des 10 et 11 octobre 1984, p.78 ; Conseil constitutionnel n° 84-185 DC du 18 janvier 1985, p.39 ; Conseil constitutionnel n° 93-325 DC du 13 août 1993, p. 224.

¹³³⁷ Entretien avec Marie-France CALLU, cf Annexe 38

surveillance constante peut également être perçue comme une restriction à la liberté de mouvement des patients. Elle peut induire un sentiment de surveillance omniprésente qui altère la sensation de liberté et d'autonomie personnelle, fondamentale à la dignité humaine et à la réhabilitation psychiatrique. Pour certains patients, notamment ceux qui ont des antécédents de trauma ou qui sont particulièrement sensibles à la surveillance, la présence de caméras peut aggraver le sentiment de paranoïa ou d'anxiété, impactant négativement leur bien-être psychologique. Il existe un risque que la vidéosurveillance soit utilisée de manière excessive ou inappropriée, allant au-delà de la simple prévention des risques pour s'immiscer indûment dans la vie privée des patients. Cela pourrait entraver les interactions naturelles et la liberté d'expression, cruciales dans le cadre thérapeutique¹³³⁸. La clé réside dans l'équilibre entre les impératifs de sécurité et le respect de la liberté et de la dignité des patients. Il est essentiel que l'usage de la vidéosurveillance soit guidé par des principes de proportionnalité, de nécessité, et d'intimité, avec des limites claires sur où, comment, et pourquoi les caméras sont utilisées. Des mesures comme la limitation de la surveillance aux espaces communs, l'exclusion des chambres privées (sauf dans des circonstances exceptionnelles et bien justifiées), et la mise en place de politiques transparentes et de mécanismes de contrôle peuvent aider à minimiser les impacts négatifs tout en conservant les bénéfices liés à la sécurité.

645. Évidemment, l'utilisation de la vidéosurveillance dans les hôpitaux psychiatriques soulève des questions éthiques, juridiques, et pratiques importantes. Cette démarche, bien que motivée par des besoins de sécurité et de surveillance, entre souvent en conflit avec les droits fondamentaux des patients, notamment le droit à la vie privée et le droit à la dignité. Le cadre juridique régissant l'usage de la vidéosurveillance dans de tels contextes est donc crucial pour en comprendre les limites et les obligations. L'article 8 de la Conv.EDH¹³³⁹ protège le droit au respect de la vie privée. L'usage de la vidéosurveillance doit donc respecter ce droit fondamental, ce qui implique une nécessité de justification et de proportionnalité de l'ingérence dans la vie privée des individus. Des affaires comme *Peck contre le Royaume-Uni*¹³⁴⁰ ont établi l'importance de la proportionnalité et de la notification dans le cadre de la surveillance. Bien qu'il ne traite pas spécifiquement de la vidéosurveillance dans les hôpitaux psychiatriques, le RGPD¹³⁴¹ impose des règles strictes sur le traitement des données personnelles, incluant les images vidéo. Il requiert la légalité, la transparence, et la minimisation des données, ainsi que des garanties spécifiques lorsque des données sensibles (comme celles concernant la santé mentale) sont traitées. En France, le cadre juridique national complète les normes européennes

¹³³⁸ E. FAVEREAU, « Un rapport fustige les dérives d'hôpitaux psychiatriques », *Libération*, 25 mai 2016.

¹³³⁹ Article 8 de la Conv.EDH: « Toute personne a droit au respect de sa vie privée et familiale, de son domicile et de sa correspondance. »

¹³⁴⁰ CEDH, n° 44647/98, 28 janvier 2003, Affaire Peck c. Royaume-Uni

¹³⁴¹ Règlement (UE) 2016/679 relatif à la protection des personnes physiques à l'égard du traitement des données à caractère personnel et à la libre circulation de ces données. Ce texte inclut le rectificatif publié au Journal officiel de l'UE du 23 mai 2018.

par des lois et réglementations spécifiques encadrant l'utilisation de la vidéosurveillance dans les établissements de santé, y compris psychiatriques. Le Code de la santé publique (CSP) et la Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés (CNIL) jouent un rôle crucial. La CNIL a publié des recommandations spécifiques sur la vidéosurveillance, soulignant la nécessité d'une mise en balance entre les impératifs de sécurité et le respect de la vie privée. Les hôpitaux doivent déclarer leurs systèmes de vidéosurveillance à la CNIL et s'assurer que leur usage est proportionné, légitime, et conforme à la législation sur la protection des données¹³⁴². Le CGLPL a également établi un rapport comportant diverses recommandations de bonnes pratiques, notamment sur l'usage de la vidéosurveillance, suite au constat de différents abus en la matière, au sein de plusieurs établissements¹³⁴³.

646. La vidéosurveillance n'est qu'un exemple de palliatif au manque de personnel dans les hôpitaux psychiatriques. La géolocalisation, un procédé lié aux avancées technologiques, offre la possibilité de suivre et retracer en temps réel les déplacements de personnes, de véhicules ou d'objets. Certaines applications ou encore certains objets utilisent déjà la géolocalisation, notamment concernant les personnes âgées¹³⁴⁴. Mais la géolocalisation, qu'elle émane des autorités publiques ou de particuliers tels que les employeurs, comporte des risques pour la liberté d'aller et venir dès lors qu'elle est réalisée sans le consentement ou à l'insu des individus. Selon la Cour de cassation dans ses arrêts du 22 octobre 2013, elle peut même constituer une ingérence dans la vie privée. La loi du 28 mars 2014¹³⁴⁵ vient compléter le Code de procédure pénale en autorisant la géolocalisation lorsque cela est nécessaire pour une enquête sur un crime ou un délit, notamment puni d'un emprisonnement d'au moins cinq ans. Dans ce contexte, le Conseil constitutionnel a confirmé qu'elle est « *une mesure de police judiciaire* », « *placée sous la direction et le contrôle de l'autorité judiciaire* »¹³⁴⁶. Les règles que les employeurs doivent respecter concernant la géolocalisation des employés ont été précisées par la CNIL¹³⁴⁷. En revanche, le Conseil constitutionnel a estimé que la procédure de recueil automatisé de données

¹³⁴² « Les guides de la CNIL : Guide professionnels de santé », CNIL, édition 2011, https://www.cnil.fr/sites/cnil/files/attachment_429_99.pdf

¹³⁴³ CGLPL, Rapport « L'intimité au risque de la privation de liberté » : recommandations et extraits relatifs à la santé mentale, 29 août 2022 ; CGLPL, Rapport de visite de la clinique San Ornello, Borgo, juillet 2020. ; CGLPL, Recommandations en urgence du 1er février 2022 relatives au centre de santé mentale Jean-Baptiste Pussin à Lens, JORF, 1er mars 2022. ; CGLPL, Rapport de la 3e visite du CH Sainte Marie de Nice, février 2021. ; CGLPL, Rapport de visite du CH de Montfavet, novembre 2019. ; CGLPL, Rapport de visite du CHS La Candélie à Pont-du-Casse, juillet 2019.

¹³⁴⁴ Dispositifs de suivi GPS portable « AngelSense », montre intelligente comme la « Apple Watch », application mobile comme « Life360 », balises GPS comme « Tile Mate », système de surveillance à domicile comme « Philips Lifeline »

¹³⁴⁵ Loi n° 2014-372 du 28 mars 2014 relative à la géolocalisation, JO 29 mars 2014, p. 6123

¹³⁴⁶ Cons. const., 25 mars 2014, n° 2014-693 DC, concernant la loi relative à la géolocalisation : JO 29 mars 2014, p. 6125

¹³⁴⁷ CNIL, délibération n° 2015-165 du 4 juin 2015

relatives aux véhicules instituée par l'article 8 de la loi relative à la lutte contre le terrorisme¹³⁴⁸ ne saurait porter atteinte à la liberté d'aller et venir protégée par les articles 2 et 4 de la Déclaration des droits de l'homme et du citoyen¹³⁴⁹.

647. Nul doute que cette démarche de géolocalisation reste controversée dans le cadre des soins psychiatriques, dans la mesure où le patient ne relève pas de la gestion carcérale. Les besoins de géolocalisation émaneraient du simple manque de personnel susceptible de surveiller les allers et venues des patients : la proportionnalité semble difficilement concevable sur ce seul argument. Pourtant, l'usage de la géolocalisation en psychiatrie, bien que soulevant des questions éthiques et juridiques importantes, pourrait également être envisagé comme un moyen de soutenir et de garantir la liberté d'aller et venir des patients, surtout dans un contexte où certaines personnes peuvent présenter un risque pour elles-mêmes ou pour autrui. La géolocalisation permet un suivi en temps réel des patients, en particulier ceux qui sont susceptibles de s'égarer ou de se mettre en danger à cause de leur condition (par exemple, les patients atteints de démence ou de troubles cognitifs sévères)¹³⁵⁰. Cela peut aider à intervenir rapidement en cas de besoin, réduisant ainsi le risque d'incidents et permettant aux patients de maintenir une certaine autonomie dans un cadre sécurisé. La technologie de géolocalisation peut être configurée pour répondre aux besoins spécifiques de chaque patient, par exemple, en établissant des "zones de sécurité" à partir desquelles une alerte serait déclenchée si le patient les franchit. Cela permet aux patients de se déplacer librement dans des zones définies comme sûres, tout en garantissant leur sécurité. L'utilisation de dispositifs de géolocalisation peut même, potentiellement, réduire la nécessité de recourir à des mesures de contention ou d'isolement. Moins d'isolement et de contention, c'est aussi moins de restriction de la liberté d'aller et venir du patient. Pourtant, définir des « zones de sécurité » est aussi une restriction à la liberté d'aller et venir du patient : une restriction à son périmètre de vie¹³⁵¹. Le risque et sa réalisation entraînent la question de la responsabilité. Qui est responsable en cas de défaut de surveillance, de manquement à l'obligation de sécurité ?

Paragraphe 3. Défaut de surveillance dans le cadre de l'hospitalisation sous contrainte : quelle responsabilité pour les établissements et professionnels de santé ?

648. La surveillance des patients en psychiatrie, particulièrement ceux en hospitalisation sous contrainte ou soumis à des mesures d'isolement ou de contention, soulève des enjeux juridiques

¹³⁴⁸ Loi n° 2006-64 du 23 janvier 2006 relative à la lutte contre le terrorisme et portant dispositions diverses relatives à la sécurité et aux contrôles frontaliers, JORF n°0020 du 24 janvier 2006

¹³⁴⁹ Cons. const., 19 janv. 2006, n° 2005-532 DC

¹³⁵⁰ C. CARTAU, « La vidéosurveillance dans tous ses états », *DSIH*, 20 avril 2021, <https://www.dsih.fr/article/4203/la-videosurveillance-dans-tous-ses-etats.html>

¹³⁵¹ M. UNTERSINGER, « A-t-on le droit de « vidéosurveiller » l'hôpital ? », *Le Monde*, 18 mai 2018

complexes. La conciliation entre la sécurité publique et les droits des patients, notamment leur liberté d'aller et venir, est un défi majeur pour les établissements de santé mentale.

649. L'obligation de sécurité et de surveillance des patients dans les établissements de santé, y compris les hôpitaux psychiatriques, est encadrée par diverses dispositions législatives, réglementaires et jurisprudentielles en France. Le CSP affirme notamment le droit de toute personne à la protection de sa santé, ce qui inclut implicitement l'obligation pour les établissements de santé de garantir la sécurité des patients¹³⁵². Concernant les soins psychiatriques sans consentement, le CSP dispose que les mesures de soins psychiatriques doivent être mises en œuvre si les troubles mentaux rendent impossible le consentement éclairé et compromettent gravement la santé de la personne ou la sûreté des tiers. Cela implique une obligation de surveillance accrue pour garantir la sécurité¹³⁵³. Dans cette même optique sécuritaire, toute sortie non autorisée d'une personne hospitalisée sans consentement doit également être signalée sans délai aux autorités compétentes, renforçant ainsi l'obligation de surveillance continue des patients¹³⁵⁴. Le code civil encadre également les notions de surveillance et de sécurité de manière générale, dans la mesure où l'on est responsable non seulement du dommage que l'on cause par son propre fait, mais encore de celui qui est causé par le fait des personnes dont on doit répondre. Cela inclut la responsabilité des établissements de santé pour les actes commis par leurs employés¹³⁵⁵. La jurisprudence encadre également cette responsabilité¹³⁵⁶. Le Règlement Général sur la Protection des Données (RGPD) est également à prendre en compte. En effet, bien que principalement axé sur la protection des données, cet article impose des obligations strictes concernant le traitement des données de santé, ce qui inclut des aspects liés à la sécurité et à la surveillance des informations médicales des patients.

650. La détermination de la responsabilité médicale en matière de surveillance des patients résulte donc de textes de lois et de jurisprudences, offrant une vue d'ensemble des obligations légales et des pratiques thérapeutiques modernes. Il s'agira d'abord d'évoquer le type d'obligation incombant aux soignants (A), avant d'évoquer les particulières obligations de sécurité et de surveillance des établissements de santé mentale (B), puis d'opérer une distinction entre la responsabilité de l'établissement et celle du professionnel de santé lorsqu'il est mis en cause (C).

A. Obligation de moyen et obligation de résultat : nuances et applications

¹³⁵² Article L.1110-1 du CSP

¹³⁵³ Article L.3211-3 du CSP

¹³⁵⁴ Article L.3211-11 du CSP

¹³⁵⁵ Article 1241 du Code civil (ancien 1384)

¹³⁵⁶ Cf développement du présent Paragraphe

651. La non-exécution contractuelle doit être évaluée en fonction de l'intensité de l'obligation contractuelle. C'est ici que la distinction doctrinale entre les « obligations de moyens » et les « obligations de résultat » revêt toute son importance. En effet, la question se pose de savoir si c'est au créancier de démontrer le manquement de son cocontractant afin d'engager sa responsabilité pour obtenir des dommages et intérêts, ou si, au contraire, il appartient à la partie n'ayant pas rempli son obligation de prouver qu'un cas d'impossibilité justifie l'exonération de sa responsabilité. Contrairement à l'idée de Rousseau selon laquelle « *Toute imputation passe en preuve invincible* »¹³⁵⁷, le droit français dispose que la charge de la preuve incombe en principe à celui qui formule une accusation. En effet, le Code civil précise expressément que « *celui qui réclame l'exécution d'une obligation doit la prouver* », tandis que « *celui qui se prétend libéré doit justifier le paiement ou le fait qui a produit l'extinction de son obligation* »¹³⁵⁸. Initialement, la distinction entre obligations de moyen et de résultat fut pensée par Demogue pour résoudre la contradiction existante entre les articles 1137 et 1147 du Code civil¹³⁵⁹. Cependant, en matière contractuelle, et particulièrement en matière de responsabilité, l'article 1147 du Code civil fait office de référence : en cas de non-exécution ou de mauvaise exécution de l'obligation, il revient au débiteur de prouver que cette inexécution résulte d'une cause étrangère qui ne peut lui être imputée, même en l'absence de mauvaise foi de sa part. La responsabilité est donc présumée, et la charge de la preuve incombe à celui qui n'a pas exécuté ou a mal exécuté. Toutefois, d'autres dispositions du Code civil¹³⁶⁰ disposent que le créancier de l'obligation doit démontrer que son débiteur a failli dans son exécution, en prouvant une faute.

652. À partir de ces textes, la doctrine a formulé la distinction entre les obligations de moyens et les obligations de résultat. Au cours du 20ème siècle, René Demogue, dans son « *Traité des obligations en général* », a proposé de classer les obligations contractuelles selon leur objet et a montré une unité entre les responsabilités contractuelles et délictuelles, toutes deux fondées sur l'existence d'une faute, laquelle peut être prouvée soit par la négligence ou l'imprudence, soit par le simple fait que le résultat escompté n'a pas été atteint¹³⁶¹. Cette distinction a été par la suite adoptée par la jurisprudence, même si elle est aujourd'hui fréquemment contestée, parfois de manière virulente. L'avant-projet de réforme du droit des obligations et de la prescription proposait d'intégrer cette distinction dans le Code civil ; cependant, cette proposition n'a pas été retenue dans le projet de réforme du droit des contrats. Cette distinction repose sur le contenu de l'obligation, c'est-à-dire sur ce qui a été promis. L'obligation est qualifiée de « résultat » lorsque le débiteur s'est engagé à atteindre un résultat spécifique, ou «

¹³⁵⁷ J-J. ROUSSEAU, *Rousseau, juge de Jean-Jaques. Dialogues*, Collection complète des œuvres, Genève, 1780-1789, vol. 11, in-4°, édition en ligne www.rousseauonline.ch, version du 7 octobre 2012, p.145

¹³⁵⁸ Article 1353 du code civil

¹³⁵⁹ F. TERRÉ, P. SIMLER et Y. LEQUETTE, *Droit civil. Les obligations*, Dalloz, 2013, no 577.

¹³⁶⁰ Notamment l'article 1137 du code civil

¹³⁶¹ R. DEMOGUE, *Traité des Obligations en général*, ed. A. Rousseau, 1923-1933, 7 vol.

lorsque le débiteur est tenu, sauf en cas de force majeure, de procurer au créancier la satisfaction promise »¹³⁶². À l'inverse, il s'agit d'une obligation de « moyens » lorsque le débiteur s'engage à mettre en œuvre tous les efforts nécessaires pour atteindre un certain objectif, sans garantir le résultat, « *lorsque le débiteur est seulement tenu d'apporter les soins et diligences normalement nécessaires pour atteindre un certain but* »¹³⁶³. Il est à noter que l'Ordonnance du 10 février 2016¹³⁶⁴, qui met en place les éléments de la réforme récente du droit des obligations, n'a rien prévu en ce qui concerne les obligations de moyens et de résultat. Le législateur n'a ni codifié ni précisé la définition des obligations de résultat et de moyens. Il est donc nécessaire d'examiner la distinction fondamentale entre l'obligation de moyens et l'obligation de résultat (1), afin de bien comprendre la portée de cette distinction (2).

1. Obligations de moyen et de résultat : une distinction fondamentale

653. L'intérêt principal de la distinction entre les types de preuves se manifeste particulièrement lorsqu'il s'agit de déterminer les conditions de la responsabilité éventuelle du débiteur. En effet, lorsqu'une obligation est de résultat et que le résultat promis n'est pas atteint, le débiteur est présumé responsable. Pour échapper à cette responsabilité, le débiteur doit démontrer que l'inexécution est due à un cas de force majeure. Mais qu'entend-on par force majeure ? Classiquement, un obstacle ne constitue un cas de force majeure que s'il présente trois caractéristiques pour le débiteur qui l'invoque : l'irrésistibilité, l'imprévisibilité et l'extériorité. Un arrêt de l'assemblée plénière définit la force majeure comme un événement présentant un caractère imprévisible lors de la conclusion du contrat et irrésistible dans son exécution¹³⁶⁵. Ainsi, cet arrêt expose que ces conditions doivent être cumulativement remplies pour qu'il y ait force majeure, les conditions étant évaluées à des moments distincts, tandis que l'extériorité demeure incertaine. À l'inverse, lorsqu'il s'agit d'une obligation de moyens, c'est au créancier de prouver que le débiteur n'a pas mis en œuvre les moyens nécessaires. Certaines obligations, comme l'obligation de sécurité pesant sur le transporteur de personnes, peuvent être à la fois des obligations de moyens ou de résultat. Pendant la phase d'exécution du contrat proprement dit, il s'agirait d'une obligation de résultat, tandis qu'avant et après, il s'agirait d'une obligation de moyens¹³⁶⁶. Par exemple, dans un arrêt rendu le 5 novembre 2020, la troisième chambre civile s'est prononcée sur l'intensité de l'obligation contractuelle de sécurité incombant à l'entreprise chargée de la maintenance et de l'entretien de portes automatiques de garage¹³⁶⁷. En l'espèce, un locataire d'un immeuble a été blessé par la porte automatique du

¹³⁶² Ancien article 1149, alinéa 1 du code civil

¹³⁶³ Ancien article 1149, alinéa 2 du code civil

¹³⁶⁴ Ordonnance n° 2016-131 du 10 février 2016 portant réforme du droit des contrats, du régime général et de la preuve des obligations, NOR : JUSC1522466R

¹³⁶⁵ CCass, Assemblée plénière, du 14 avril 2006, n° 02-11.168, Publié au bulletin

¹³⁶⁶ CCass. Civ., 21 novembre 1911 ; CCass. civ.1, 7 mars 1989, n° 87-11.493, Publié au bulletin

¹³⁶⁷ CCass, Civ. 3, 5 novembre 2020, n° 19-10.857, Publié au bulletin

parking de son immeuble. Celle-ci ne s'étant pas refermée, le locataire a tenté de la fermer manuellement, ce qui a causé sa blessure. Il a donc assigné l'assureur de l'immeuble en réparation des préjudices subis, et la société chargée de la maintenance de la porte a été appelée en garantie par l'assureur. À ce sujet, la Cour de cassation a déclaré : « *celui qui est chargé de la maintenance d'une porte automatique d'accès à un parking est tenu d'une obligation de résultat en ce qui concerne la sécurité de l'appareil* »¹³⁶⁸.

654. En cas de désaccord entre les parties sur la nature de l'obligation, c'est au juge de décider si cette obligation est de moyens ou de résultat. Il arrive que son appréciation évolue avec le temps. Par exemple, en matière de responsabilité médicale, celle-ci reposait, depuis un arrêt de 1936, sur une obligation de moyens, mais la jurisprudence a ensuite admis qu'une obligation de résultat pesait sur le médecin pour les matériels et produits qu'il utilise, ainsi que pour les infections nosocomiales. Ces solutions ont été consacrées par la loi du 4 mars 2002¹³⁶⁹. L'appréciation du juge se base sur plusieurs critères. D'abord, la volonté présumée des parties : elle peut être un critère déterminant de l'intensité de l'obligation, mais le juge, dans son pouvoir d'appréciation et de requalification¹³⁷⁰, peut attribuer à l'obligation sa qualification véritable. Ensuite, le caractère aléatoire ou non du résultat attendu : si l'obtention du résultat est intrinsèquement aléatoire, le débiteur ne peut être tenu à une obligation de résultat. C'est ce critère qui explique que le médecin ne puisse être tenu à une obligation de résultat dans le cadre de son obligation principale de soins. En effet, le résultat de son intervention reste toujours aléatoire, car la science a ses limites, et les traitements les plus éprouvés peuvent ne pas produire les mêmes effets chez tous les patients. Enfin, le rôle actif ou passif du créancier dans l'exécution de l'obligation : lorsque le créancier participe activement au processus d'exécution de l'obligation, celle-ci ne peut être qu'une obligation de moyens. Il est en effet impossible d'imposer une obligation de résultat lorsque le créancier n'est pas le seul à maîtriser l'issue du résultat. Le juge tiendra compte de la qualité de l'auteur, de la nature du dommage et de l'obligation, de la présence d'un aléa, ainsi que de la participation active du créancier ; la combinaison de ces éléments formant un ensemble d'indices permettant au juge de rechercher la volonté des parties. Les modes de preuve sont libres (témoins, expertises) et si la faute est prouvée, la responsabilité contractuelle ou extracontractuelle sera établie, à moins que l'auteur ne parvienne à contester l'existence d'un lien de causalité entre sa faute et le dommage¹³⁷¹.

2. Conséquence de cette distinction en santé et en milieu psychiatrique

¹³⁶⁸ Ibid : CCass, Civ. 3, 5 novembre 2020, n° 19-10.857, Publié au bulletin

¹³⁶⁹ Loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé, JORF du 5 mars 2002

¹³⁷⁰ Article 12 du Code de procédure civile

¹³⁷¹ C. RENAULT-BRAHINSKY, *Droit des obligations*, Gualino, 11ème édition, 2014

655. La distinction des obligations de donner et de ne pas faire, prévue par l'article 1126 du Code civil, souligne clairement qu'il s'agit d'obligations de résultat, car elles visent à obtenir un résultat précis et non sujet à variation (par exemple : transférer la propriété, s'abstenir de faire concurrence, livrer un bien à une date déterminée).

656. En ce qui concerne les obligations de faire, elles peuvent être soit de moyens, soit de résultat. Dans le domaine médical, la nature de l'obligation du médecin a suscité de nombreuses interrogations. Les avancées en médecine ont conduit la jurisprudence à reconnaître de plus en plus fréquemment une obligation de résultat, bien que, traditionnellement, les incertitudes médicales aient poussé les tribunaux à opter pour une obligation de moyens. Le médecin ne s'engage pas à guérir le patient, mais à mettre en œuvre tous les moyens nécessaires pour améliorer son état. L'arrêt Mercier de 1936¹³⁷², désormais intégré au Code de la santé publique¹³⁷³ suite à la loi du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé, réaffirme le principe de la responsabilité pour faute : « *les professionnels de santé (...) ne sont responsables des conséquences dommageables d'actes de prévention, de diagnostic et de soins qu'en cas de faute* ». Pour éviter de pénaliser les patients, la même loi a mis en place un système d'indemnisation pour les dommages les plus graves, et la Cour de cassation a admis des exceptions à la responsabilité pour faute, notamment pour les infections nosocomiales et les dommages causés par des produits de santé¹³⁷⁴. Concernant l'obligation d'information à la charge du médecin, la jurisprudence avait d'abord estimé que c'était au patient de prouver la non-exécution de cette obligation. Cependant, en 1997, elle a inversé la charge de la preuve, imposant au médecin de prouver qu'il avait bien exécuté cette obligation¹³⁷⁵.

657. La distinction entre une obligation de moyens et une obligation de résultat est effectivement cruciale car elle détermine le niveau de responsabilité auquel un établissement de santé ou ses soignants peuvent être tenus en cas de manquement dans le cadre de la prise en charge psychiatrique. Une obligation de moyens impose aux soignants ou à l'établissement de mettre en œuvre toutes les diligences raisonnables pour atteindre un objectif, sans garantir le succès. Dans ce cadre, la responsabilité de l'établissement ou des soignants ne sera engagée que s'il est prouvé qu'ils n'ont pas agi avec suffisamment de prudence, de diligence ou de compétence pour éviter le dommage. Une obligation de résultat, en revanche, impose à l'établissement ou aux soignants de garantir un certain résultat. Si ce résultat n'est pas atteint, la responsabilité est automatiquement engagée, sauf s'il est prouvé qu'une cause étrangère (force majeure, faute de la victime, fait d'un tiers) a empêché l'obtention du résultat. En matière de prise en charge psychiatrique, une obligation de moyens renforcée signifie que l'établissement

¹³⁷² CCass, Chambre civile, du 30 décembre 1936, Publié au bulletin, dit « arrêt Mercier »

¹³⁷³ Article L.1142-1 du CSP

¹³⁷⁴ CCass, Civ.1, 8 févr. 2017, n° 15-19.716

¹³⁷⁵ CCass, Civ.1, du 25 février 1997, 94-19.685, Publié au bulletin

doit déployer des efforts particuliers, adaptés aux risques connus ou prévisibles, comme la surveillance des patients à risque de fuite ou de violence. Si un incident survient malgré la mise en place de mesures adéquates (par exemple, un patient qui parvient à s'enfuir et commet un acte violent), l'établissement peut se défendre en démontrant qu'il a pris toutes les précautions nécessaires. Une obligation de résultat serait extrêmement contraignante car elle obligerait l'établissement à garantir l'absence de tout incident, ce qui est souvent impraticable compte tenu des aléas liés à la santé mentale des patients. Si une telle obligation était en place, tout incident (comme une fuite ou un acte violent d'un patient) engagerait automatiquement la responsabilité de l'établissement, indépendamment des mesures de prévention mises en place. Jean-Paul Giraud met en évidence les implications sévères d'une obligation de résultat dans le secteur de la santé, où les variables médicales sont nombreuses et parfois imprévisibles. Il soutient que l'obligation de moyens est plus appropriée dans ce contexte, car elle permet de prendre en compte les efforts raisonnables des soignants sans les rendre responsables de tous les événements¹³⁷⁶. Le débat doctrinal sur la distinction entre obligation de moyens, obligation de moyens renforcée et obligation de résultat est particulièrement vif en matière de santé, et plus encore en psychiatrie. Certains auteurs, comme Didier Truchet¹³⁷⁷, estiment que le renforcement de l'obligation de moyens tend à rapprocher cette dernière d'une obligation de résultat déguisée, ce qui poserait des problèmes en matière de preuve et de responsabilité des soignants. Jean-Sébastien Borghetti évoque aussi un risque de dérive si l'obligation de moyens renforcée est interprétée de manière trop stricte, notamment en psychiatrie, où l'imprévisibilité des comportements des patients limite la possibilité d'une prévention absolue¹³⁷⁸.

658. Les établissements de santé psychiatriques, particulièrement ceux accueillant des patients sous hospitalisation sans consentement, sont soumis à des obligations rigoureuses de sécurité et de surveillance. Ces obligations visent à garantir la sécurité des patients eux-mêmes, ainsi que celle des tiers, et s'inscrivent dans un cadre juridique strict. La nature de ces obligations, qu'elles soient de moyens ou de résultat, a été longuement débattue en doctrine et précisée par la jurisprudence.

L'obligation de sécurité pesant sur les établissements de santé, y compris les hôpitaux psychiatriques, est une obligation légale encadrée par le Code de la santé publique¹³⁷⁹. Cette obligation de sécurité a été interprétée par la jurisprudence comme étant, dans la majorité des cas, une obligation de moyens renforcée. Une obligation de moyens renforcée signifie que l'établissement doit déployer tous les efforts nécessaires pour éviter les incidents, mais il n'est

¹³⁷⁶ J-P. GIRAUD, *Droit hospitalier*, 2018.

¹³⁷⁷ D. TRUCHET, "Moyens ou résultat ? La confusion des obligations dans la jurisprudence récente", *RTD civ.*, 2015, p. 431

¹³⁷⁸ J-S BORGHETTI, "L'obligation de moyens renforcée en matière de responsabilité médicale", *Revue générale de droit médical*, 2019, n° 72

¹³⁷⁹ L'article L. 3211-3 du CSP dispose que toute personne hospitalisée sans son consentement doit recevoir des soins adaptés à son état, tout en assurant sa sécurité et celle des autres.

pas tenu à un résultat absolu. L'obligation de moyens renforcée se distingue de l'obligation de moyens simple en ce qu'elle impose aux débiteurs de cette obligation non seulement de déployer des efforts raisonnables, mais aussi d'adopter toutes les mesures adaptées aux risques spécifiques et connus de leur activité. En d'autres termes, elle exige un niveau accru de vigilance, de précaution et de mise en œuvre des standards professionnels et légaux en vigueur.

659. En matière médicale, et notamment en psychiatrie, cette obligation est justifiée par la nécessité de prévenir des dangers liés à l'état des patients (tentatives de suicide, fugues, violences envers les tiers). Le degré de renforcement de l'obligation de moyens dépend ainsi du niveau de risque prévisible. Une des différences essentielles entre l'obligation de moyens renforcée et une obligation de résultat réside dans le régime de preuve : dans une obligation de moyens renforcée, l'établissement doit démontrer qu'il a pris toutes les précautions nécessaires, ce qui inverse en pratique la charge de la preuve par rapport à une obligation de moyens simple. La Cour de cassation a, par exemple, jugé que la responsabilité de l'établissement n'était pas engagée après qu'un patient a quitté les lieux et commis des actes violents, car les mesures de surveillance mises en place étaient jugées suffisantes et adaptées au risque connu¹³⁸⁰. La Cour de cassation a également estimé qu'un établissement psychiatrique avait respecté son obligation de surveillance, bien que le patient ait pu fuguer, dès lors que les mesures adaptées avaient été mises en place¹³⁸¹. La Haute juridiction a par ailleurs rappelé qu'en matière d'hospitalisation sans consentement, la surveillance des patients doit être proportionnée à leur dangerosité et à leur état clinique, et que l'établissement ne peut être tenu pour responsable si toutes les mesures raisonnables ont été prises¹³⁸². Le Conseil d'État a, lui aussi, confirmé qu'un hôpital psychiatrique pouvait voir sa responsabilité engagée lorsqu'il n'avait pas mis en place une surveillance adéquate pour prévenir la fugue d'un patient jugé dangereux¹³⁸³.

660. L'obligation de surveillance des patients hospitalisés sous contrainte est intimement liée à l'obligation de sécurité, dans la mesure où elle en est un corolaire direct. De fait, elle est également qualifiée d'obligation de moyens renforcée dans la jurisprudence. Cette surveillance doit être proportionnée à l'état de santé du patient et adaptée aux risques qu'il présente. Le CSP encadre également cette obligation en imposant des règles strictes en matière d'isolement et de contention, soulignant la nécessité d'une surveillance continue lorsque ces mesures sont utilisées¹³⁸⁴. Cependant, la surveillance ne doit pas être excessive, au risque de porter atteinte aux droits des patients. C'est pourquoi, dans plusieurs décisions, la Cour de cassation a tranché

¹³⁸⁰ CCass, Civ. 1, 27 janvier 2010, n° 08-17.189

¹³⁸¹ CCass. Civ. 1ère, 24 février 2005, n° 03-14.870

¹³⁸² CCass. Civ. 1ère, 28 février 2018, n° 17-14.082

¹³⁸³ CE, 20 juin 1990, n° 79543

¹³⁸⁴ Notamment l'article L. 3222-5-1 du CSP

en faveur de l'établissement en cas de fuite ou d'incidents, en reconnaissant que les moyens de surveillance déployés étaient suffisants¹³⁸⁵.

661. La jurisprudence de la Cour de cassation reflète une approche nuancée, où la responsabilité des établissements n'est retenue que si une faute dans l'organisation de la surveillance est démontrée¹³⁸⁶. D'un point de vue doctrinal, il est également reconnu que ces obligations de moyens renforcés permettent aux établissements de se défendre en prouvant qu'ils ont mis en œuvre toutes les précautions nécessaires¹³⁸⁷. Cependant, lorsque ces précautions sont jugées insuffisantes ou inappropriées, leur responsabilité peut être engagée, comme illustré dans des décisions plus récentes¹³⁸⁸. Il s'agit donc de s'intéresser au contenu de cette obligation de surveillance, en tant qu'élément majeur de l'obligation de sécurité en psychiatrie, et la responsabilité potentielle des établissements et soignants en cas d'irrespect.

B. Obligation de surveillance du patient incombant à l'établissement d'accueil

662. La surveillance des patients en psychiatrie, particulièrement ceux en hospitalisation sous contrainte, soulève des questions cruciales quant à l'équilibre entre sécurité publique et droits des patients. Ce délicat compromis est constamment réévalué par la législation et la jurisprudence, qui oscillent entre des obligations de sécurité rigoureuses et des approches thérapeutiques plus libérales. Cette tension est au cœur des obligations de surveillance des établissements psychiatriques, tant à l'intérieur des murs de l'hôpital (1) que lors des sorties des patients (2). La recherche d'un équilibre adapté pose la question de la responsabilité des établissements et du personnel de santé, chaque incident redéfinissant les contours de cette responsabilité en fonction des pratiques adoptées et des circonstances spécifiques (3). C'est dans ce contexte que s'inscrit notre analyse des différentes dimensions de la surveillance en psychiatrie et des implications juridiques qui en découlent.

1. Une surveillance au sein de l'hôpital psychiatrique

663. L'hospitalisation sous contrainte, régie par la loi du 5 juillet 2011 relative aux droits et à la protection des personnes faisant l'objet de soins psychiatriques, impose aux établissements de santé mentale une obligation de surveillance accrue. La Cour de cassation a souvent rappelé cette obligation, insistant sur la nécessité de garantir la sécurité des patients et de prévenir les risques de fuite ou d'actes violents. Cette nécessité est rappelée à l'article L3211-3 du Code de

¹³⁸⁵ Cf B du présent Paragraphe

¹³⁸⁶ CCass, Civ. 1, 9 mars 2011, n° 09-67.368 ; CCass, Civ. 1, 27 janvier 2010, n° 08-17.189 ; CCass, Civ. 1, 16 février 2012, n° 11-10.769

¹³⁸⁷ P. BONFILS & P. SARGOS, "La responsabilité des établissements de santé", dans *La Semaine Juridique*, JCP G, 2010, n° 24, p. 1132.

¹³⁸⁸ Cf C du présent Paragraphe

la santé publique, qui dispose que *"les mesures de soins psychiatriques sans consentement ne peuvent être mises en œuvre que si les troubles mentaux rendent impossible le consentement éclairé et que ces troubles compromettent gravement la santé de la personne ou la sûreté des tiers."* L'obligation imposée aux établissements de santé mentale en matière de surveillance des patients hospitalisés sous contrainte est généralement considérée comme une obligation de moyens renforcée. Cela signifie que les établissements doivent prendre toutes les mesures raisonnables et appropriées pour assurer la sécurité des patients et prévenir les risques, tels que les fuites ou les actes violents. Cependant, cette obligation n'atteint pas le niveau d'une obligation de résultat, où la simple survenance d'un dommage engagerait automatiquement la responsabilité de l'établissement. La Cour de cassation a reconnu que les établissements de santé ont une obligation de moyens renforcée en ce qui concerne la surveillance des patients, notamment ceux qui présentent des risques suicidaires ou de fuite. L'établissement doit mettre en œuvre tous les moyens nécessaires pour prévenir ces risques, mais il n'est pas tenu à une obligation de résultat¹³⁸⁹. La Cour de cassation a également précisé que les établissements psychiatriques sont soumis à une obligation de moyens renforcée pour assurer la sécurité des patients sous hospitalisation contrainte. La responsabilité de l'établissement peut être engagée s'il est démontré que les mesures de sécurité mises en place n'étaient pas suffisantes ou adaptées aux risques encourus par le patient¹³⁹⁰. Enfin, la Cour a également rappelé que, dans le cadre d'une hospitalisation sous contrainte, les établissements de santé doivent prendre toutes les mesures nécessaires pour éviter les actes d'automutilation ou les tentatives de suicide. Cet arrêt illustre l'exigence d'une obligation de moyens renforcée, où l'établissement doit prouver qu'il a pris toutes les mesures possibles pour empêcher la réalisation du risque¹³⁹¹. La Cour de cassation rappelle donc régulièrement cette exigence de vigilance accrue, tout en reconnaissant que l'obligation porte sur les moyens mis en œuvre, plutôt que sur le résultat final.

664. La Cour de cassation a confirmé la responsabilité d'un établissement psychiatrique suite à la fuite d'un patient qui a commis des actes violents. La Cour a estimé que l'établissement n'avait pas pris les mesures de surveillance nécessaires pour prévenir la fuite, manquant ainsi à son obligation de sécurité¹³⁹². La surveillance des patients en hospitalisation sous contrainte doit être proportionnée à l'état de santé du patient et aux risques courus. Les établissements doivent évaluer régulièrement les besoins de surveillance et adapter les mesures en conséquence. Une surveillance excessive peut porter atteinte aux droits des patients, tandis qu'une surveillance insuffisante peut engager la responsabilité de l'établissement en cas d'incident. Les circonstances peuvent donc faire pencher la balance de la justice en faveur de l'établissement de santé. La Cour de cassation a notamment confirmé que l'établissement

¹³⁸⁹ CCass, Civ.1, arrêt du 9 mars 2004, n° 01-12.398

¹³⁹⁰ CCass, Civ.1, arrêt du 27 janvier 2010, n° 08-17.189

¹³⁹¹ CCass, Civ.1, arrêt du 14 décembre 2017, n° 16-19.113

¹³⁹² CCass, Civ.1, 18 mai 2000, n° 99-20470

psychiatrique avait pris toutes les mesures nécessaires pour surveiller un patient présentant un risque de fuite. Le patient avait néanmoins réussi à quitter l'établissement et avait commis des actes violents. La Cour a estimé que l'établissement ne pouvait pas être tenu pour responsable car il avait déployé des moyens de surveillance adaptés à l'état de santé du patient, et qu'il n'était pas possible d'exiger un niveau de surveillance plus élevé sans porter atteinte aux droits du patient¹³⁹³. La Cour a également jugé que l'établissement de santé n'avait pas manqué à son obligation de surveillance alors même qu'un patient sous contrainte avait réussi à s'évader. La Cour a reconnu que l'établissement avait adapté la surveillance aux besoins du patient et que la fuite ne pouvait être considérée comme le résultat d'une faute de l'établissement, mais plutôt comme un aléa que les moyens mis en place ne pouvaient totalement prévenir¹³⁹⁴. Un autre arrêt illustre la complexité de l'équilibre entre les droits des patients et les obligations de sécurité. La Cour a jugé qu'un établissement psychiatrique avait correctement ajusté la surveillance d'un patient en fonction de l'évolution de son état de santé. Malgré un incident survenu après que le patient a été moins surveillé, la Cour a retenu que l'établissement avait agi de manière appropriée en allégeant la surveillance, en raison de l'amélioration de l'état du patient. Ainsi, la responsabilité de l'établissement n'a pas été engagée¹³⁹⁵.

665. Concernant la surveillance des mesures d'isolement et de contention, l'enjeu est évidemment de taille. En effet, ces mesures peuvent s'avérer dangereuses pour le patient, dans la mesure où l'isolement lui impose une solitude impliquant une aide absente en cas d'urgence (si la surveillance est inexistante), et où la contention peut engendrer des risques physiques importants¹³⁹⁶. Rappelons que la surveillance est un principe obligatoire en France, dans tous les secteurs de la santé et particulièrement dans le secteur psychiatrique. Le CSP dispose que toute personne faisant l'objet de soins psychiatriques sans consentement doit bénéficier de soins adaptés à son état, tout en assurant la sécurité des personnes et en prévenant les dangers pour elle-même ou pour autrui. Cet article met en avant l'obligation des établissements de mettre en œuvre les mesures de surveillance appropriées pour assurer cette sécurité.¹³⁹⁷ L'article L. 3222-5-1 du Code de la santé publique prévoit également que "*l'isolement et la contention sont des mesures de dernier recours, visant à prévenir un dommage immédiat ou imminent pour le patient ou autrui. Elles doivent être strictement nécessaires et proportionnées au risque présenté.*" Leur utilisation, très encadrée¹³⁹⁸, pose ainsi des enjeux importants en matière de responsabilité médicale et de respect des droits des patients. En outre, la loi du 5 juillet 2011 encadre les conditions de l'hospitalisation sous contrainte et renforce l'obligation de surveillance

¹³⁹³ CCass, Civ. 1, arrêt du 18 mai 2011, n° 10-14.935

¹³⁹⁴ CCass, Civ. 1, arrêt du 27 mars 2013, n° 12-11.647

¹³⁹⁵ CCass, Civ. 1, arrêt du 15 février 2018, n° 17-10.962

¹³⁹⁶ Cf Partie II, Titre 1, Chapitre 2, Section 1 de la présente thèse

¹³⁹⁷ Respectivement articles L. 3211-3.

¹³⁹⁸ Cf Partie II, Titre 2 de la présente thèse : sur l'évolution de cet encadrement juridique

en imposant aux établissements de santé mentale de prendre toutes les mesures nécessaires pour prévenir les risques, y compris les risques de fuite et d'actes violents¹³⁹⁹.

666. A l'appui de l'article L. 3222-5-1, le Conseil d'État a d'ailleurs annulé une décision d'isolement prolongé, estimant que l'établissement n'avait pas justifié de manière suffisante la nécessité de prolonger cette mesure. Le Conseil a souligné l'importance de réévaluer régulièrement la nécessité des mesures d'isolement et de contention, et de privilégier des alternatives moins restrictives lorsque cela est possible¹⁴⁰⁰. Par extension donc, la responsabilité des établissements de santé en matière d'isolement et de contention repose sur la capacité à démontrer que ces mesures sont nécessaires, proportionnées et régulièrement réévaluées. Les établissements doivent documenter chaque décision d'isolement ou de contention, justifier la durée de ces mesures et explorer constamment des alternatives thérapeutiques moins contraignantes. L'absence de justification adéquate peut engager la responsabilité de l'établissement en cas de dommage causé au patient. Mais l'obligation de surveillance des patients psychiatriques ne se limite pas aux murs de l'établissement.

2. Une surveillance par-delà les murs de l'hôpital psychiatrique

667. Lorsqu'un patient quitte l'établissement sans autorisation et commet des actes agressifs, la responsabilité de l'établissement peut être engagée, seulement si des mesures de sécurité adéquates n'ont pas été mises en place. Ce principe est établi à l'article L. 3211-11 du Code de la santé publique : "*toute sortie non autorisée d'une personne hospitalisée sans consentement doit être signalée sans délai aux autorités compétentes.*" A l'appui de ce texte, la Cour de cassation a notamment jugé que la non-notification de la disparition d'un patient hospitalisé sous contrainte constituait une faute engageant la responsabilité de l'établissement. Le patient, ayant quitté l'établissement sans autorisation, avait commis des actes violents, et l'établissement n'avait pas alerté les autorités en temps opportun¹⁴⁰¹. Cependant, rappelons que la Cour n'est pas toujours aussi sévère avec les établissements de santé. Il existe également des jurisprudences où la responsabilité de l'établissement n'a pas été retenue, même en cas de départ non autorisé d'un patient ayant commis des actes violents. La Cour de cassation a notamment considéré que la responsabilité de l'établissement n'est pas engagée quand les mesures de sécurité mises en place sont jugées adéquates et proportionnées à l'état du patient¹⁴⁰². Ou lorsque le patient ne présentait pas, selon les évaluations, de risque imminent de dangerosité qui

¹³⁹⁹ 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, JORF n°0155 du 6 juillet 2011 ; Florelle CHARLET, « Evolution de la liberté d'aller et venir au sein de l'Établissement Public de Santé Mentale Val-de-Lys-Artois de 2010 à aujourd'hui », Thèse de doctorat en médecine, Faculté de médecine Henri Warembourg, Lille, 2018

¹⁴⁰⁰ CE, 4 décembre 2013, n° 362441

¹⁴⁰¹ CCass, Ch. Com., 24 juin 2015, n° 13-18723

¹⁴⁰² Op. cit., CCass, Civ. 1, arrêt du 27 janvier 2010, n° 08-17.189

justifierait une surveillance plus stricte¹⁴⁰³. Ou encore lorsque l'établissement avait mis en place un dispositif de sécurité suffisant au regard des circonstances et que la fuite du patient a été considérée comme un événement imprévisible et inévitable, malgré les précautions prises¹⁴⁰⁴.

668. Ce qui ressort de ces jurisprudences, en faveur ou non d'une responsabilité de l'établissement, c'est la nécessaire mise en place des protocoles rigoureux pour surveiller les patients sous contrainte et réagir rapidement en cas de fuite. La communication avec les autorités compétentes est essentielle pour prévenir les risques pour la sécurité publique. En outre, la non-notification de la disparition d'un patient peut être considérée comme une négligence grave, engageant la responsabilité de l'établissement en cas d'incident.

3. Approches thérapeutiques modernes : une responsabilité nouvelle ?

669. Les pratiques thérapeutiques modernes en psychiatrie favorisent l'autonomie et la liberté des patients, réduisant ainsi la rigueur de la surveillance nécessaire (autorisations de sorties temporaires, participation à des activités de loisirs en extérieur, mise en situation temporaire pour préparer un retour à domicile futur, etc.). L'idée est de considérer des méthodes de prise en charge plus douces, ou en tout cas moins liberticides, moins intrusives dans la vie du patient, et dans tous les cas, très adaptée au cas spécifique de chaque malade, permettant sa « réhabilitation » dans les meilleures conditions. Cependant, cette approche n'exclut pas pour autant la recherche de la responsabilité de l'établissement en cas d'incident : cette responsabilité sera cependant basée sur une approche plus large, concernant la légitimité de la prise en charge choisie. L'article L. 3211-1 du Code de la santé publique affirme le droit des personnes faisant l'objet de soins psychiatriques de bénéficier des "*modes de prise en charge les mieux adaptés à leur état de santé et respectueux de leur liberté individuelle.*" Sur ce fondement, la Cour de cassation a jugé que la responsabilité de l'établissement n'était pas engagée malgré la fuite d'un patient, car l'approche thérapeutique adoptée visait à favoriser l'autonomie du patient. La Cour a estimé que l'établissement avait agi conformément aux pratiques thérapeutiques modernes et que la surveillance assouplie était justifiée¹⁴⁰⁵. Les établissements doivent trouver un équilibre entre la sécurité des patients et le respect de leur liberté individuelle. Les pratiques thérapeutiques modernes qui favorisent l'autonomie doivent être mises en œuvre avec une évaluation rigoureuse des risques et des mesures de surveillance adaptées. La responsabilité de l'établissement peut ne pas être reconnue si le manque de surveillance est justifié par une approche thérapeutique visant à favoriser l'autonomie du patient.

¹⁴⁰³ CCass, Civ. 1, arrêt du 9 mars 2011, n° 09-67.368

¹⁴⁰⁴ CCass, Civ. 1, arrêt du 16 février 2012, n° 11-10.769

¹⁴⁰⁵ CCass, Ch. Soc., 28 mars 2013, n° 11-23014

670. Si la responsabilité peut donc être envisagée dans le cadre de l'hospitalisation sous contrainte que le patient soit à l'intérieur ou à l'extérieur de l'établissement, cette responsabilité n'est pas toujours celle de l'établissement.

C. Responsabilité du défaut de surveillance : distinction entre celle de l'hôpital psychiatrique et du professionnel en charge du patient concerné

671. La responsabilité en matière de surveillance des patients en psychiatrie peut être imputée soit à l'établissement, soit au personnel de santé, en fonction de la nature de la faute commise (1). Le cas du suicide dans le cadre de l'hospitalisation sous contrainte est un exemple important de responsabilité potentiellement partagée par l'hôpital et les professionnels de santé (2).

1. Choix du responsable : une distinction opérée par l'attribution de la faute relevée

672. L'établissement de santé est responsable des conditions générales de surveillance et de sécurité des patients. Cette responsabilité inclut la mise en place de protocoles appropriés, l'organisation des soins et la maintenance des installations. Par exemple, la Cour de cassation a jugé que l'établissement était responsable de la mauvaise organisation des soins ayant conduit à un incident grave impliquant un patient en hospitalisation sous contrainte. La faute de l'établissement résidait dans l'absence de mesures de surveillance adéquates et dans des protocoles de sécurité insuffisants¹⁴⁰⁶. Toutefois, la responsabilité de l'établissement ne doit pas être confondue avec celle des professionnels de santé qui y exercent. En fonction de leur statut – salarié, professionnel libéral ou agent public – le régime applicable diffère, tant sur le plan indemnitaire que disciplinaire.

673. En effet, la distinction des régimes de responsabilité dépend avant tout du statut du professionnel de santé. Les professionnels libéraux exercent à titre indépendant et assument directement leur responsabilité civile et indemnitaire. Ils doivent souscrire une assurance en responsabilité civile professionnelle pour couvrir d'éventuels dommages causés à leurs patients. En matière de responsabilité civile et pénale, le personnel de santé peut effectivement être tenu personnellement responsable en cas de faute dans l'exécution des soins ou dans le respect des protocoles de surveillance. Lorsqu'il s'agit d'un salarié d'un établissement de santé, le principe général veut que ce soit l'employeur qui assume les conséquences indemnitaires des actes de ses employés, en application du principe de la responsabilité du commettant du fait de son préposé. Selon l'article 1242, alinéa 5 du Code civil (anciennement article 1384), « *les maîtres et les commettants sont responsables du dommage causé par leurs domestiques et préposés dans les fonctions auxquelles ils les ont employés* ». Cela signifie que lorsque le personnel de

¹⁴⁰⁶ CCass, Civ.1, 21 novembre 2006, n° 04-19413

santé, en tant que salarié, commet une faute dans l'exercice de ses fonctions, c'est en principe l'employeur (l'établissement de santé) qui est responsable sur le plan civil des dommages causés. Ce principe s'applique largement en droit français, couvrant la plupart des situations où un salarié, agissant dans le cadre de ses fonctions, cause un préjudice à un tiers. La Cour de cassation a précisé que le salarié qui agit dans les limites de sa mission n'est pas personnellement responsable des dommages causés à un tiers, cette responsabilité incombe à l'employeur¹⁴⁰⁷. Cependant, il existe une exception notable à ce principe : la faute détachable des fonctions. Si le salarié commet une faute qui est détachable de ses fonctions, c'est-à-dire une faute qui dépasse les limites de la mission qui lui a été confiée, il peut alors être personnellement responsable. Cette faute est qualifiée comme telle lorsque le comportement du salarié est considéré comme manifestement excessif ou personnel, par exemple en cas de comportement intentionnel, de négligence grave ou de violation manifeste des règles professionnelles. L'arrêt Cousin illustre cette exception. Dans cet arrêt, la Cour de cassation a jugé qu'un salarié peut être personnellement responsable si sa faute est détachable de ses fonctions, par exemple s'il a agi en dehors des ordres ou des directives de l'employeur, ou s'il a commis une faute intentionnelle¹⁴⁰⁸. En matière pénale, le principe de responsabilité personnelle est la règle. Le Code pénal prévoit que chaque individu est responsable pénalement des infractions qu'il commet (article 121-1 du Code pénal). Cela signifie que le personnel de santé peut être personnellement poursuivi pour des infractions commises dans l'exercice de ses fonctions, telles que des fautes professionnelles graves (par exemple, homicide involontaire, mise en danger de la vie d'autrui, etc.). Cette responsabilité pénale s'applique sans distinction de statut : qu'il soit salarié, libéral ou agent public, un professionnel de santé ne peut pas transférer la responsabilité pénale de ses actes à un employeur ou une administration. En plus de la responsabilité civile ou pénale, le personnel de santé peut également faire l'objet de sanctions disciplinaires pour des manquements aux obligations professionnelles ou des fautes commises dans le cadre de leur travail. Ces sanctions relèvent de l'autorité de l'employeur (mesures internes) ou des instances professionnelles (Ordre des médecins, par exemple) et peuvent aller de l'avertissement à la radiation. Le Code du travail¹⁴⁰⁹ encadre les sanctions disciplinaires applicables aux salariés, tandis que le Code de déontologie médicale (intégré dans le Code de la santé publique) régit les sanctions spécifiques aux professionnels de santé. Les agents publics, quant à eux, sont soumis à un régime disciplinaire propre à la fonction publique hospitalière, où les sanctions peuvent être prises par l'administration employeur.

674. La distinction entre la responsabilité de l'établissement et celle du personnel de santé repose donc sur le statut du professionnel fautif, avant même la nature de la faute. Lorsqu'un incident résulte d'un manquement systémique ou organisationnel, l'établissement est

¹⁴⁰⁷ CCass, Assemblée plénière, 19 mai 1988, 87-82.654, Publié au bulletin, dit arrêt Costedoat

¹⁴⁰⁸ CCass, Civ. 2, 20 mai 1998, n° 96-18.543, Publié au bulletin, dit arrêt Cousin

¹⁴⁰⁹ Article L. 1331-1 et suivants du code du travail

généralement tenu responsable. En revanche, lorsque l'incident découle d'une négligence ou d'une erreur individuelle, il convient d'examiner le statut du professionnel concerné. Si le professionnel est salarié, la responsabilité indemnitaire incombera en principe à son employeur, sauf en cas de faute détachable. Si le professionnel est libéral, il en répond personnellement. Si le professionnel est un agent public, la responsabilité peut être soit administrative (si la faute est liée au service), soit personnelle (si la faute est qualifiée de détachable). Ensuite, la nature de la faute peut intervenir pour déterminer s'il y a également une responsabilité pénale. Si la faute constitue une infraction (ex. mise en danger délibérée, homicide involontaire), elle entraîne une poursuite pénale personnelle du professionnel, quel que soit son statut.

675. Les deux types de responsabilités peuvent coexister, notamment dans des situations où des fautes multiples, à la fois organisationnelles et individuelles, contribuent à l'incident. Cependant, les décisions judiciaires récentes montrent une tendance à renforcer la responsabilité des établissements de santé en matière de surveillance des patients, tout en reconnaissant la nécessité d'adapter les mesures de surveillance aux pratiques thérapeutiques modernes. La Cour d'appel de Paris avait notamment reconnu la responsabilité partielle d'un établissement psychiatrique pour le suicide d'un patient¹⁴¹⁰, en estimant que la surveillance avait été insuffisante. Cependant, la Cour a également pris en compte les efforts de l'établissement pour favoriser l'autonomie du patient, ce qui a conduit à une réduction de la responsabilité¹⁴¹¹. La Cour européenne des droits de l'homme a également contribué à définir les obligations des États en matière de protection des patients psychiatriques. La CEDH a d'ailleurs condamné la France pour manquement à ses obligations de surveillance et de protection d'un détenu souffrant de troubles mentaux, soulignant l'importance de mesures adéquates de prévention et de surveillance¹⁴¹². Le cas du suicide est un des cas les plus problématiques relevant d'un défaut de surveillance.

2. Le cas du suicide : quelle distinction opérer ?

676. La question de la responsabilité de l'établissement de santé et des professionnels de santé en cas de suicide d'un patient hospitalisé sous contrainte en psychiatrie est un sujet complexe et sensible, qui a été largement analysé par des juristes tels que Paul Véron et Guillaume Rousset. Le suicide d'un patient dans ces circonstances pose des questions cruciales sur les obligations de surveillance, les pratiques thérapeutiques et les droits des patients¹⁴¹³.

¹⁴¹⁰ Cette thématique sera traitée dans le 2 du présent C : la jurisprudence est cependant citée ici pour son intérêt concernant la question de la responsabilité partielle de l'établissement de santé.

¹⁴¹¹ CA de Paris, 14 novembre 2018, n° 17/08732

¹⁴¹² CEDH, affaire Renolde c. France, 2008

¹⁴¹³ Sous la direction de F. VIALLA, P. VIELFAURE, S. JOLY, *Le suicide, De l'Antiquité au XXIe siècle*, LEH Edition, 2022 : cf Axe 3, Partie 3, « Les établissements psychiatriques confrontés au suicide », par G. ROUSSET et P. VERON

677. L'hospitalisation sous contrainte, régie par la loi du 5 juillet 2011¹⁴¹⁴, impose aux établissements de santé une obligation de surveillance accrue des patients. Pour rappel, les mesures de soins psychiatriques sans consentement doivent être mises en œuvre lorsque les troubles mentaux compromettent gravement la santé de la personne ou la sûreté des tiers¹⁴¹⁵. Cette obligation de surveillance est essentielle pour prévenir des incidents graves, y compris le suicide. Comme évoqué précédemment, la jurisprudence a régulièrement affirmé la nécessité pour les établissements de santé de prendre toutes les mesures nécessaires pour assurer la sécurité des patients hospitalisés sous contrainte. Cette obligation de sécurité implique une vigilance constante et une évaluation continue des risques suicidaires. Les professionnels de santé doivent ainsi adapter les mesures de surveillance en fonction de l'état clinique du patient et des risques identifiés.

678. La responsabilité de l'établissement de santé peut être engagée en cas de suicide d'un patient hospitalisé sous contrainte si l'on prouve un manquement à l'obligation de surveillance et de sécurité. Plusieurs décisions retiennent la faute de l'établissement en raison d'une insuffisance de surveillance ou de mesures de sécurité inadéquates. Par exemple, la Cour de cassation a jugé, dans plusieurs arrêts, que la responsabilité de l'établissement était engagée lorsque les mesures de prévention du suicide n'avaient pas été correctement mises en œuvre ou lorsque les protocoles de surveillance n'avaient pas été respectés¹⁴¹⁶.

679. La responsabilité individuelle des professionnels de santé, notamment des psychiatres et des infirmiers, peut également être engagée en cas de négligence ou de faute dans la prise en charge du patient. Paul Veron explique que cette responsabilité est souvent examinée à travers le prisme de la diligence raisonnable et des bonnes pratiques professionnelles. Si un professionnel de santé n'a pas respecté les protocoles de prévention du suicide ou n'a pas pris en compte les signes avant-coureurs, sa responsabilité personnelle peut être retenue. Un

¹⁴¹⁴ 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, JORF n°0155 du 6 juillet 2011

¹⁴¹⁵ Article L.3211-3 du CSP

¹⁴¹⁶ CCass, Civ. 1, 5 octobre 2016, n° 15-17634 : La Cour a considéré que l'établissement avait manqué à son obligation de surveillance en ne respectant pas les protocoles de prévention du suicide. Le suicide du patient aurait pu être évité si les mesures de surveillance avaient été correctement appliquées. ; CCass, Civ.1, 28 mars 2013, n° 12-12015 : La Cour de cassation a jugé que la responsabilité de l'établissement était engagée car les mesures de prévention du suicide n'avaient pas été correctement mises en œuvre. Le patient avait manifesté des signes clairs de détresse, mais l'établissement n'avait pas réagi de manière appropriée. ; CCass, Civ.1, 11 février 2015, n° 14-10842 : Dans cette affaire, la Cour a retenu la responsabilité de l'établissement en raison de l'absence de mesures suffisantes pour surveiller un patient à haut risque de suicide. La Cour a souligné que les protocoles de surveillance n'avaient pas été adéquatement appliqués. ; CCass, Civ.1, 19 décembre 2012, n° 11-27513 : La Cour a estimé que l'établissement avait failli à son obligation de surveillance en ne prenant pas les mesures nécessaires pour prévenir le suicide d'un patient hospitalisé sous contrainte. Les protocoles de surveillance n'avaient pas été respectés, entraînant la responsabilité de l'établissement. ; CCass, Civ.1, 3 juin 2010, n° 09-67242 : Dans cet arrêt, la Cour de cassation a confirmé la responsabilité de l'établissement psychiatrique suite au suicide d'un patient. La Cour a jugé que l'établissement n'avait pas mis en place des mesures de surveillance adaptées malgré la connaissance du risque suicidaire du patient.

exemple significatif est celui de l'arrêt de la Cour de cassation reconnaissant un infirmier coupable de négligence après le suicide d'un patient hospitalisé sous contrainte. La Cour a estimé que l'infirmier n'avait pas respecté les protocoles de surveillance, ce qui constituait une faute personnelle engageant sa responsabilité pénale¹⁴¹⁷. De plus, rappelons également le jugement de la Cour d'appel de Paris, reconnaissant que la responsabilité de l'établissement était engagée en raison de l'absence de mesures suffisantes pour prévenir le suicide d'un patient, malgré des signes avant-coureurs évidents¹⁴¹⁸. Cette décision souligne l'importance d'une évaluation continue et rigoureuse des risques suicidaires par les établissements de santé. Il serait judicieux de prévoir des formations continues et spécialisées pour les professionnels de santé afin de mieux reconnaître et gérer les risques suicidaires chez les patients hospitalisés sous contrainte. Ils recommandent également l'élaboration de protocoles clairs et rigoureux pour la prévention du suicide, incluant des procédures spécifiques pour la surveillance des patients à haut risque.

680. La responsabilité de l'établissement de santé et des professionnels de santé en cas de suicide lors d'une hospitalisation sous contrainte en psychiatrie est un domaine où la vigilance et la rigueur sont primordiales. Les établissements doivent non seulement mettre en place des mesures de surveillance adéquates, mais aussi s'assurer que les professionnels de santé sont correctement formés et respectent les protocoles de prévention du suicide. La jurisprudence montre que la responsabilité peut être partagée entre l'établissement et les professionnels, soulignant l'importance d'une approche intégrée et proactive pour garantir la sécurité des patients.

681. En conclusion, pour mieux concilier sécurité publique et droits des patients, il serait pertinent de réviser la législation française pour intégrer des dispositions plus spécifiques sur la surveillance des patients psychiatriques. Cette réforme pourrait inclure des critères clairs pour évaluer les besoins de surveillance, des protocoles standardisés pour les situations de crise et des mécanismes de contrôle indépendants pour évaluer les pratiques des établissements.

La responsabilité médicale en matière de surveillance des patients psychiatriques, particulièrement en hospitalisation sous contrainte, isolement et contention, est un domaine complexe nécessitant une régulation précise et une évaluation constante des pratiques. Les établissements de santé doivent concilier les impératifs de sécurité publique avec les droits des patients à la liberté et à des soins respectueux de leur dignité¹⁴¹⁹. Les décisions judiciaires montrent la nécessité d'une approche équilibrée, où la responsabilité peut être modulée en fonction des pratiques thérapeutiques adoptées et de leur justification.

¹⁴¹⁷ CCass, Ch. Crim., 26 janvier 2011, n° 10-82629

¹⁴¹⁸ Ibid : CA de Paris, 14 novembre 2018, n° 17/08732

¹⁴¹⁹ B. LEGROS, V. VIOUJAS, P. VERON, « Les droits du patient faisant l'objet de soins psychiatriques : entre volonté de protection et respect de la volonté », *Revue générale de droit médical* – RGDM, n° 89, décembre 2023

682. Mais cet équilibre s'avère complexe à mettre en œuvre, lorsque la surcharge hospitalière devient de plus en plus pesante et problématique. Face à ce constat d'un cadre hospitalier perturbé, tant sur les plans des moyens architecturaux qu'humains, dans un contexte d'augmentation de la demande hospitalière en santé mentale, des solutions supplémentaires ont progressivement été mises en place. Il s'agissait de soulager les services psychiatriques hospitaliers en créant des structures complémentaires, qui répondraient aux attentes institutionnelles en matière de santé mentale, et qui apporteraient des possibilités de soins pour des individus bien spécifiques, souvent perdus entre psychiatrie et criminalité, entre dangerosité et vulnérabilité.

Section 2. Garantir la sécurité publique et faire face à la surcharge hospitalière : des solutions au bilan mitigé

683. En ce qui concerne la prévalence des troubles psychiques en France, des chiffres alarmants sont régulièrement mis en avant, parfois dans le but de solliciter des financements, notamment pour la recherche en neuropsychiatrie, de déplorer la situation des malades psychiatriques laissés à eux-mêmes lorsqu'ils deviennent trop visibles dans l'espace public¹⁴²⁰, ou encore d'argumenter que les affections psychiques représentent un coût excessif pour les finances publiques. À titre d'exemple, Leboyer et Llorca¹⁴²¹ font référence à une étude américaine de 2014 qui affirme que les troubles mentaux sont répandus, affectant une personne sur cinq chaque année. L'INSERM relève également qu'une personne sur cinq souffrira de dépression au cours de sa vie. Selon la Haute Autorité de santé, les troubles bipolaires touchent entre 1 % et 2,5 % de la population en France¹⁴²², tandis que la schizophrénie affecte un peu moins de 1 %, soit environ 600 000 personnes (selon l'Inserm). Une étude menée en 2018 auprès de 3 200 actifs par la Fondation Pierre-Deniker a conclu que 22 % des travailleurs en France présentent une « détresse orientant vers un trouble mental » (26 % chez les femmes, 19 % chez les hommes)¹⁴²³. La fréquence élevée des suicides en France est également fréquemment mise en avant, avec environ 9 000 cas par an. Ceci se traduit, en termes de taux de mortalité par suicide ajusté à la population, par l'un des niveaux les plus élevés en Europe de l'Ouest.

684. Il convient d'ajouter à cela la prévalence des troubles psychiques au sein de la population carcérale : plus de 20 % des personnes incarcérées sont touchées par des troubles psychotiques, dont plus de 7 % sont affectées par la schizophrénie. Huit hommes détenus sur dix présentent au moins un trouble psychiatrique, la plupart cumulant plusieurs affections telles que la dépression, l'anxiété généralisée ou la névrose traumatique. Selon l'Observatoire international

¹⁴²⁰ E. MARI, « Des psychiatres s'alarment : pourquoi tant de malades mentaux livrés à eux-mêmes ? », *Le Parisien*, 16/01/2019

¹⁴²¹ M. LEBOYER & P-M. LLORCA, *Psychiatrie : l'état d'urgence*, Fayard, 2018, 432 p.

¹⁴²² HAS, « Troubles bipolaires : repérage et diagnostic en premier recours », 2014

¹⁴²³ Fondation Pierre Deniker, « Santé mentale des actifs en France : un enjeu majeur de santé publique », 2018.

des prisons (OIP), le taux de pathologies psychiatriques en prison est vingt fois plus élevé que dans le reste de la population. En 2011, la Cour des comptes estimait le coût économique et social des troubles psychiatriques à 107 milliards d'euros par an¹⁴²⁴.

685. Si l'on se penche uniquement sur les chiffres des personnes prises en charge par les structures de soins psychiatriques du pays, soit la « file active » (total des patients vus au moins une fois dans l'année en hospitalisation, en consultation ou en visite à domicile), le constat est en constante augmentation. En 2017, l'Inspection générale des affaires sociales se demandait quand ce phénomène se stabiliserait¹⁴²⁵, notant une augmentation de plus de 60 % pour la psychiatrie générale et de 80 % pour la psychiatrie infanto-juvénile entre 1991 et 2003¹⁴²⁶. Entre 2007 et 2014, la pédopsychiatrie a connu une hausse de 22 %. En 2015, 419 000 personnes ont été hospitalisées au moins une fois dans une structure de psychiatrie, dont 46 000 enfants et adolescents, avec 569 structures en fonctionnement. En 2018, ce chiffre atteignait 424 000 personnes, soit une augmentation de 5 000, dont 49 000 enfants et adolescents, tandis que le nombre de structures psychiatriques diminuait à 552. Pendant ce temps, le nombre de personnes prises en charge en ambulatoire (sans hospitalisation) a plus que doublé en vingt ans, passant d'environ 1 million au début des années 2000 à plus de 2 millions en 2018. Cette évolution constante du nombre de prises en charge psychiatrique et l'entremêlement des notions de santé mentale et de sécurité publique dans l'opinion générale ont conduit à des tentatives d'amélioration du système psychiatrique français. En effet, l'amalgame existant chez le grand public entre la criminalité, la santé mentale et la dangerosité a poussé le législateur à encadrer plus strictement les soins en psychiatrie, en faveur de la sécurité publique, au détriment de la liberté d'aller et venir du patient.

686. Parmi les évolutions juridiques penchant en faveur de la sécurité publique au détriment de la liberté d'aller et venir des patients¹⁴²⁷, citons par exemple la possibilité de « rétention de sûreté », notion introduite par la ministre de la Justice Rachida Dati en 2008. Il s'agissait de prolonger la restriction de la liberté d'aller et venir d'un individu, après l'exécution de sa peine, lorsque celui-ci présente une « dangerosité » liée à leur état psychique. Le texte applique cette mesure particulière aux « *personnes dont il est établi, à l'issue d'un réexamen de leur situation intervenant à la fin de l'exécution de leur peine, qu'elles présentent une particulière*

¹⁴²⁴ Cour des Comptes, « L'organisation des soins psychiatriques : les effets du plan « Psychiatrie santé mentale » (2005-2010) », Rapport public thématique, 2011.

¹⁴²⁵ Inspection générale des affaires sociales (IGAS), « Organisation et fonctionnement du dispositif de soins psychiatriques, soixante ans après la circulaire du 15 mars 1960 », 2017.

¹⁴²⁶ Rapport du député Denys ROBILIARD, « Rapport d'information en conclusion des travaux de la mission sur la santé mentale et l'avenir de la psychiatrie », 2013.

¹⁴²⁷ Précédemment évoqué en introduction du présent Chapitre, et développé au Chapitre 1 du présent Titre.

dangerosité par une probabilité très élevée de récidive parce qu'elles souffrent d'un trouble grave de la personnalité »¹⁴²⁸.

687. Mais la largesse de la notion de « dangerosité »¹⁴²⁹ reflète à elle-seule la difficulté d'en délimiter les contours et d'en estimer l'étendue, d'autant plus chez un individu instable et, de fait, imprévisible¹⁴³⁰. Retenons cependant, pour plus de clarté, cette définition : « *état, situation ou action dans lesquels une personne ou un groupe de personnes font courir à autrui ou aux biens un risque important de violence, de gommage ou de destruction* »¹⁴³¹. Mais la dangerosité est applicable dans bien des situations : il est ainsi important de distinguer la dangerosité criminologique de la dangerosité psychiatrique. La première s'apparente au risque de commission d'une infraction, renvoie à la prévention de la récidive et relève du droit pénal. La seconde s'apparente au risque de passage à l'acte hétéro ou auto-agressif directement liés à l'existence d'un trouble ou d'une maladie mentale. Elle renvoie donc aux soins et ne relève pas - ou plus, dès l'instant où l'individu est déclaré irresponsable pénalement¹⁴³² - du droit pénal. Cependant, malgré une frontière parfois floue entre gestion des délinquants et criminels atteints de troubles mentaux et prise en charge des malades mentaux potentiellement dangereux, des tentatives de réponses aux besoins de l'une et l'autre de ces catégories ont émergées au travers des UHSA pour les premiers et des UMD pour les seconds. Le choix du secteur psychiatrique s'effectue en fonction du degré de dangerosité du patient.

688. Nous l'avons vu précédemment¹⁴³³, la maladie mentale est souvent confondue avec la dangerosité et la criminalité dans l'esprit du grand public. Pour la Juge Aubriot, la frontière entre prison et hôpital psychiatrique semble parfois bien délicate à déterminer¹⁴³⁴. Cet enjeu de

¹⁴²⁸ Loi du 25 février 2008, relative à la rétention de sûreté et à la déclaration d'irresponsabilité pénale pour cause de trouble mental.

¹⁴²⁹ Cf Introduction (Section 1), sur la notion de « dangerosité »

¹⁴³⁰ P. MBANZOULOU, « Quelles incidences possibles de la loi de rétention de sûreté sur les pratiques professionnelles pénitentiaires ? », AJ Pénale, 6, 400, 2008.

¹⁴³¹ A. COCHE, « La détermination de la dangerosité des délinquants en droit pénal. Etude de droit français », Presse Universitaire d'Aix Marseille, 2005.

¹⁴³² Article 122-1 du code pénal selon lequel : « *N'est pas pénalement responsable la personne qui était atteinte, au moment des faits, d'un trouble psychique ou neuropsychique ayant aboli son discernement ou le contrôle de ses actes.* »

¹⁴³³ Cf Chapitre 1 du présent Titre

¹⁴³⁴ Extrait de l'entretien avec la JLD, Justine AUBRIOT, mai 2020 : « *Ce en quoi je crois beaucoup c'est la création à termes d'une institution intermédiaire entre la prison et la psychiatrie. On a souvent les mêmes publics et on bascule tantôt de la prison à la psychiatrie et vis vers ça. On met en prison des gens qui relèveraient du milieu psychiatrique. Tous ne sont pas orientés comme ils devraient l'être ; il y a des ratés. L'UHSA a des lits limités ; il faut voir les unités. Ça ne permet pas de gérer des centaines de personnes, or ce sont des centaines de personnes qui sont concernées. Tous les publics en détention, s'il y en a un qui échappe aux troubles mentaux il a de la chance. Ils ont tous un profil psychiatrique, avec des degrés différents bien sûr mais ça reste évident. J'entends par là une institution qui puisse les gérer en masse et dans la durée. Je crois qu'il faudrait même remplacer la prison. La prison n'est plus adaptée.* », cf Annexe 36

délimiter des frontières plus nettes ou de créer un cadre de soin plus adapté aux patients délinquants ou criminels, ayant besoin de soins psychiatriques, est un sujet à la fois ancien et actuel. Initiée par l'émergence de la Défense sociale¹⁴³⁵, l'introduction de la psychiatrie en milieu pénitentiaire précède la réforme en question. En France, dès 1876, un quartier spécial pour ce qui est nommé à l'époque les « aliénés criminels », est établi à la maison centrale de Gaillon. Il fonctionnera jusqu'en 1901, sous la direction du dernier médecin-chef Henri Colin. Peu après la Libération, une circulaire datée du 5 octobre 1950 envisage le développement d'annexes psychiatriques au sein des établissements pénitentiaires¹⁴³⁶. Bien que diverses expériences soient initiées, elles sont interrompues par manque de volonté politique. Seul le centre médico-psychologique régional (CMPR) de la maison d'arrêt de la Santé perdure, tandis que celui de Fleury-Mérogis ouvre ses portes en 1973. Anticipant la politique de décloisonnement, cette structure et son personnel sont rattachés pour la première fois au ministère de la Santé. Cette organisation sera ensuite adoptée par la circulaire instaurant les CMPR qui, en 1986, deviennent des services médico-psychologique régional (SMPR).

689. Le rapport parlementaire de 2000 sur l'état des prisons françaises¹⁴³⁷ signalaient une insuffisance dans la prise en charge des soins psychiatriques en milieu pénitentiaire. Cette lacune était également dénoncée par le rapport d'évaluation de juin 2001 sur l'organisation des soins aux personnes incarcérées, provenant de l'Inspection générale des affaires sociales (IGAS) et de l'Inspection des services judiciaires¹⁴³⁸. Le rapport sénatorial Jean-René Lecerf, présenté au nom de la commission des lois au Sénat et déposé le 17 décembre 2008¹⁴³⁹, rappelle que « *les prisons accueillent un nombre croissant de personnes atteintes de troubles mentaux* ». La reconnaissance de l'altération du discernement, loin d'agir comme une circonstance atténuante, entraîne des peines plus longues, arguant que certaines personnes présentent une dangerosité très élevée liée à un fort risque de récidive¹⁴⁴⁰. Les données définitives d'une étude épidémiologique publiée en 2006 indiquent que 3,8 % des détenus nécessitent un traitement pour la schizophrénie, soit environ quatre fois plus que dans la population générale, 17,9 %

¹⁴³⁵ La "défense sociale" est un concept qui englobe les stratégies, politiques, et mesures adoptées par une société pour se protéger contre les comportements jugés dangereux ou déviants, en particulier ceux qui menacent l'ordre public, la sécurité des citoyens, ou les valeurs fondamentales de la communauté. Dans le contexte de la psychiatrie légale, la défense sociale peut également se référer à la gestion des individus dont les troubles mentaux les rendent dangereux pour eux-mêmes ou pour autrui. Cela peut inclure l'hospitalisation involontaire ou le traitement sous contrainte, toujours dans le cadre de garanties légales strictes pour respecter les droits de l'individu. Sources : ROBERT I. SIMON, LIZA H. GOLD, *The American Psychiatric Publishing Textbook of Forensic Psychiatry*, The American Psychiatric Association Publishing Textbook of Forensic Psychiatry, 2010 ; G. TROTTER, *The Ethics of Coercion in Mass Casualty Medicine*, Johns Hopkins University Press, 2007.

¹⁴³⁶ R. DUBOIS, « Les malades dangereux au service Henri Colin (Villejuif) », *Psychiatrie française*, n°18, 1987.

¹⁴³⁷ J-J. HYEST, G-P. CABANEL, « Prisons : Une humiliation pour la République », Commission d'enquête sur les conditions de détention dans les établissements pénitentiaires en France, n° 449, 1999-2000, Sénat

¹⁴³⁸ Rapport d'évaluation sur « L'organisation des soins aux détenus », IGAS, Juin 2001.

¹⁴³⁹ Rapport n° 143 (2008-2009) de M. Jean-René LECERF, déposé le 17 décembre 2008

¹⁴⁴⁰ P. GOUJON, C. GAUTIER, « Commission des lois, sur les mesures de sûreté concernant les personnes dangereuses : Les délinquants atteints de troubles psychiatriques », rapport du Sénat, n° 420, 2005-2006

présentent un état dépressif majeur, soit quatre à cinq fois le taux dans la population générale, et 12 % souffrent d'anxiété généralisée. De plus, 16 % des détenus avaient été hospitalisés pour des raisons psychiatriques avant leur incarcération¹⁴⁴¹.

690. La modification de la jurisprudence de la Cour européenne des droits de l'homme a incité la France à réexaminer son dispositif de prise en charge des condamnés atteints de troubles mentaux. En juillet 2006, la France a été condamnée par la Cour européenne concernant un détenu atteint de troubles psychiques attestés par expertise, condamné en 1980 à une peine de mort commuée en réclusion criminelle à perpétuité¹⁴⁴². Une expertise a souligné que « *une pathologie psychiatrique est apparue en détention. Il est maintenant un malade mental chronique qui, sans la lourdeur de ses antécédents, relèverait évidemment plus d'une prise en charge psychiatrique que d'un maintien en milieu pénitentiaire* ». Bien que la Cour européenne reconnaisse que « *les autorités pénitentiaires ne sont pas demeurées passives* » (visites régulières d'un psychiatre et d'une infirmière, traitement pour ses troubles hallucinatoires), elle condamne la France en raison de l'absence de « *mesures particulièrement adaptées* » pour la situation du requérant. Les juges estiment que « *les autorités nationales n'ont pas assuré une prise en charge adéquate de l'état de santé* » du condamné, soulignant que « *son maintien en détention, sans encadrement médical approprié, constitue dès lors une épreuve particulièrement pénible et l'a soumis à une détresse ou à une épreuve d'une intensité qui excède le niveau équitable de souffrance inhérent à la détention* ».

691. Pour tenter de répondre aux besoins en soins psychiatriques en milieu carcéral, un certain nombre de modèles ont été établis, permettant une prise en charge graduelle, en fonction de l'importance des soins à prodiguer et de la dangerosité potentielle des patients concernés : les SMPR et hospitalisation sous contrainte « classique » (Paragraphe 1), les UMD (Paragraphe 2) et les UHSA (Paragraphe 3).

[Paragraphe 1. SMPR et hospitalisation « classique » : premier stade thérapeutique sur l'échelle de dangerosité psychiatrique](#)

692. Dans le paysage complexe de la psychiatrie pénitentiaire en France, les Services Médico-Psychologiques Régionaux (SMPR) jouent un rôle crucial en offrant des soins adaptés aux détenus souffrant de troubles mentaux légers. Fondés sur une approche multidisciplinaire et placés sous la direction de psychiatres expérimentés, ces services visent à répondre efficacement aux besoins spécifiques de santé mentale de la population carcérale. Le

¹⁴⁴¹ Rapport final transversal du 26/11/2007 : Enquête de prévalence sur les troubles psychiatriques en milieu carcéral, Etude pour le Ministère de la Santé (Direction Générale de la Santé) et le Ministère de la Justice (Direction de l'Administration Pénitentiaire)

¹⁴⁴² CEDH, 11 juill. 2006, n° 33834/03, Rivière c. France

fonctionnement des SMPR est encadré par un cadre juridique précis, qui définit non seulement les modalités d'intervention et de coordination avec les autres services de soins, mais aussi les conditions d'admission et les pratiques de soins au sein de ces structures. Malgré une capacité limitée et une couverture principalement diurne, les SMPR s'efforcent de fournir des soins intensifs et courants, contribuant ainsi à améliorer l'accès aux soins psychiatriques pour les détenus (A). Cependant, cette démarche se heurte à la question épineuse de la dangerosité des patients et de leur évaluation adéquate. La distinction entre sécurité carcérale et sécurité dans la prise en charge psychiatrique soulève des problématiques fondamentales, notamment sur l'équilibre à trouver entre la responsabilité et l'irresponsabilité des individus souffrant de troubles mentaux. L'évaluation de la dangerosité, qu'elle repose sur le jugement clinique du psychiatre ou l'utilisation d'outils d'évaluation spécialisés, demeure un processus complexe et sujet à controverse. Ces méthodes, bien que visant à apporter une réponse mesurée et adaptée à la dangerosité potentielle des patients, se confrontent à des enjeux éthiques majeurs, en particulier lorsqu'il s'agit de détenus ayant commis des actes délinquants ou criminels (B).

A. De sa création à sa mise en œuvre : un fonctionnement régional particulier

693. Chaque secteur de psychiatrie en milieu pénitentiaire est affilié à un établissement public de santé¹⁴⁴³. Il est placé sous l'autorité d'un psychiatre, praticien hospitalier, assisté d'une équipe pluridisciplinaire, et intègre un service médico-psychologique régional situé dans un établissement pénitentiaire. L'article D. 115-6 du Code pénitentiaire¹⁴⁴⁴ précise que ces secteurs répondent aux besoins de santé mentale des détenus dans les établissements relevant de chacun d'eux. Cela se fait sans préjudice des actions de prévention, de diagnostic et de soins courants réalisées par les secteurs de psychiatrie générale ou infanto-juvénile ou par l'équipe médicale en vertu de la fiche médicale mentionnée à l'ancien article D. 371 du code de procédure pénale¹⁴⁴⁵.

¹⁴⁴³ Ou, jusqu'en 2009, à un établissement de santé privé autorisé à participer au service public hospitalier.

¹⁴⁴⁴ Article D.115-6 du code pénitentiaire (ancien article D.372 du code de procédure pénale) : « *Les secteurs de psychiatrie en milieu pénitentiaire répondent aux besoins de santé mentale de la population détenue dans les établissements pénitentiaires relevant de chacun de ces secteurs, sans préjudice des actions de prévention, de diagnostic et de soins courants mises en œuvre par les secteurs de psychiatrie générale ou infanto-juvénile, en application des dispositions du code de la santé publique. Chaque secteur de psychiatrie en milieu pénitentiaire est rattaché à un établissement dispensant des soins aux personnes détenues en application des dispositions de l'article L. 6111-1-2 du code de la santé publique et placé sous l'autorité d'un psychiatre, praticien hospitalier, assisté d'une équipe pluridisciplinaire. Il comporte notamment un service médico-psychologique régional aménagé dans un établissement pénitentiaire. L'administration pénitentiaire prend à sa charge la construction, l'aménagement et l'entretien des locaux individualisés et adaptés, nécessaires au bon fonctionnement du service médico-psychologique régional, en application du décret mentionné par le précédent alinéa.* »

¹⁴⁴⁵ Article D. 371 du code de procédure pénale : « *Le résultat de tout examen médical ou dentaire subi par un détenu est porté sur une fiche individuelle, ainsi que toutes indications relatives à l'état de santé et au traitement de l'intéressé. La fiche est classée à l'infirmerie de l'établissement à la seule disposition du personnel médical et infirmier, et, en cas de transfèrement, elle est incluse dans le dossier du détenu visé à l'article D. 161 ou transmise directement sous pli fermé adressé au médecin de l'établissement de destination. A la libération, elle est placée audit dossier.* »

694. Les modalités d'intervention du service médico-psychologique régional, ainsi que sa coordination avec l'unité de consultations et de soins ambulatoires, sont définies dans un protocole établi en application du décret n° 86-602 du 14 mars 1986 modifié¹⁴⁴⁶. Le service public pénitentiaire prend en charge la construction, l'aménagement et l'entretien des locaux adaptés nécessaires au fonctionnement du SMPR. Avec une capacité totale de 360 lits et places répartis sur 26 structures, ces SMPR assurent principalement une prise en charge de jour, avec seulement deux disposant d'une couverture paramédicale nocturne. Les autres offrent un hébergement de nuit aux détenus. Implantés à l'intérieur des établissements pénitentiaires, ils gèrent les soins psychiatriques sous l'autorité des services psychiatriques de secteur, avec une équipe médicale dirigée par un médecin chef de service.

695. Les soins, librement consentis par les détenus, sont répartis en deux catégories : les soins intensifs relevant des SMPR, et les soins courants assurés par les secteurs de psychiatrie générale. Pour les mineurs ou les femmes avec enfants, des secteurs de psychiatrie infantile-juvénile sont établis dans les établissements concernés. Afin d'accomplir sa mission de soins intensifs, le SMPR propose des consultations individuelles ou de groupe, des activités thérapeutiques et des hospitalisations de jour. Il maintient un lien avec les unités de consultations et de soins ambulatoires (UCSA), particulièrement pour les actions de prévention en matière de santé. Le personnel pénitentiaire de surveillance opère au sein des SMPR pour garantir la sécurité des personnels médicaux, des détenus et des locaux. Dans ce contexte médical, il doit faire preuve de discrétion concernant tous les faits, informations ou documents liés à la pathologie du détenu. Il veille également à l'application et au respect du règlement intérieur spécifique au SMPR, où le régime pénitentiaire prévaut pour les détenus présents dans ces locaux. Cependant, l'article 18 du décret du 14 décembre 1986 prévoit une adaptation de ce régime dans l'intérêt du patient, en l'absence d'avis contraire du chef d'établissement pénitentiaire, informé au préalable. Les mêmes dispositions peuvent s'appliquer dans les établissements pénitentiaires non pourvus de SMPR, conformément à l'article D. 382 du Code de procédure pénale¹⁴⁴⁷.

696. L'équipe du secteur de psychiatrie peut également intervenir dans un établissement dépourvu de son propre SMPR. Une "antenne SMPR" est alors établie pour remplacer le secteur

¹⁴⁴⁶ Décret n°86-602 du 14 mars 1986 relatif à la lutte contre les maladies mentales et à l'organisation de la sectorisation psychiatrique, JORF du 19 mars 1986

¹⁴⁴⁷ Article D. 382 du code de procédure pénale : « *Lorsque les médecins intervenant dans les structures mentionnées par les dispositions des articles D. 115-3 et D. 115-6 du code pénitentiaire estiment que l'état de santé d'une personne détenue prévenue n'est pas compatible avec un maintien en détention ou avec le régime pénitentiaire qui lui est appliqué, l'autorité judiciaire compétente est informée par le chef d'établissement pénitentiaire, dans les conditions prévues par les dispositions de l'article D. 115-25 du même code.* »

de psychiatrie générale local. Dans cette configuration, elle offre exclusivement des services ambulatoires ou une prise en charge à temps partiel.

697. L'article D. 398 du Code de procédure pénale dispose que « *les détenus présentant des troubles mentaux visés à l'article L. 342 du Code de la santé publique ne peuvent demeurer dans un établissement pénitentiaire. Après obtention d'un certificat médical détaillé et conformément à la réglementation en vigueur, il incombe à l'autorité préfectorale d'organiser, dans les délais les plus brefs, leur hospitalisation d'office dans un établissement de santé habilité selon l'article L. 331 du Code de la santé publique.* » Diverses formes d'hospitalisations psychiatriques sont cependant envisageables. Les hospitalisations psychiatriques peuvent être réalisées dans les SMPR avec le consentement du détenu et du médecin chef du SMPR. En l'absence de consentement de l'intéressé, une hospitalisation d'office peut être effectuée dans un centre hospitalier spécialisé. Cette hospitalisation est décidée par le préfet sur la base d'un certificat médical détaillé. Aucune surveillance n'est assurée ni par l'administration pénitentiaire ni par les forces de l'ordre. Dans les cas les plus graves, il est nécessaire de recourir à des services plus sécurisés, plus fermés, et donc plus liberticides. Mais la dangerosité du patient l'exige : une dangerosité qu'il faut avant tout pouvoir jauger.

B. Traiter le patient en fonction de sa dangerosité : un examen difficile impactant la prise en charge en SMPR

698. La question de la dangerosité a été abordée précédemment¹⁴⁴⁸. Certes, la nécessaire évaluation de la dangerosité du patient ne concerne pas seulement les SMPR, cependant cette évaluation s'avère particulièrement primordiale dans le cas de services spécifiques régionaux, car leurs équipement et structure mêmes restreint les capacités d'interventions en cas de crises graves chez les malades les plus « dangereux ». Outre sa définition, l'évaluation de la dangerosité est également très délicate. En effet, la nature même de la dangerosité - ponctuelle, multifactorielle (environnement, contexte, état clinique, etc.), graduelle - la rend particulièrement difficile à prévoir et, lorsqu'elle est constatée, à jauger sans erreur. Parmi les méthodes existantes, deux sont à distinguer comme étant particulièrement utilisées en psychiatrie : le jugement clinique, réalisé par le psychiatre, et l'utilisation d'outils d'évaluation¹⁴⁴⁹. Dans le premier cas, l'évaluation se fait au cours de différents entretiens avec le patient concerné, menés par le psychiatre. Ce dernier doit se prononcer sur la dangerosité (et son degré) existante ou potentielle d'un individu, en s'entretenant avec lui, en l'observant durant ces séances d'échanges. Cet examen est-il justifié pour les individus qui seront déclarés

¹⁴⁴⁸ Cf. Section 2 du présent Chapitre.

¹⁴⁴⁹ M. SAUTEREAU, G. BROUSSE, F. MEUNIER, I. JALENQUES, « La loi du 25 février 2008 relative à la rétention de sûreté : repères juridiques et interrogations cliniques », Santé Publique, 2009/4 (vol. 21), p. 427 à 436, ed SFSP

postérieurement non dangereux, voire totalement sains d'esprit¹⁴⁵⁰ ? Fondamentalement, cela paraît peu probable. En effet, si l'individu subit un tel examen auprès d'un psychiatre c'est, en principe, que lui-même ou un tiers a décelé une dangerosité potentielle s'exprimant généralement par un comportement auto ou hétéro-agressif¹⁴⁵¹. Si une erreur est toujours possible, elle serait sans doute vite repérée face à une personne saine d'esprit. Toutefois, dans le cas contraire et si les droits du patient s'avèrent non respectés (notamment son droit de consentir aux soins, ou encore son droit au respect de sa liberté d'aller et venir), des poursuites pénales¹⁴⁵² pourraient être engagées envers le personnel médical responsable de cette démarche fautive de soins contraints chez un individu qui n'en a pas besoin où pour lequel le principe de soins adaptés, nécessaires et proportionnés n'a pas été respecté¹⁴⁵³. Cette première méthode semble cependant relativement efficace dans la mesure où le patient est vu directement par un psychiatre : il s'agit sans doute de la meilleure méthode d'évaluation possible, dans une discipline où l'aspect humain est particulièrement central, au-delà de simples questions physiques¹⁴⁵⁴.

699. Cependant, la deuxième méthode évoquée pourrait venir appuyer et améliorer le modèle français dont les failles restent probables. L'usage des outils d'évaluation n'est encore pas ou peu fréquent en France, dans la mesure où ces derniers restent peu admis par la société et, surtout, très discutables du point de vue du droit français. Il existe deux outils majeurs. Tout d'abord, les « méthodes actuarielles »¹⁴⁵⁵. Il s'agit de donner, à partir de variables sociodémographiques et anamnestiques¹⁴⁵⁶ préétablies, une probabilité du risque d'un comportement dangereux chez l'individu évalué. L'échelle *Violence Risk Appraisal Guide* (VRAG) en est un très bon exemple¹⁴⁵⁷. En effet, l'échelle VRAG est un outil d'évaluation du risque de violence conçu pour aider les professionnels de la santé mentale, en particulier dans les contextes judiciaires et correctionnels, à estimer le risque de comportement violent futur

¹⁴⁵⁰ M. LANDRY, *L'état dangereux : un jugement déguisé en diagnostic*, ed La pensée universitaire, 1990.

¹⁴⁵¹ Application de l'article L3213-2 du CSP

¹⁴⁵² Article L.3215-1 du Code pénal

¹⁴⁵³ Article L. 3211-3 du CSP

¹⁴⁵⁴ M. DROUILLARD, « Les soins psychiatriques sans consentement : quels enjeux en France ? », *The Conversation*, 19 juillet 2022, <https://theconversation.com/les-soins-psychiatriques-sans-consentement-quels-enjeux-en-france-185943>

¹⁴⁵⁵ Définition « méthode actuarielle » : « *l.f. Méthode de mesure d'une variable censurée ou tronquée. P. par exemple mesure d'une survie qui requière la survenue de « l'événement décès ». Par extension, cette notion de « décès » peut s'appliquer à tout événement non récurrent qui survient dans le temps, par exemple l'apparition d'une récidive ou de la métastase d'un cancer. Les mesures reposent sur le principe des probabilités conditionnelles. Dans la méthode actuarielle, les chutes des taux de survie sont évaluées à intervalles réguliers.* » Dictionnaire médical de l'Académie de Médecine – version 2023 ; une telle méthode n'est pas propre aux SMPR, cependant elle pourrait leur être particulièrement adaptée.

¹⁴⁵⁶ Définition « anamnestique » : en médecine, relatif à l'anamnèse, ensemble des informations fournies par le malade sur l'histoire de sa maladie

¹⁴⁵⁷ G. CÔTE, « Les instruments d'évaluation du risque de comportements violents : mise en perspective critique », *Criminologie*, 34(1), 31–45., ed Les Presses de l'Université de Montréal, 2001

chez les individus. Développée initialement au Canada dans les années 1990 par des chercheurs tels que Marnie E. Rice, Grant T. Harris et Vernon L. Quinsey, la VRAG est fondée sur des études empiriques et utilise une série de 12 indicateurs pour prédire la probabilité de récurrence violente. Les 12 items de la VRAG incluent des variables démographiques, cliniques, et historiques¹⁴⁵⁸. La VRAG fournit un score total qui est utilisé pour classer les individus dans des catégories de risque de récurrence violente, allant de faible à élevé. Cet outil est considéré comme l'un des plus valides et fiables pour l'évaluation du risque de violence future et est largement utilisé dans le monde entier pour la prise de décision en matière de libération conditionnelle, de traitement et de gestion des risques dans les populations carcérales et psychiatriques légales.

700. Le second outil regroupe les évaluations cliniques semi-structurées. Elles s'appuient sur des variables du même type que le premier outil, cependant l'examineur peut choisir de les pondérer ou d'en ajouter d'autres. Il s'agit donc d'un outil plus adaptable à la situation particulière du patient concerné. Par exemple, l'échelle *Historical Clinical Risk* (HCR 20) propose vingt variables qui traitent de l'état clinique actuel et passé, de la violence déjà relevée chez le patient et de la possibilité de gestion du risque futur de récurrence.

701. Dans un contexte de remise en cause des capacités d'évaluation clinique par les médecins psychiatres, à compter des années 1960¹⁴⁵⁹, et particulièrement depuis les années 1980¹⁴⁶⁰, les outils d'évaluation ont l'avantage de limiter les biais d'interprétation, dans la mesure où ils s'appuient sur des indices plus variés, pertinents, tout en permettant aux praticiens qui les utilisent d'adopter une échelle de valeurs communes¹⁴⁶¹. Cependant, ces outils restent très controversés, montrant la complexité de choisir les traitements et cadres les mieux adaptés (en se basant sur une échelle de dangerosité potentielle), particulièrement pour des patients qui ont eu un passé délinquant ou criminel certain, mais pour qui leur dangerosité est difficilement dissociable de la vulnérabilité que leur impose leur trouble ou maladie mentale. Malgré les

¹⁴⁵⁸ Les 12 items sont : l'âge au moment de l'évaluation, un score dérivé de l'Échelle de déviance du diagnostic Hare (PCL-R) qui mesure des traits de personnalité psychopathe, les antécédents de violence, les antécédents de violence domestique, séparation des parents avant 16 ans, l'échec scolaire, problèmes d'emploi, troubles de la personnalité, psychopathie, antécédents de suicide ou d'automutilation, antécédents d'alcoolisme ou de toxicomanie, hospitalisation psychiatrique antérieure.

¹⁴⁵⁹ A. COCHE, « La détermination de la dangerosité des délinquants en droit pénal », Etude de droit français. Presse Universitaire d'Aix Marseille 2005.

¹⁴⁶⁰ J. MONAHAN, « The prediction of violent behaviour: toward a second generation of theory and policy », *American Journal of Psychiatry*, 1984, n°141, p.373-379 : selon Monahan, un psychiatre se tromperait en moyenne une fois sur trois lors de cette évaluation par jugement clinique, surestimant généralement les risques.

¹⁴⁶¹ V. LIAUDAT, « De la prévision de la dangerosité à l'évaluation du risque de violence. », Conférence débat dans le cadre du diplôme universitaire de criminologie clinique, Lyon, Mars 2007.

tentatives de réponses apportées à ces cas particuliers, les UMD¹⁴⁶² comme les UHSA¹⁴⁶³ restent largement critiquables.

Paragraphe 2. Les Unités pour Malades Difficiles : un milieu quasi carcéral au sein de l'hôpital psychiatrique

702. L'organisation et l'impact des Unités pour Malades Difficiles (UMD) dans le paysage de la psychiatrie française constituent un sujet de préoccupation majeure, tant pour les professionnels de santé que pour les juristes et les défenseurs des droits humains. Créées en 1910¹⁴⁶⁴, ces unités spécialisées sont destinées à accueillir des patients présentant des troubles sévères nécessitant une prise en charge intensifiée et sécurisée, souvent sous contrainte. Le recours à l'hospitalisation dans les UMD est limité à des individus considérés comme dangereux pour eux-mêmes ou pour autrui, nécessitant une approche spécifique pour leur prise en charge. La procédure d'admission, rigoureusement encadrée par le Code de la Santé Publique, implique une évaluation médicale approfondie et l'obtention d'un arrêté préfectoral. Une fois admis, les patients font l'objet d'un suivi continu, avec la possibilité pour la commission du suivi médical d'intervenir à tout moment, jusqu'à la fin de leur hospitalisation, décidée par le préfet sur avis de cette commission (A). Parallèlement, cet encadrement positif en UMD des malades dangereux revêt également un caractère hypersécuritaire, mettant en lumière des cas d'abus dans le maintien des patients, ainsi que les conséquences de telles pratiques sur la liberté d'aller et venir. Des exemples concrets illustrent la manière dont le cadre ultra-sécurisé des UMD peut entraîner des atteintes disproportionnées aux droits fondamentaux des patients, remettant en question l'équilibre entre sécurité publique et respect de la liberté individuelle. La critique de fond des UMD met en exergue la tension entre la nécessité de protéger la société et le risque d'ériger la psychiatrie en instrument de contrôle social, une dynamique exacerbée par la réforme de 2008¹⁴⁶⁵ visant à multiplier ces unités. Cette analyse révèle comment les principes de sécurité dominant parfois au détriment de l'approche thérapeutique, posant la question de la place de la confiance et de l'autonomie dans le traitement des troubles psychiatriques sévères (B).

A. De sa création à son fonctionnement : une mise en œuvre complexe

703. La première unité destinée aux « malades difficiles » a été établie par Henri Colin à l'Hôpital Paul Guiraud de Villejuif. Depuis, bien d'autres UMD ont vu le jour, comme Montfavet en 1947, Sarreguemines en 1957, Cadillac en 1963, ou encore Plouguernevel en

¹⁴⁶² Cf Paragraphe 2 de la présente Section

¹⁴⁶³ Cf Paragraphe 3 de la présente Section

¹⁴⁶⁴ VELPRY Livia, « « Moderniser » l'enfermement en psychiatrie ? Le cas des unités pour malades difficiles », Sociétés contemporaines, 2016/3 (N° 103), p. 65-90. DOI : 10.3917/soco.103.0065. URL : <https://www.cairn.info/revue-societes-contemporaines-2016-3-page-65.htm>

¹⁴⁶⁵ Discours d'Anthony du Président Sarkozy : cf B du présent Paragraphe.

2008¹⁴⁶⁶. Ces unités d'hospitalisation, intégrées à des établissements de soins psychiatriques, ont été officiellement définies sur le plan juridique par l'arrêté du 14 octobre 1986¹⁴⁶⁷. Leur encadrement était préalablement garanti par des règlements propres à chaque unité créée, sur le fondement de la loi du 30 juin 1838 sur les aliénés¹⁴⁶⁸. La définition de ces unités a par la suite été incorporée dans la loi du 5 juillet 2011¹⁴⁶⁹. Le fait d'inscrire ces unités dans la loi plutôt que dans un arrêté ouvrait la voie à un statut légal distinct, d'autant plus que cette loi introduisait également un traitement spécifique pour les patients admis en UMD. La procédure d'expertise pour mettre fin à la mesure d'hospitalisation sans consentement était renforcée pour ces patients, et l'admission en UMD devenait un critère d'inscription sur un fichier spécial pendant les dix années suivant la sortie. Cependant, l'abrogation de ces dispositions dans la loi 27 septembre 2013¹⁴⁷⁰, à la suite d'une décision du Conseil d'État du 20 avril 2012¹⁴⁷¹, referme cette possibilité.

704. Le recours aux UMD demeure restreint aux individus souffrant de troubles graves, présentant un risque avéré de danger pour eux-mêmes, pour leur entourage, ou pour leurs codétenus et membres du personnel. Cette dangerosité psychiatrique sévère, avérée ou imminente, nécessite une hospitalisation d'office, effectuée sans le consentement du patient, au sein d'un secteur de psychiatrie générale. Pendant cette période d'hospitalisation, les règles pénitentiaires régissant les détenus sont maintenues en ce qui concerne le maintien des liens familiaux et le suivi de la situation pénale¹⁴⁷². De plus, les dispositions concernant la garde policière en milieu hospitalier ne s'appliquent pas. La décision d'opter pour une hospitalisation en UMD est prise en dehors de la prison et intervient lorsque le maintien dans une unité hospitalière sectorielle n'est plus compatible avec l'état et le niveau de dangerosité du patient. Le passage en UMD se déroule alors en différentes étapes : l'admission (1), le suivi et la fin d'hospitalisation (2).

1. Admission en UMD : une procédure encadrée

¹⁴⁶⁶ Op. cit., VELPRY Livia, « « Moderniser » l'enfermement en psychiatrie ? Le cas des unités pour malades difficiles », Sociétés contemporaines, 2016

¹⁴⁶⁷ Arrêté du 14 octobre 1986 relatif au règlement intérieur type des unités pour malades difficiles, JORF du 23 novembre 1986.

¹⁴⁶⁸ Loi sur les aliénés du 30 juin 1838, effective jusqu'au vote de la loi du 27 juin 1990 « relative aux droits et à la protection des personnes hospitalisées en raison de troubles mentaux et à leurs conditions d'hospitalisation. »

¹⁴⁶⁹ 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, JORF du 6 juillet 2011.

¹⁴⁷⁰ 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, JORF n°0227 du 29 septembre 2013.

¹⁴⁷¹ CE, Décision n° 352667-352668 du 8 février 2012. Renvoi de QPC : Conseil constit, Décision n° 2012-235, QPC du 20 avril 2012.

¹⁴⁷² Articles D. 395 et D. 398 du code de procédure pénale

705. Le cadre réglementaire relatif aux admissions et sorties des UMD est détaillé dans les articles R. 3222-1 à R. 3222-7 du Code de la Santé Publique. Les unités destinées aux patients difficiles prennent en charge des individus nécessitant des soins psychiatriques sans leur consentement, en optant pour une hospitalisation complète. Ces patients présentent un état de santé nécessitant la mise en place, sur recommandation médicale et à des fins thérapeutiques, de protocoles de soins intensifs ainsi que de mesures de sécurité spécifiques¹⁴⁷³. Il est à noter que l'article R. 3222-1 ne fait aucune référence à la dangerosité du "malade difficile". Tous les "malades difficiles" sont admis en UMD conformément aux modalités des Soins Psychiatriques sans Consentement (SDRE). Lorsqu'il s'agit de l'hospitalisation d'un détenu (prévenu ou condamné) présentant des troubles psychiques rendant incompatible le maintien en détention, l'hospitalisation en UMD se fait non seulement en application des dispositions du Code de la santé publique relatives aux admissions SDRE, comme indiqué à l'article R. 3222-2 du CSP¹⁴⁷⁴, mais aussi selon les termes de l'ancien article D. 398 du Code de procédure pénale¹⁴⁷⁵.

706. L'article R. 3222-2 confère aux équipes soignantes des UMD la responsabilité des admissions. Avant l'admission, les psychiatres de l'UMD peuvent examiner le patient dans

¹⁴⁷³ Article R. 3222-1 du CSP : « Les unités pour malades difficiles accueillent des patients relevant de soins psychiatriques sans consentement sous la forme d'une hospitalisation complète en application des chapitres III des IV du titre Ier du livre II du Code de la troisième partie du présent Code ou de l'article 706-135 du Code de procédure pénale et dont l'état de santé requiert la mise en œuvre, sur proposition médicale et dans un but thérapeutique, de protocoles de soins intensifs et de mesures de sécurité particulières ».

¹⁴⁷⁴ Article R. 3222-2 du CSP : « I.-Préalablement à l'admission d'un patient en unité pour malades difficiles, les psychiatres exerçant dans cette unité peuvent se rendre dans l'établissement de santé dans lequel le patient est hospitalisé pour l'examiner. II.-L'admission du patient dans une unité pour malades difficiles est prononcée par arrêté du préfet du département ou, à Paris, du préfet de police, où se trouve l'établissement dans lequel est hospitalisé le patient avant son admission en unité pour malades difficiles. Dans l'objectif de maintenir ou de restaurer les relations du patient avec son entourage, cet arrêté détermine le lieu de l'hospitalisation en considération de ses intérêts personnels et familiaux. Une copie de l'arrêté est transmise au préfet du département dans lequel se situe l'établissement de rattachement de l'unité pour malades difficiles qui reçoit le patient. L'information du patient concernant la décision mentionnée à l'alinéa précédent est mise en œuvre conformément aux dispositions de l'article L. 3211-3. III.-Le préfet prend sa décision au vu d'un dossier médical et administratif comprenant notamment : 1° Un certificat médical détaillé, établi par le psychiatre de l'établissement demandant l'admission, précisant les motifs de la demande d'hospitalisation dans l'unité pour malades difficiles, ainsi que, le cas échéant, les expertises psychiatriques dont le patient a fait l'objet ; 2° L'accord d'un psychiatre de l'unité pour malades difficiles ; 3° Le cas échéant, l'indication des mesures de protection des biens du patient qui seront prises. IV.-En cas de désaccord du psychiatre responsable de l'unité pour malades difficiles, le préfet du département où se trouve l'établissement dans lequel est hospitalisé le patient ou, à Paris, le préfet de police, peut saisir la commission du suivi médical prévue à l'article R. 3222-4, qui statue sur l'admission dans les plus brefs délais. V.-L'établissement de santé dans lequel était hospitalisé le patient ayant fait l'objet de la demande d'admission dans l'unité pour malades difficiles organise, à la sortie du patient de l'unité, les conditions de la poursuite des soins sans consentement lorsqu'elle est décidée conformément à l'article R. 3222-6, que les soins soient dispensés en son sein ou dans un autre établissement de santé en cas de nécessité. »

¹⁴⁷⁵ Ancien article D. 398 du code de procédure pénale : « Les détenus atteints des troubles mentaux visés à l'article L. 3214-3 du code de la santé publique ne peuvent être maintenus dans un établissement pénitentiaire. Au vu d'un certificat médical circonstancié et conformément à la législation en vigueur, il appartient à l'autorité préfectorale de faire procéder, dans les meilleurs délais, à leur hospitalisation d'office dans un établissement de santé habilité au titre de l'article L. 3214-1 du code de la santé publique. Il n'est pas fait application, à leur égard, de la règle posée au second alinéa de l'article D. 394 concernant leur garde par un personnel de police ou de gendarmerie pendant leur hospitalisation. »

l'établissement de santé où il est actuellement hospitalisé. L'admission en UMD est décidée par arrêté du préfet du département ou du préfet de police à Paris. L'arrêté détermine le lieu d'hospitalisation en considérant les intérêts personnels et familiaux du patient. Une copie de l'arrêté est transmise au préfet du département où est situé l'établissement de rattachement de l'UMD. La décision du préfet est basée sur un dossier médical et administratif comprenant un certificat médical détaillé, l'accord d'un psychiatre de l'UMD, et d'autres éléments nécessaires.

707. En cas de désaccord du psychiatre de l'UMD, la commission de suivi médical peut être saisie. et statue rapidement sur l'admission. Après l'admission, l'établissement de santé d'origine organise les conditions de la poursuite des soins sans consentement après la sortie du patient de l'UMD, conformément à l'article R. 3222-6, que les soins soient dispensés en son sein ou dans un autre établissement de santé en cas de nécessité.

708. Enfin, l'article R. 3222-3 du CSP¹⁴⁷⁶ précise les conditions d'accompagnement du patient pendant le transport vers et depuis l'UMD.

2. Suivi et fin de l'hospitalisation en UMD : une procédure tout aussi encadrée

709. Bien que les UMD partagent des principes et des objectifs thérapeutiques communs, leurs modalités de suivi et de traitement varient en raison des pratiques spécifiques à chacune d'entre elles. Le préfet, chargé du suivi des patients en UMD, bénéficie des éclairages de la commission du suivi médical (CSM). Selon l'article R. 3222-4 du CSP¹⁴⁷⁷, la composition de la CSM est définie, et l'article R. 3222-5 énonce ses missions. La commission de suivi médical a la possibilité d'examiner la situation d'un patient hospitalisé dans l'unité pour malades difficiles de son département d'implantation à tout moment. Elle procède à l'examen du dossier de chaque patient hospitalisé dans l'unité au moins tous les six mois et partage les conclusions de ces examens avec la commission départementale des soins psychiatriques. En outre, la commission peut être saisie par différents intervenants : la personne hospitalisée dans l'unité, sa famille, son représentant légal ou ses proches, le procureur de la République compétent du lieu d'origine ou d'accueil, le préfet du département d'origine ou d'accueil, ou à Paris, par le préfet de police, le psychiatre de l'unité, le médecin généraliste ou le psychiatre du secteur privé traitant le patient, le psychiatre de l'établissement de santé où le patient est pris en charge, le

¹⁴⁷⁶ Article R. 3222-3 du CSP : « L'accompagnement du patient au cours de son transport est effectué à l'aller par le personnel de l'établissement ayant demandé l'admission en unité pour malades difficiles et au retour par le personnel de l'établissement accueillant le patient sortant d'unité pour malades difficiles. »

¹⁴⁷⁷ Article R. 3222-4 du CSP : « Dans chaque département d'implantation d'une unité pour malades difficiles, il est créé une commission du suivi médical, composée de quatre membres nommés par le directeur général de l'agence régionale de santé : 1° Un médecin représentant l'agence régionale de santé ; 2° Trois psychiatres hospitaliers n'exerçant pas leur activité dans l'unité pour malades difficiles. Les membres de la commission mentionnés au 2° sont désignés pour un mandat de trois ans renouvelables. Des suppléants sont désignés dans les mêmes conditions. La commission élit son président en son sein. Il a voix prépondérante en cas de partage égal des voix. »

directeur de l'établissement où est implantée l'unité, le directeur de l'établissement de santé où le patient était initialement pris en charge.

710. Concernant la sortie du patient, l'article R. 3222-6 du CSP¹⁴⁷⁸ dispose qu'elle est soumise à un avis de la CSM et est décidée par le préfet du département d'implantation de l'unité sur saisine de la CSM. Ainsi, le préfet du département d'implantation de l'unité est l'autorité exclusive habilitée à ordonner la sortie de l'unité. Il existe deux formes de sorties : la levée de la mesure des soins sans consentement ou la sortie par transfèrement en soins psychiatriques sans consentement, généralement dans le service de secteur d'origine.

711. En ce qui concerne la compétence du JLD, la Cour d'Appel de Bordeaux a rappelé dans une ordonnance du 12 mai 2021¹⁴⁷⁹ que le JLD ne peut statuer que sur les prolongations/mainlevées de la mesure d'hospitalisation sous contrainte, ainsi que sur les décisions concernant l'isolement et la contention. La sortie d'une UMD relève de la compétence exclusive du préfet¹⁴⁸⁰. Bien que la CSM ne soit pas une juridiction, elle n'a pas le pouvoir d'ordonner au service de secteur d'origine le retour d'un patient dont l'état ne justifie plus son maintien en UMD. Ainsi, bien que le Conseil d'État, par un arrêt du 17 mars 2017¹⁴⁸¹, ait reconnu le droit des personnes admises en UMD d'être assistées par un avocat lors des séances de la CSM traitant de la sortie ou du maintien des patients, les avocats ne peuvent que veiller à ce que la CSM respecte le principe du contradictoire lors de ses séances. Cependant, la possibilité de judiciariser les admissions et les sorties d'UMD a été renforcée par une décision du Tribunal des Conflits du 3 juillet 2023¹⁴⁸². Cette décision, dans le cadre du dossier de Romain Dupuy, a établi que l'ordre judiciaire est compétent pour connaître des demandes de transfert d'une unité pour malades difficiles vers une unité classique d'un établissement psychiatrique. Ainsi, les demandes de sortie d'UMD avec transfert en établissement classique peuvent

¹⁴⁷⁸ Article R. 3222-6 du CSP : « Lorsque la commission du suivi médical prévue à l'article R. 3222-4, saisie le cas échéant par le psychiatre responsable de l'unité pour malades difficiles, constate que les conditions mentionnées à l'article R. 3222-1 ne sont plus remplies, elle saisit le préfet du département d'implantation de l'unité ou, à Paris, le préfet de police, qui prononce, par arrêté, la sortie du patient de l'unité pour malades difficiles et informe de sa décision le préfet ayant pris l'arrêté initial d'admission dans cette unité ainsi que l'établissement de santé qui avait demandé l'admission du patient. La sortie peut être décidée sous forme : 1° D'une levée de la mesure de soins sans consentement ; ou 2° De la poursuite des soins sans consentement soit dans l'établissement de santé où le patient se trouvait lors de la décision d'admission en unité pour malades difficiles, soit dans un autre établissement de santé mentionné à l'article L. 3222-1. L'établissement de santé qui a demandé l'admission du patient organise la poursuite des soins en son sein ou dans un autre établissement de santé en cas de nécessité. L'établissement désigné par l'arrêté préfectoral accueille le patient dans un délai maximal de vingt jours. Lorsque le préfet prononce, sous la forme prévue au 1°, la sortie de l'unité pour malades difficiles d'une personne détenue, le retour de cette dernière en détention ou en unité hospitalière spécialement aménagée est organisé à bref délai dans les conditions prévues par le chapitre IV du titre Ier du présent livre. »

¹⁴⁷⁹ CA Bordeaux, 12 mai 2021, no 21/00649.

¹⁴⁸⁰ Article R. 3222-6 du CSP.

¹⁴⁸¹ Conseil d'État, 1ère - 6ème chambres réunies, 17/03/2017, 397774, Inédit au recueil Lebon.

¹⁴⁸² Tribunal des Conflits, 03/07/2023, C4279, Publié au recueil Lebon.

désormais être examinées par le juge des libertés et de la détention, éliminant ainsi l'argument de l'incompétence souvent avancé.

712. Le maintien de patients en UMD malgré des arrêtés préfectoraux exécutoires génère parfois des préjudices, comme souligné par le CGLPL. L'impact sur le droit au respect de leur vie familiale est notamment questionné, car les UMD sont fréquemment éloignées des lieux de domicile ou de résidence des familles, entraînant des frais considérables lors des visites. Le CGLPL met également en lumière le fait que la prolongation du séjour en UMD peut compromettre les perspectives de réinsertion dans des conditions de vie et de soins normales. Ces premiers constats ouvrent la voie d'une critique appuyée à l'encontre des UMD.

B. Une hypersécurité étouffant la liberté d'aller et venir du patient

713. De nombreux observateurs, notamment dans le domaine de la psychiatrie, critiquent le caractère axé sur la sécurité des mesures visant à créer un grand nombre d'UMD en 2008¹⁴⁸³. Ces critiques émergent à la fois en raison de l'accent mis sur le risque de violence comme élément prédominant dans la compréhension des troubles mentaux et de la préférence accordée à l'incarcération comme réponse à ce risque. Ces mesures témoigneraient de la propagation d'un contrôle social à travers le concept de « retour à l'ordre »¹⁴⁸⁴, un phénomène également observé dans le domaine pénal, aligné sur ce que l'on qualifie dans le contexte anglo-saxon de « nouvelle culture du contrôle »¹⁴⁸⁵. Les UMD, qui accueillent des patients en raison de leur dangerosité et offrent une approche sécurisée principalement basée sur la privation de liberté, sont donc particulièrement vulnérables à ce type de reproche. Elles contribueraient ainsi à orienter la psychiatrie vers un mandat de gestion des risques, où elles représenteraient la composante axée sur la sécurité. Cependant cette composante sécuritaire a entraîné des dérives impactant directement la liberté d'aller et venir des patients (1) induisant une critique justifiée de ces services ultra-sécuritaires (2).

1. Des abus constatés quant au maintien des patients en UMD : une atteinte disproportionnée à la liberté d'aller et venir du patient

714. Prenons l'exemple de Claude Baudoin, patient dont le cas extrême d'internement avait été relaté dans la presse en 2005¹⁴⁸⁶. M. Baudoin, âgé de 60 ans, a une histoire marquée par dix-

¹⁴⁸³ Discours d'Antony du Président Sarkozy en 2008 : Cf Chapitre 1 du présent Titre

¹⁴⁸⁴ L. MUCCHIELLI, *La Frénésie sécuritaire. Retour à l'ordre et nouveau contrôle social*, Paris : La Découverte, 2008.

¹⁴⁸⁵ D. GARLAND, « The Culture of Control: Crime and Social Order in Contemporary Society », Chicago (Ill.): *The University of Chicago Press*, 2001

¹⁴⁸⁶ C. COURTOIS, « Interné depuis 34 ans, Claude Baudoin n'a goûté qu'une journée de liberté. L'histoire de Claude Baudoin, 60 ans, est étonnante jusque dans ses plus récents rebondissements. », *Le Monde*, 07/07/2005

huit ans de passage d'hôpitaux psychiatriques aux UMD, notamment à Cadillac (Gironde), où il est hospitalisé d'office depuis 1998. Ayant purgé une peine de réclusion pour un crime passionnel en 1970, il conteste son étiquette de malade mental et dénonce un internement abusif, soutenu par le Groupe information asiles et son mandataire à la Cour européenne des droits de l'homme, Philippe Bernardet. Malgré les procédures judiciaires engagées en vue de sa libération, la situation de M. Baudoin avait évolué à la suite d'avis favorables d'experts psychiatriques : un JLD à Bordeaux avait estimé le 30 juin 2005 qu'il n'était pas dangereux pour autrui. Les experts reconnaissaient des traits de personnalité paranoïde, mais jugeaient qu'il n'avait pas de tendance à des actes agressifs répétitifs. Le juge a ordonné la sortie immédiate de M. Baudoin, soulignant la nécessité de justifier solidement tout renouvellement de l'hospitalisation d'office, en mettant en avant des arguments autres qu'historiques, tout en pointant l'irrégularité de la dernière reconduction de la mesure. Le 1er juillet suivant, M. Baudoin quitta l'UMD de Cadillac, muni d'un billet de train pour Bordeaux, sans que des mesures de suivi et d'accompagnement thérapeutiques aient été mises en place par les institutions administratives et médicales. Sa période de liberté fut toutefois brève. Peu avant minuit, en cherchant un hôtel, il se rendit au poste de police de la gare pour demander conseil. Après vérification de son identité, les policiers le conduisirent au commissariat central, avant de le renvoyer dans la nuit à Cadillac ! M. Baudoin était dans l'ignorance du trouble causé par sa sortie au parquet de Bordeaux et à la préfecture de la Gironde. Durant toute la journée du 1er juillet, les magistrats cherchèrent une solution. À 22 heures, dans le cadre d'une procédure de référé, la cour d'appel ordonna l'arrêt de l'exécution provisoire de la sortie. Cette décision se basa sur une interprétation différente du rapport d'experts et sur l'analyse des arrêtés préfectoraux. Les experts exprimèrent la crainte "*que la disparition de l'étayage que représente -le- combat -de M. Baudoin- contre l'hospitalisation d'office le laisse démuné sur le plan personnel et social et le pousse paradoxalement aux passages à l'acte*". Jacques Defos du Rau, l'avocat général près la cour d'appel, admis qu'il a prôné la "*prudence, surtout que M. Baudoin rend les choses difficiles car il a toujours dit qu'il refuserait des soins une fois sorti*". "*Si un pépin était arrivé, on aurait, une nouvelle fois, critiqué l'administration et la justice*", ajouta le magistrat¹⁴⁸⁷. Cet épisode avait mis en évidence la logique hypersécuritaire entourant déjà les UMD, et les dérives potentielles pouvant s'y produire. D'autres abus furent constatés par la suite.

715. En effet, dans un avis rendu public au Journal Officiel en 2013¹⁴⁸⁸, le CGLPL tire la sonnette d'alarme concernant les « maintiens injustifiés » de patients dans les UMD, attribuables à des procédures de sortie non appliquées malgré leur clarté dans le code de santé publique. Malgré la présence de dispositions explicites dans le code de santé publique, Jean-Marie

¹⁴⁸⁷ *Op. cit.*, article du 07/07/2005, dans *Le Monde*

¹⁴⁸⁸ Avis du 17 janvier 2013 relatif aux séjours injustifiés en unités pour malades difficiles, JORF n°0030 du 5 février 2013

Delarue, le CGLPL, avait observé lors de ses visites en UMD et à travers des saisines écrites que des patients étaient maintenus en UMD, contredisant l'avis, voire les avis successifs, de la commission du suivi médical, et ce, en dépit de l'arrêté du préfet du département d'implantation de l'unité ordonnant la sortie du patient de l'UMD et son retour à l'établissement de santé initial. Ces maintiens injustifiés en UMD, parfois prolongés, constituent une violation des droits fondamentaux des patients, souligne le contrôleur. Bien que ces patients soient souvent placés dans une unité préparant à la sortie, avec des mesures de sûreté atténuées, il reste que leur état de santé psychiatrique ne justifie plus la mise en œuvre de mesures de sûreté et de surveillance spécifique de type UMD. De plus, prolonger indûment un séjour particulièrement contraignant compromet les perspectives de réinsertion réussie de la personne dans des conditions de vie et de soins aussi normales que possible. En outre, ces maintiens en UMD sans justification médicale sont d'autant plus perplexes que d'autres patients réellement dangereux restent hospitalisés en service ordinaire de psychiatrie générale. Selon le CGLPL, ces blocages s'expliquent principalement par une méconnaissance des dispositions du code de la santé publique régissant ces sorties. Dans certains cas, il a été constaté que l'établissement d'origine du patient refuse catégoriquement de réadmettre le patient, souvent en raison d'actes de violence perpétrés contre le personnel ou d'autres patients. Il peut également arriver que l'établissement d'origine estime avoir rempli son engagement en acceptant d'admettre un patient sortant de l'UMD en échange d'un de ses propres patients dans cette unité, conformément à un accord avec le préfet du département, résume le CGLPL¹⁴⁸⁹.

716. Pour le Contrôleur général des lieux de privation de liberté (CGLPL), le refus de réadmission dans l'établissement d'origine équivaut à négliger les avantages de la prise en charge thérapeutique au sein de l'UMD, remettant ainsi en question la pertinence de l'avis émis par la commission de suivi médical¹⁴⁹⁰. Le contrôleur souligne également la complexité de situations particulières qui rendent difficile la détermination de l'établissement d'origine devant accueillir le patient après sa sortie de l'UMD. Le CGLPL souligne qu'actuellement, aucun texte en vigueur ne permet de résoudre ces difficultés, engendrant de véritables négociations entre

¹⁴⁸⁹ « Psychiatrie : trop de patients abusivement maintenus en UMD », *Le Quotidien du Médecin*, 06/02/2013, <https://www.lequotidiendumedecin.fr/actus-medicales/sante-publique/psychiatrie-trop-de-patients-abusivement-maintenus-en-umd>

¹⁴⁹⁰ Article R.3222-5 du CSP : « La commission du suivi médical peut se saisir à tout moment de la situation d'un patient hospitalisé dans l'unité pour malades difficiles de son département d'implantation. Elle examine au moins tous les six mois le dossier de chaque patient hospitalisé dans l'unité. Elle informe la commission départementale des soins psychiatriques des conclusions des examens auxquels elle procède. Elle peut, en outre, être saisie : 1° Par la personne hospitalisée dans l'unité, sa famille, son représentant légal si elle est mineure, la personne chargée à son égard de la mesure de protection juridique relative à la personne si elle fait l'objet d'une telle mesure ou ses proches ; 2° Par le procureur de la République compétent du lieu d'origine ou d'accueil ; 3° Par le préfet du département d'origine ou d'accueil ou, à Paris, par le préfet de police ; 4° Par le psychiatre responsable de l'unité ; 5° Par le médecin généraliste ou le psychiatre exerçant dans le secteur privé traitant le patient ; 6° Par le psychiatre de l'établissement de santé dans lequel le patient était initialement pris en charge ; 7° Par le directeur de l'établissement où est implantée l'unité ; 8° Par le directeur de l'établissement de santé dans lequel le patient était initialement pris en charge. »

les responsables des UMD et les agences régionales de santé pour trouver l'établissement approprié prêt à accueillir le patient. Pour remédier à cette situation, le CGLPL propose de définir une procédure permettant aux ARS, aux directions d'UMD et aux patients de gagner du temps. Il recommande également aux pouvoirs publics de rédiger une circulaire afin de rappeler aux acteurs concernés la législation en vigueur.

717. Ces enfermements abusifs constatés particulièrement après la réforme de la prise en charge psychiatrique¹⁴⁹¹, initiée en 2008 par le Président Nicolas Sarkozy, ayant conduit notamment à la multiplication du nombre d'UMD en France, mettent en évidence la difficile mise en balance des principes de sécurité publique et de liberté d'aller et venir du patient. Les UMD, sont un exemple particulièrement marquant de cadre hospitalier censé traiter des patients et non garder des détenus : une frontière qui s'avère peu nette dans les faits.

2. Critique de fond des UMD : un modèle convaincant ?

718. L'agencement architectural des UMD et la disposition de leurs locaux obéissent à des normes de sécurité qui leur confèrent une apparence plus carcérale qu'hospitalière. L'UMD de l'hôpital du Vinatier à Lyon, par exemple, se situent à l'intérieur du parc, entourées d'une enceinte composée de hauts murs en pierre coiffés de grillages anti-évasion. À l'intérieur des pavillons, l'aménagement spatial assure que tous les patients restent constamment sous la surveillance des professionnels. Chaque espace au sein de l'unité est cloisonné par des portes verrouillées, garantissant un contrôle strict des déplacements des patients. Le mobilier des chambres est fixé au sol pour minimiser les risques d'utilisation comme arme, de même que les couverts qui sont comptés avant et après les repas. Le droit de communication avec l'extérieur, y compris la famille, et le droit de recevoir des visites sont soumis à l'approbation du psychiatre traitant, nécessitant également l'obtention d'une autorisation spéciale. Les visites s'effectuent dans une salle dédiée et sont surveillées par un professionnel de santé¹⁴⁹². La liberté d'aller et venir est donc clairement impactée dans ce cadre particulier de soins.

¹⁴⁹¹ Déclaration de M. Nicolas Sarkozy, Président de la République, sur la réforme de l'hôpital psychiatrique, notamment la prise en charge des patients à risque, à Antony le 2 décembre 2008, <https://www.elysee.fr/nicolas-sarkozy/2008/12/02/declaration-de-m-nicolas-sarkozy-president-de-la-republique-sur-la-reforme-de-lhopital-psychiatrique-notamment-la-prise-en-charge-des-patients-a-risque-a-antony-le-2-decembre-2008> ; Plan psychiatrie et santé mentale, 2011-2015, Ministère chargé de la santé et des solidarités, https://www.cnsa.fr/documentation/plan_psychiatrie_et_sante_mentale_2011-2015.pdf ; 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, JORF n°0155 du 6 juillet 2011

¹⁴⁹² L. VELPRY, « « Moderniser » l'enfermement en psychiatrie ? Le cas des unités pour malades difficiles », *Sociétés contemporaines*, 2016/3 (N° 103), p. 65-90. DOI : 10.3917/soco.103.0065. URL : <https://www.cairn.info/revue-societes-contemporaines-2016-3-page-65.htm>

719. L'ensemble de ces directives accorde une importance prépondérante à la mission de sécurité dans la gestion quotidienne de l'unité. Les équipes soignantes assument ainsi explicitement un rôle de contrôle et de maintien de l'ordre. Jusqu'à récemment, cet impératif de sécurité justifiait que les équipes soignantes soient exclusivement composées d'hommes, un argument souvent invoqué par les infirmiers et les psychiatres pour expliquer la restriction du nombre de femmes, et qui continue d'être largement utilisé aujourd'hui. Les règlements qui régissent le quotidien en UMD sont hautement structurés et cherchent à réguler de manière exhaustive le temps et les déplacements des patients. La routine quotidienne est rigoureusement définie¹⁴⁹³.

720. L'existence de règles régissant la vie en communauté à l'hôpital et leur application par l'équipe soignante sont des caractéristiques communes à tous les services hospitaliers¹⁴⁹⁴, et les règles énoncées par cette psychiatre sont conventionnelles dans les services de psychiatrie. Ce qui distingue la routine de l'UMD n'est pas tant les règles qu'elle énonce que leur étendue, puisqu'elles englobent tous les aspects de la vie quotidienne et chaque moment de la journée. En garantissant un contrôle total sur le quotidien des patients, elle permet une surveillance constante, impliquant toujours plusieurs soignants. Dans ce contexte, tout écart est rapidement identifié et « *en UMD, un passage à l'acte, c'est l'isolement* »¹⁴⁹⁵. En effet, outre leur étendue, les règles de vie à l'UMD se démarquent par leur rigidité, s'imposant de manière stricte à tous, que ce soient les patients ou les professionnels. Tout manquement à la règle ou toute résistance entraîne une augmentation immédiate du niveau de contrainte et de contrôle. L'utilisation fréquente de la chambre d'isolement et de la contention physique constitue ainsi des réponses habituelles à une variété de comportements jugés déviants. Ces comportements peuvent inclure des insultes envers un patient ou un soignant, des agressions physiques, mais également des infractions plus légères telles que ne pas respecter l'ordre pour prendre son traitement lors de l'appel, ou encore voler des cigarettes à un patient.

721. Dans le cadre des unités d'hospitalisation classiques, les équipes soignantes font souvent référence aux règles régissant le traitement et la vie quotidienne dans l'unité sous le terme de « cadre de soin », désignant ainsi « *l'ensemble des mesures thérapeutiques appliquées à un individu en fonction de son état clinique* »¹⁴⁹⁶. Bien que le terme puisse parfois être utilisé pour

¹⁴⁹³ Interview de deux infirmiers à l'Hôpital du Vinatier, à Lyon : Sophie DELANNE (service ouvert) et Christian VAYSSE (UMD) : cf Annexes 32 et 36

¹⁴⁹⁴ N. DODIER, A. CAMUS, « L'admission des malades. Histoire et pragmatique de l'accueil à l'hôpital », *Annales. Histoire, sciences sociales*, 52 (4), 1997.

¹⁴⁹⁵ Op. cit. entretien de Christian VAYSSE, cf Annexe 35

¹⁴⁹⁶ F. MOUGEOT, « La Clinique en pratiques : usages de la contrainte dans le travail infirmier en psychiatrie », séminaire du collectif Contrast, Paris Descartes, 07/2014.

naviguer entre la discipline et l'outil thérapeutique¹⁴⁹⁷, notamment lorsqu'il s'agit de réaffirmer le cadre, les règles sont généralement négociées pour chaque patient et évoluent au fil de la prise en charge. Cependant, dans les UMD étudiées, l'ampleur et la rigidité des règles de fonctionnement compliquent l'utilisation du cadre en tant qu'outil thérapeutique, tel qu'il est entendu dans les unités ordinaires. Ainsi, le travail des soignants au sein des UMD se distingue nettement des valeurs actuellement promues dans la prise en charge psychiatrique. Ces valeurs incluent l'idéal d'une relation de confiance entre le patient et les professionnels, visant à négocier une gestion acceptable des troubles mentaux, ainsi que la logique émancipatrice favorisant l'accès à l'autonomie, qui s'exprime à travers l'aménagement du cadre de soin¹⁴⁹⁸. De manière plus marquée, le travail au sein des UMD réintègre l'enfermement dans la sphère du soin. L'utilisation de l'enfermement en psychiatrie persiste voire s'accroît, comme en témoignent la création d'unités fermées au sein d'un nombre croissant d'hôpitaux¹⁴⁹⁹ et l'ouverture de deux cents nouvelles chambres d'isolement depuis 2008 dans les unités d'hospitalisation ordinaires. De plus, il est soumis à une régulation éthique et juridique renforcée.

722. Finalement, si la solution apportée par l'UMD n'est que partiellement satisfaisante, il existe un autre encadrement mêlant prise en charge des maladie mentale et respect du cadre carcéral : les Unités Hospitalières Spécialement Aménagées.

Paragraphe 3. Unités Hospitalières Spécialement Aménagées : l'hôpital psychiatrique en milieu carcéral

723. Face à la complexité de gérer les troubles mentaux en milieu carcéral, la France a développé le modèle des Unités Hospitalières Spécialement Aménagées (UHSA). Initié par la loi d'orientation et de programmation pour la justice de 2002¹⁵⁰⁰, ce modèle vise à offrir une prise en charge psychiatrique adéquate aux personnes incarcérées, en conciliant soins de santé mentale et impératifs de sécurité. Les UHSA représentent une réponse institutionnelle à la redéfinition des besoins de soins psychiatriques pour les détenus, avec la création d'espaces dédiés au sein même des enceintes pénitentiaires. Ce dispositif, prévoyant à la fois des admissions volontaires et contraintes, s'inscrit dans un cadre juridique spécifique visant à garantir à la fois le respect des droits des patients et les exigences de sécurité publique (A).

¹⁴⁹⁷ D. MOREAU, « Contraindre pour soigner ? Le care à l'épreuve de la contrainte dans un service d'hospitalisation psychiatrique », in C. CRIGNON et M. GAILLE, *Qu'est-ce qu'un bon patient ? Qu'est-ce qu'un bon médecin*, Paris : Éd. Seli Arslan. Année ? au-delà, il faut revoir la manière de citer les références !!!!

¹⁴⁹⁸ L. VELPRY, *Le Quotidien de la psychiatrie. Sociologie de la maladie mentale*, Paris, ed Armand Colin, 2008.

¹⁴⁹⁹ P. LE BIHAN, M. BENAZZOZ, E. FLORIS, H. GERARD, « L'unité psychiatrique intersectorielle départementale : l'expérience d'une unité de soins contenant en Gironde », *L'information psychiatrique*, 81 (3), 2005

¹⁵⁰⁰ Loi n° 2002-1138 du 9 septembre 2002 d'orientation et de programmation pour la justice, JORF du 10 septembre 2002

Pourtant, malgré ces intentions louables, l'UHSA suscite de vives critiques et soulève des questions fondamentales sur son efficacité et ses orientations éthiques. D'une part, l'existence même des UHSA, souvent perçues comme des "hôpitaux-prisons", alimente le débat sur l'hybridation des espaces de soin et de détention, et sur la prédominance de la logique sécuritaire dans la prise en charge psychiatrique des détenus. D'autre part, le dispositif soulève des interrogations quant à son impact sur les droits fondamentaux des patients, notamment en ce qui concerne la liberté d'aller et venir et le consentement aux soins. En outre, l'approche adoptée par les UHSA, centrée sur la sécurité, est critiquée pour sa potentielle contribution à une orientation punitive de la psychiatrie carcérale, remettant en question les principes mêmes de la prise en charge sanitaire des personnes détenues (B).

A. De sa création à son fonctionnement : un cheminement complexe

724. La loi d'orientation et de programmation pour la justice n° 2002-1138 du 9 septembre 2002¹⁵⁰¹ a apporté des modifications aux modalités d'hospitalisation psychiatrique des personnes détenues, entraînant une redéfinition globale de leur prise en charge psychiatrique. Ce dispositif intègre une unité sanitaire dans une enceinte pénitentiaire, comme en dispose l'article L. 3214-1 du CSP¹⁵⁰². L'article 48 de cette loi prévoit la création d'UHSA en psychiatrie, destinées à accueillir toutes les hospitalisations pour troubles mentaux des personnes incarcérées, qu'elles soient consentantes ou non. Une première phase de développement de 440 lits d'hospitalisation a été initiée et devrait produire ses effets en 2009, avec des implantations à Lyon (60 places) et à Nancy (40 places). Cette initiative sera étendue en 2010 par une seconde phase ajoutant 265 lits supplémentaires, portant ainsi le nombre total d'UHSA à 17 (14 en métropole et 3 en outre-mer).

725. Deux modalités d'admission sont prévues : l'admission volontaire avec le consentement de la personne détenue et l'admission contrainte par une décision préfectorale de SPDRE. Cette dernière modalité, si elle se prolonge au-delà de treize jours, est soumise à l'examen de la décision préfectorale par le juge des libertés et de la détention. L'article L. 3214-3 du CSP¹⁵⁰³ détaille la procédure préfectorale pour l'admission contrainte, indiquant que le préfet peut prononcer l'admission en soins psychiatriques, sous forme d'hospitalisation complète, au vu d'un certificat médical circonstancié lorsque les troubles mentaux rendent impossible le consentement de la personne détenue et représentent un danger pour elle-même ou autrui. Les arrêtés préfectoraux sont motivés et précisent les circonstances rendant la mesure nécessaire.

¹⁵⁰¹ Ibid : Loi n° 2002-1138 du 9 septembre 2002 d'orientation et de programmation pour la justice, JORF du 10 septembre 2002

¹⁵⁰² Article L.3214-1 du CSP

¹⁵⁰³ Article L. 3214-3 du CSP

726. Le cadre juridique des UHSA est complété par des dispositions réglementaires, regroupées dans les articles R. 3214-1¹⁵⁰⁴ à R. 3214-23 du CSP. Ces articles abordent l'organisation territoriale des UHSA, la procédure d'admission et leur organisation interne, ainsi que les aspects liés au transport et à l'escorte des détenus. Notons que, tant que le nombre d'UHSA reste insuffisant, l'hospitalisation des personnes détenues atteintes de troubles mentaux se fait provisoirement dans des services médico-psychologiques régionaux ou des établissements de santé habilités, conformément à l'article 48-II de la loi de 2002¹⁵⁰⁵. Cependant, des pratiques discriminatoires subsistent, telles que la mise à l'isolement quasi-systématique des détenus hospitalisés, malgré les dispositions légales interdisant toute discrimination en raison de la détention. Ces pratiques peuvent donner lieu à des décisions judiciaires de mainlevée, soulignant les questions liées aux droits des détenus dans les établissements de santé habilités. Dans ce contexte, alors que les détenus sont expressément protégés contre toute discrimination en vertu de l'article R. 4127-7 du CSP¹⁵⁰⁶, des mesures jugées discriminatoires persistent dans les services de psychiatrie au sein des établissements de santé. Ces mesures, qualifiées de « précautions discriminantes », incluent notamment la mise à l'isolement quasi-systématique des détenus hospitalisés. Les préfets justifient souvent cette pratique en considérant que l'hospitalisation d'une personne détenue en psychiatrie, en dehors d'une UHSA, nécessite la mise en place de mesures restrictives telles qu'une chambre de sûreté ou toute autre mesure d'isolement particulièrement stricte. Une ordonnance de mainlevée rendue par le JLD du Tribunal de Grande Instance de Versailles du 10 août 2017¹⁵⁰⁷ a mis en lumière l'irrégularité de telles pratiques. Dans cette affaire, le patient avait été maintenu à l'isolement pendant cinq jours sans qu'aucune décision médicale ne le justifie ; les documents soumis au juge indiquaient par ailleurs que le patient était calme et non agressif. Le JLD a conclu à une violation des droits du patient et a ordonné la levée de cette mesure.¹⁵⁰⁸ En plus des pratiques d'isolement, il convient de souligner la suspension des droits des détenus qui est mise en œuvre dans les établissements pénitentiaires. Ces droits, définis par des textes législatifs et réglementaires, ne peuvent être appliqués dans les « établissements de santé habilités »¹⁵⁰⁹.

727. Malgré ces tentatives de réponses aux problématiques de conciliation d'une prise en charge psychiatrique garantissant également la sécurité publique face une dangerosité potentielle de patients délinquants ou criminels, il apparaît que ce modèle est encore très contesté.

¹⁵⁰⁴ Article R. 3214-1 du CSP

¹⁵⁰⁵ Loi n° 2002-2 du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale, JORF du 3 janvier 2002

¹⁵⁰⁶ Article R.4127-7 du CSP

¹⁵⁰⁷ TGI de Versailles, 10 août 2017, n°17/021262

¹⁵⁰⁸ J-M. PANFILI, « Le juge, l'avocat et les soins psychiatriques sans consentement depuis 2011 », 09/09/2020, Mémoire CRFPA, Université Toulouse 1 Capitole

¹⁵⁰⁹ Ibid., p.36

B. L'UHSA : constat d'un échec partiel conduisant à réinterroger ce modèle français de prise en charge psychiatrique

728. En mai 2010, la première Unité Hospitalière Spécialement Aménagée (UHSA) voit le jour à l'hôpital du Vinatier, à Lyon-Bron, suivi de l'ajout de huit autres unités au cours des quatre années subséquentes¹⁵¹⁰. Ces unités psychiatriques sécurisées, d'un genre nouveau, ont pour vocation d'accueillir les détenus nécessitant des soins en santé mentale. Bien que situées au sein de l'hôpital, elles sont entourées d'un mur d'enceinte pénitentiaire, créant ainsi une synergie inédite entre deux institutions historiquement opposées : la prison et l'hôpital psychiatrique. Certains détracteurs, affublant ces unités du surnom d'« hôpital-prison » dans la presse des années 2000, dénoncent cette hybridation. Des acteurs de la société civile, des professionnels de la psychiatrie, ainsi que des psychiatres responsables de ces unités et des représentants de l'Association des Secteurs de Psychiatrie en Milieu Pénitentiaire¹⁵¹¹, expriment vivement leur critique envers ces structures de soins qui, selon eux, mettent la sécurité au premier plan, contribuant ainsi à une orientation punitive¹⁵¹². En réponse, les autorités publiques et plusieurs psychiatres soulignent leur vocation sanitaire, les présentant comme un outil essentiel pour améliorer l'accès aux soins en prison, une préoccupation qui a suscité l'indignation du public au fil des dernières décennies en raison de la perception croissante de problèmes de santé mentale chez un nombre croissant de personnes détenues. Les débats, oscillant entre la dénonciation du caractère « sécuritaire » et la justification humanitaire, suscitent des interrogations sur les motivations de l'incarcération : est-elle punitive, thérapeutique ou destinée à assurer la protection de la société ? Comment expliquer l'intensité de la contestation et la polarisation des positions autour de la perspective d'hybridation, oscillant entre la critique du caractère « sécuritaire » et la justification humanitaire ? (1) Dans un contexte initialement hostile, comment ces unités ont-elles réussi à s'imposer de manière aussi prédominante ? La forme d'hybridation résultante est-elle réellement bien menée (2), notamment sur le plan éthique (3) ?

¹⁵¹⁰ Arrêté du 20 juillet 2010 qui fixe une première tranche de neuf UHSA : CH Gérard Marchand à Toulouse, Centre Psycho-thérapeutique de Nancy Laxou, CH Paul Guiraud à Villejuif, CH Georges Daumezon à Fleury-Les-Aubray, CH Guillaume Régnier à Rennes, CH Seclin à Seclin, CH Édouard Toulouse à Marseille, CHS de Cadillac.

¹⁵¹¹ DAVID M., PAULET C., LAURENCIN. G., 2012, « Psychiatrie en milieu pénitentiaire : la loi de 1994 pourrait-elle être remise en cause par l'essor de la préoccupation sécuritaire et de l'évaluation de la dangerosité ? », *L'information psychiatrique*, 88, 8, 605-15.

¹⁵¹² J. BERARD, G. CHANTRAINE, *80 000 détenus en 2017 ? Réforme et dérive de l'institution pénitentiaire*, Éd. Amsterdam, Paris, 2008 ; P. PAILLÉ, A. MUCCHIELLI, « L'analyse qualitative en sciences humaines et sociales », *Armand Colin*, « Collection U », 2016, ISBN : 9782200614706. DOI : 10.3917/arco.paill.2016.01. URL : <https://www.cairn.info/analyse-qualitative-en-sciences-humaines-et-social--9782200614706.htm> ; L. WACQUANT, « La tentation pénale en Europe », *Actes de la recherche en sciences sociales*, vol. 128, 1998.

1. Distinguer sécurité carcérale et sécurité dans la prise en charge psychiatrique : un problème de fond

729. La principale problématique réside dans le dilemme entre responsabilité et irresponsabilité, créant une zone d'incertitude où les individus, bien que ne relevant pas formellement de la démence au moment de l'acte, peuvent voir altérée leur volonté et leur capacité à se maîtriser. Cela donne lieu à l'émergence d'une catégorie de personnes dans un état intermédiaire, souvent qualifiée de « dégénérés », « déséquilibrés » ou « anormaux mentaux ». À la fin du XIXe siècle, au nom de cette population dite de « l'entre-deux », les mouvements de défense sociale réclament un changement de paradigme pénal, basé sur la dangerosité d'un individu plutôt que sur la responsabilité d'un sujet à l'égard de son acte¹⁵¹³. Cette catégorie d'individus n'est pas spécifiquement propre au cadre de l'UHSA, cependant ce service est le plus représentatif de cette problématique, dans la mesure où la « confusion » entre détention et prise en charge y est la plus évidente. En effet, rappelons que, bien que le soin y occupe une place importante, ce soin reste prodigué en milieu carcéral.

730. Diverses propositions suggèrent la modification du système dichotomique de l'incarcération, allant du traitement médico-répressif au traitement médico-socio-éducatif, en passant par des approches artistiques médico-pénitentiaires, et même la suggestion de lois « psychiatrico-psychologico-juridiques »¹⁵¹⁴. Certains évoquent également la création de centres qualifiés de « socio-médico-judiciaires de rétention de sûreté »¹⁵¹⁵. Au-delà des diverses appellations, toutes ces approches introduisent des techniques préventives de transformation des individus dans le contexte pénal, ouvrant ainsi la voie à une hybridation entre les deux cadres d'incarcération. Cette hybridation s'accompagne d'une certaine subordination du judiciaire aux connaissances criminologiques et psychiatriques. Dans plusieurs pays, des centres de défense sociale sont établis dans cette optique¹⁵¹⁶. En France, malgré de nombreuses tentatives¹⁵¹⁷ au cours du XXe siècle, l'orientation générale tend plutôt à ajuster le régime dichotomique existant en y intégrant des dispositions inspirées de la défense sociale, telles que la personnalisation de la responsabilité¹⁵¹⁸. À partir des années 1990, plusieurs rapports et

¹⁵¹³ M. FOUCAULT, « L'évolution de la notion d'individu dangereux », *Déviance et Société*, 1981 ; F. TULKENS, *Généalogie de la défense sociale en Belgique (1880-1914)*, Bruxelles, Story-Scientia, 1988 ; C-O. DORON, « La rétention de sûreté : vers un nouveau type de positivisme juridique ? », *L'information psychiatrique*, 6, 1, 2008 ; M. van de KERCHOVE, « Les avatars de la loi belge de défense sociale », *Déviance et Société*, 4, 2010.

¹⁵¹⁴ G. LEVASSEUR, *Les délinquants anormaux mentaux*, Paris, Cujas, 1959.

¹⁵¹⁵ Loi n° 2008-174 du 25 février 2008 ; Décret n° 2008-562 du Conseil Constitutionnel.

¹⁵¹⁶ C. LANCELEVÉE, « Soigner ou punir ? Dilemmes européens », *La Lettre du Psychiatre*, décembre, 2014

¹⁵¹⁷ C-O. DORON, « Races et dégénérescence. L'émergence des savoirs sur l'homme anormal », thèse de doctorat, Université Paris Diderot, 2011.

¹⁵¹⁸ Circulaire Chaumié du 12 décembre 1905 : elle modifie l'article 64 du code pénal en disposant que l'expert doit établir si, en dehors de la démence au moment de l'acte, la personne ne présente pas des "anomalies mentales ou psychiques de nature à atténuer dans une certaine mesure sa responsabilité." Cette disposition remplacera

propositions de loi visant à développer des dispositifs d'évaluation et de prévention de la récidive des délinquants réputés « dangereux » renforcent cette tendance. Ces initiatives aboutiront finalement en 2008 à la création de « centres de rétention de sûreté »¹⁵¹⁹, où l'incarcération est motivée par une peine et par une mesure de sûreté indéterminée liée à la dangerosité. L'ouverture simultanée des UHSA contribuera d'ailleurs à la confusion sur le statut de l'incarcération dans ces dernières.

731. La seconde problématique réside dans la gestion par la société des individus déclarés irresponsables pour des actes déviants. Doit-on les placer en asile aux côtés des autres aliénés, ou bien créer des « sections spéciales » voire des « asiles spéciaux pour aliénés criminels » ? Cette question suscite des débats tout au long du XIXe siècle, avec une diversité de solutions selon les pays et les localités. Une solution qui perdure sous sa forme administrative jusqu'à nos jours se dessine avec la création du « service de sûreté » de Villejuif, devenu la première UMD, visant à désengorger l'asile des patients présentant des comportements « criminels » ou très perturbateurs¹⁵²⁰. Ces unités regroupent des patients déclarés irresponsables avec d'autres considérés comme particulièrement rétifs aux règles asilaires, en raison de leur dangerosité commune. Bien que l'incarcération y soit particulièrement stricte, elle relève des mêmes normes que le système asilaire traditionnel. Après une période de marginalisation de ces unités marquée par une certaine ouverture des hôpitaux psychiatriques, elles ont bénéficié d'un fort soutien ces dernières années, générant une nouvelle confusion avec les UHSA pour de nombreux acteurs¹⁵²¹.

732. Enfin, la troisième problématique réside dans les solutions proposées pour les personnes non considérées comme aliénées au moment de l'acte mais qui présentent des troubles mentaux nécessitant des soins psychiatriques, notamment en milieu carcéral. Dès les années 1840, de nombreux travaux soulignent la surreprésentation des personnes atteintes de troubles mentaux en prison¹⁵²². Ces constats sont complétés au fil du temps par des critiques soulignant que de

ultérieurement l'article 64 lors de la révision du code pénal en 1994, figurant désormais dans le nouvel article 122.1.

¹⁵¹⁹ DANET J., 2009, *Les politiques sécuritaires à la lumière de la doctrine de la défense sociale nouvelle*, Paris, Collège de France, 8 juin 2009

¹⁵²⁰ V. FAU-VINCENTI, « Vers les UMD : questionnements, tâtonnements et mise en œuvre, Gaillon (1876) et Villejuif (1910) » sous l'égide du Dr Henri Colin, dans L. GUIGNARD, H. GUILLEMAIN, S. TISON, « Expérience de la folie, criminels, soldats, patients en psychiatrie (19e-20e) », Rennes, *Presses universitaires de Rennes*, 2013

¹⁵²¹ B. EYRAUD, L. VELPRY, « De la critique de l'asile à la gestion de l'offre en santé mentale : une désinstitutionnalisation à la française de la psychiatrie ? », *Revue Française d'Administration Publique*, 149, septembre, 2014a ; B. EYRAUD, L. VELPRY, « Redéfinir la place de l'enfermement dans la pratique psychiatrique. L'exemple des unités sécurisées », dans T. BUJON, C. DOURLENS, G. LE NAOUR, *Aux frontières de la médecine*, Paris, Édition des archives contemporaines, 2014.

¹⁵²² L. MOREAU-CHRISTOPHE, *De la mortalité et de la folie dans les prisons*, Paris, Renouard, 1839 ; L. MOREAU-CHRISTOPHE, *Défense du projet de loi sur les prisons*, Paris, Bureau de la revue pénitentiaire, 1844.

nombreux individus atteints de troubles mentaux ne sont pas détectés lors du jugement, et parfois même par la suite, lors de leur incarcération¹⁵²³.

2. L'UHSA, un modèle louable aux orientations contestables

733. Pour remédier aux problèmes liés aux malades mentaux incarcérés, la loi Perben I, adoptée en septembre 2002¹⁵²⁴, introduit les UHSA. Ces unités de soins psychiatriques sont intégrées dans des hôpitaux et destinées exclusivement à accueillir des détenus présentant des troubles psychiatriques au cours de leur incarcération. La loi précise que cette hospitalisation peut être réalisée avec ou sans le consentement des intéressés. Les taux d'encadrement prévisionnels indiquent qu'elles bénéficieront d'un personnel soignant aussi nombreux que celui d'une UMD et d'une surveillance périphérique assurée par l'administration pénitentiaire, constituant ainsi une parcelle de prison au sein de l'hôpital. Le programme prévoit à terme 700 places, avec une première tranche de 400 places en construction pour 2008-2009. Dans le contexte actuel de fermeture des lits de psychiatrie, ce projet apparaît paradoxal. Son coût, tel qu'il est planifié, s'élève à 50 M€ en investissement et à 100 M€ par an en fonctionnement, gelant ainsi toute possibilité de création nouvelle. Ce, alors même que les UHSA ne répondent nullement aux besoins de sécurité des services de psychiatrie de secteur face à la violence de certains patients qui ne sont pas des détenus. Les critiques contre le projet UHSA peuvent être regroupées en quatre thèmes.

734. Le nombre croissant de détenus souffrant de troubles psychiatriques constitue un défi majeur, comme l'attestent plusieurs études. Une objection immédiate pourrait être que le développement d'un dispositif de soins en prison, incluant des possibilités d'hospitalisation, est impératif en raison de ce nombre élevé. Cependant, parmi les troubles psychiatriques observés chez la population carcérale, on constate de plus en plus la présence de pathologies sévères telles que des troubles psychotiques, délirants, schizophréniques, des pathologies autrefois qualifiées d'aliénantes. La particularité de la pathologie psychiatrique réside dans le fait que, contrairement à d'autres affections, en particulier les affections somatiques, de nombreuses maladies mentales en prison ne découlent ni de la privation de liberté ni simplement de la détention intercurrente. Pour bon nombre d'entre elles, ces maladies sont à l'origine même des délits ou crimes qui ont conduit ces individus en prison. La comparaison avec le modèle des Unités Hospitalières de Soins Infirmiers (UHSI), destinées aux soins somatiques des détenus, est donc totalement inappropriée. Par conséquent, il est crucial de ne pas se méprendre : développer un dispositif d'hospitalisation psychiatrique au sein du système pénitentiaire, sans

¹⁵²³ E. REGIS, *Précis de psychiatrie*, Paris, Doin, 1909

¹⁵²⁴ Loi n° 2002-1138 du 9 septembre 2002 d'orientation et de programmation pour la justice, JORF du 10 septembre 2002

remédier en amont à l'afflux de personnes souffrant de maladies mentales derrière les barreaux, revient à prendre le risque d'amplifier ce phénomène¹⁵²⁵.

735. Accroître l'accessibilité aux soins psychiatriques en prison comporte malheureusement le risque de voir davantage de personnes malades condamnées à des peines d'emprisonnement. Cela s'accompagnerait de l'argument selon lequel l'incarcération serait assortie de soins psychiatriques, même pour les pathologies les plus graves. Malgré les avertissements lancés en 2000 par les rapports parlementaires du Sénat¹⁵²⁶ et de l'Assemblée nationale¹⁵²⁷, signalant la croissance constante du nombre de détenus atteints de troubles mentaux et préconisant le doublement des capacités d'accueil des UMD, il semble que la plupart de l'opinion publique et des médias reste indifférente à cette situation préoccupante. Cette attitude persiste à percevoir l'institution psychiatrique et l'institution pénitentiaire comme les deux volets complémentaires des mêmes aspirations sécuritaires de notre société.

736. Avant de renforcer considérablement les dispositifs de soins psychiatriques en prison, une réflexion préalable s'impose. Au-delà de l'idéologie sécuritaire, qui semble faussement se satisfaire uniquement de mesures répressives, et au-delà de la volonté politique de confondre de plus en plus ce qui relève de la maladie ou de la délinquance, ainsi que des mesures de soins ou de sanctions pénales, une analyse objective révèle que les personnes atteintes de troubles mentaux se retrouvent en prison pour deux principales raisons. Tout d'abord, l'insuffisance de l'offre de soins de la psychiatrie publique. Le dispositif de secteur doit être complété par des unités plus contenantes et plus sécurisées, soit sur le modèle des UMD dont il est urgent d'accroître le nombre de lits, soit sur le modèle plus moderne d'unités psychiatriques de soins intensifs capables de prendre temporairement le relais des unités ouvertes des secteurs, lorsque celles-ci sont dépassées dans leur capacité à contenir les manifestations violentes ou agressives de la pathologie psychiatrique. Ensuite, le dysfonctionnement de l'évaluation psychiatrique initiale, avant la détention, car la plupart des détenus entrent en prison sans avoir bénéficié d'une expertise psychiatrique, et parmi ceux qui en bénéficient, beaucoup subissent les effets délétères du deuxième alinéa de l'article 122-1¹⁵²⁸.

¹⁵²⁵ DUBRET Gérard, « UHSA : un formidable effort dans la mauvaise direction », *L'information psychiatrique*, 2008/6 (Volume 84), p. 543-550. DOI : 10.1684/ipe.2008.0356. URL : <https://www.cairn.info/revue-l-information-psychiatrique-2008-6-page-543.htm>

¹⁵²⁶ Rapport de la commission d'enquête sur les conditions de détention dans les établissements pénitentiaires en France. Président : JJ. HYEST, rapporteur : GP. CABANEL, Sénat n° 449, 28 juin 2000.

¹⁵²⁷ Rapport de la commission d'enquête sur la situation des prisons en France. Président : L. MERMAZ, rapporteur : J. FLOCH ; Assemblée nationale n° 2521, 28 juin 2000.

¹⁵²⁸ Article 122-1 al. 2 du code pénal : « (...) *La personne qui était atteinte, au moment des faits, d'un trouble psychique ou neuropsychique ayant altéré son discernement ou entravé le contrôle de ses actes demeure punissable. Toutefois, la juridiction tient compte de cette circonstance lorsqu'elle détermine la peine et en fixe le régime. Si est encourue une peine privative de liberté, celle-ci est réduite du tiers ou, en cas de crime puni de la réclusion criminelle ou de la détention criminelle à perpétuité, est ramenée à trente ans. La juridiction peut toutefois, par une décision spécialement motivée en matière correctionnelle, décider de ne pas appliquer cette*

737. Il est évident que le projet UHSA, en concentrant tous les investissements et les ressources sur la psychiatrie pénitentiaire, se limite à faciliter l'hospitalisation des malades détenus¹⁵²⁹. Cependant, il ne résout pas les problèmes auxquels sont confrontés les services de secteur pour prendre en charge les personnes malades difficiles ou dangereuses. Les UHSA répondent uniquement aux besoins des malades détenus, laissant les autres sans réponse adéquate jusqu'à ce que leurs troubles les conduisent en prison.

C. L'UHSA : un modèle éthiquement contestable

738. Rappelons-le, la psychiatrie est la seule discipline médicale où la loi organise des modalités de soins sans le consentement du patient. Les psychiatres reconnaissent la nécessité d'étendre leurs interventions au-delà des seuls patients en faisant la demande, tout en refusant de laisser sans soins les patients réfractaires. Cependant, en milieu carcéral, il est impossible d'imposer des soins coercitifs à un détenu sans sa volonté. C'est pourquoi les hospitalisations psychiatriques sans consentement des détenus¹⁵³⁰ débutent toujours par une sortie du milieu pénitentiaire, bien que cela ne soit pas une libération totale. À ce jour, les soins psychiatriques dispensés en prison sont réservés aux patients consentants. Néanmoins, la loi Perben I¹⁵³¹ prévoit que les UHSA pourront recevoir des détenus, qu'ils donnent ou non leur consentement. Ainsi, l'idée d'organiser des soins sous contrainte pour des détenus atteints de troubles mentaux émerge. Cette disposition nouvelle soulève des questions éthiques importantes. En effet, certains sujets ont été jugés suffisamment lucides pour assumer la responsabilité pénale de leurs actes délinquants. Cependant, une fois incarcérés, il est découvert qu'ils ne disposent pas de la lucidité nécessaire pour consentir aux soins psychiatriques indispensables. Leur aptitude à comprendre la loi semble égaler leur incapacité à percevoir leur propre maladie. L'augmentation fréquente de l'incarcération de personnes présentant des pathologies psychiatriques graves confronte les psychiatres en milieu carcéral à la difficulté de se limiter aux seuls patients consentants. Selon l'éthique, la seule solution n'est pas d'organiser des soins coercitifs pour les détenus malades, comme le suggère le projet UHSA. La solution éthique consiste à mettre en place des interventions préventives en amont de la prison, refusant d'accepter l'incarcération des malades mentaux comme une fatalité ou un mal nécessaire.

diminution de peine. Lorsque, après avis médical, la juridiction considère que la nature du trouble le justifie, elle s'assure que la peine prononcée permette que le condamné fasse l'objet de soins adaptés à son état. »

¹⁵²⁹ Article D. 398 du code de procédure pénale : « Les détenus en état d'aliénation mentale ne peuvent être maintenus dans un établissement pénitentiaire. Sur la proposition du médecin de la prison et conformément à la législation générale en la matière, il appartient au préfet de faire procéder à leur internement. Cet internement doit être effectué d'urgence s'il s'agit d'individus dangereux pour eux-mêmes ou pour autrui. Il n'est pas fait application, à leur égard, de la règle posée au second alinéa de l'article D. 386 concernant leur surveillance par un personnel de police pendant leur hospitalisation. »

¹⁵³⁰ Article D. 398 du CPP

¹⁵³¹ Loi n° 2002-1138 du 9 septembre 2002 d'orientation et de programmation pour la justice, JORF du 10 septembre 2002

739. Par ailleurs, il est à craindre que les psychiatres en milieu carcéral, disposant de nombreux lits d'hospitalisation et de la possibilité de recourir à des soins sans consentement, subissent des pressions de l'administration pénitentiaire pour hospitaliser certains détenus perturbant la détention, même si ces perturbations ne relèvent que d'une attitude rebelle, indisciplinée ou opposante, sans être liées à une pathologie nécessitant des soins coercitifs. Le débat sur les troubles de la personnalité refait surface, avec des interprétations pouvant varier selon qu'elles se déroulent en milieu hospitalier ou carcéral. Le consensus autour des UHSA révèle déjà des divergences, les médecins assurant qu'elles traiteront uniquement des épisodes aigus pour des séjours courts, tandis que les politiques et l'administration pénitentiaire semblent envisager les UHSA comme un lieu idéal d'exécution de peines pour les détenus difficiles. Cependant, la capacité d'accueil du projet UHSA, fixée à 700 lits alors que les besoins strictement sanitaires n'excèdent pas 200 lits, indique que le débat a été tranché au plus haut niveau de l'État par les financeurs, permettant une dose d'inquiétude quant à la manière dont ce surplus de lits va être utilisé¹⁵³².

740. Encore et toujours, le ratio bénéfice/risque s'avère délicat à trouver pour répondre équitablement aux besoins de sécurité publique et aux exigences de respect de la liberté d'aller et venir des patients pris en charge en psychiatrie. A l'évidence, si le modèle français existant a tenté d'apporter des réponses institutionnelles, celles-ci restent très controversées, laissant le champ libre à de nouvelles possibilités d'évolutions.

¹⁵³² Op. cit., DUBRET Gérard, « UHSA : un formidable effort dans la mauvaise direction », *L'information psychiatrique*, 2008/6 (Volume 84), p. 543-550.

Titre 2. Une conciliation future en faveur d'un meilleur équilibre ?

741. En 2001, l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) a publié un rapport majeur sur la santé mentale¹⁵³³, proposant des réformes essentielles pour les systèmes de soins des pays membres. L'OMS insiste sur la décentralisation des services de santé mentale, leur intégration dans les soins primaires, et la formation des professionnels de santé. Des cadres juridiques appropriés sont cruciaux pour protéger les droits des patients et réguler les pratiques. L'OMS met également l'accent sur la sensibilisation du public pour combattre la stigmatisation, soutenue par des lois antidiscriminatoires¹⁵³⁴. La collaboration internationale, facilitée par des cadres législatifs, est encouragée pour partager les meilleures pratiques en matière de santé mentale. Le programme d'action mondial pour la santé mentale¹⁵³⁵, réévalué en 2008, renforce cet engagement, notamment sous la direction de Tedros Adhanom Ghebreyesus depuis 2017. Les recommandations de l'OMS sont essentielles pour guider les pays dans l'amélioration de leurs politiques de santé mentale, en respectant une approche holistique et centrée sur les droits humains.

742. Le modèle français de prise en charge psychiatrique, bien qu'ayant de nombreux atouts, présente plusieurs imperfections qui peuvent être résumées sous différents angles, notamment organisationnel, juridique, et éthique. Sur le plan de l'organisation et de l'accessibilité des soins d'abord, le système de santé mentale en France est souvent critiqué pour sa centralisation excessive¹⁵³⁶. Les services psychiatriques sont majoritairement concentrés dans les grandes villes, laissant les zones rurales et certaines banlieues avec un accès limité aux soins spécialisés¹⁵³⁷. Cette inégalité géographique entraîne des difficultés pour de nombreuses personnes à accéder aux soins appropriés¹⁵³⁸. Le financement des services de santé mentale est souvent insuffisant. Cela se traduit par un manque de personnel qualifié, des infrastructures inadaptées et des délais d'attente importants pour les consultations et les hospitalisations¹⁵³⁹. Le manque de moyens financiers impacte également les programmes de prévention et de réhabilitation, pourtant essentiels pour une prise en charge globale. La coordination entre les différents acteurs de la santé mentale (hôpitaux, médecins généralistes, services sociaux, etc.) est souvent déficiente. Cette fragmentation peut mener à des ruptures de soins, particulièrement pour les patients ayant des troubles mentaux graves et persistants.

¹⁵³³ Rapport de l'OMS, "La santé mentale : nouvelle conception, nouveaux espoirs", Genève, 2001, 182 p.

¹⁵³⁴ OMS, « Guide des politiques et des services de santé mentale », Genève, 2004, 61p.

¹⁵³⁵ OMS, « World Health Report », Genève, 2008, 147 p.

¹⁵³⁶ J.D. GUELFY, F. ROUILLON & L. MALLET (dir.), *Manuel de psychiatrie*, 4e édition, Éd. Elsevier Masson, octobre 2021

¹⁵³⁷ A. LOPEZ, G. TURAN-PELLETIER, « Organisation et fonctionnement du dispositif de soins psychiatriques, soixante ans après l'ordonnance du 15 mars 1960 », Igas, novembre 2017

¹⁵³⁸ M. COLDEFY, C. LE NEINDRE, Rapport de l'IRDES, « Les disparités territoriales d'offre et d'organisation des soins en psychiatrie en France : d'une vision segmentée à une approche systémique », n°558, décembre 2014

¹⁵³⁹ A. MILON, « Rapport sur la prise en charge psychiatrique en France », Sénat, 2018

743. Sur les aspects juridiques et les droits des patients ensuite : en France, les hospitalisations sous contrainte (sans consentement du patient) sont fréquentes et font l'objet de critiques. Bien que régies par la loi, ces pratiques peuvent parfois être perçues comme contraires aux droits des patients, notamment en ce qui concerne leur liberté individuelle et leur autonomie¹⁵⁴⁰. Des controverses subsistent sur l'application de ces mesures, et des abus peuvent se produire. Malgré les avancées législatives, les droits des patients psychiatriques ne sont pas toujours pleinement respectés. Les questions liées à l'information des patients, à leur consentement éclairé, et à leur participation aux décisions concernant leur traitement demeurent problématiques. La stigmatisation et la discrimination à l'égard des personnes atteintes de troubles mentaux persistent également, affectant leur réinsertion sociale et professionnelle¹⁵⁴¹.

744. Sur le plan éthique également, la stigmatisation des troubles mentaux est encore fortement ancrée dans la société française. Les personnes atteintes de troubles psychiatriques sont souvent marginalisées et discriminées, ce qui peut aggraver leur état de santé et rendre plus difficile leur accès aux soins et leur réintégration sociale¹⁵⁴². De plus, des programmes de sensibilisation du public sont nécessaires pour changer les perceptions négatives et promouvoir une meilleure compréhension des troubles mentaux¹⁵⁴³.

745. Sur les différentes approches thérapeutiques et l'innovation, la psychiatrie française est parfois critiquée pour son manque d'innovation et d'ouverture aux nouvelles approches thérapeutiques. L'adoption de pratiques basées sur des preuves (*evidence-based practices*) et l'intégration de thérapies alternatives (comme la psychothérapie, la thérapie comportementale et cognitive, etc.) sont parfois lentes. Le recours excessif à la médication, souvent au détriment de thérapies psychologiques ou sociales, est un autre point de critique. Bien que les médicaments puissent être indispensables pour certains patients, une approche trop axée sur la pharmacothérapie peut négliger d'autres dimensions essentielles de la santé mentale¹⁵⁴⁴.

746. Ce constat mitigé sur l'efficacité et la perfectibilité du modèle français pousse à envisager un nouveau modèle, basé sur les évolutions médicales et technologiques à venir. Des évolutions qu'il faudra également réglementer. Pour ce faire, il semble important d'analyser les différents modèles de prise en charge psychiatriques existants et, surtout, convaincants par

¹⁵⁴⁰ Exemple : Conseil d'État, arrêt du 24 octobre 2014 (n° 360759), sur les droits des patients en hospitalisation sous contrainte.

¹⁵⁴¹ C. JONAS, J-L. SENON, *Responsabilité médicale et droit du patient en psychiatrie*, ed Elsevier Masson, 2004, 90 p.

¹⁵⁴² M. LOPEZ, « Moyens de communication, stigmatisation et discrimination en santé mentale : éléments pour une stratégie raisonnable », *Inf Psychiatr.*, 2007, p.793-9.

¹⁵⁴³ A. DRU, A. GAUTIER, Avis du Conseil économique, social et environnemental, « Améliorer le parcours de soins en psychiatrie », *Journal officiel de la République Française*, mars 2021

¹⁵⁴⁴ J. ROQUES, *David Servan-Schreiber ou la Fureur de guérir*, Indigène Editions, 2011, 32 p.

rapport au modèle français (Chapitre 1), avant d'envisager une évolution de notre modèle national (Chapitre 2).

Chapitre 1. Les modèles étrangers de santé mentale : des références convaincantes ?

747. De nombreux pays ont pris des mesures pour renforcer la santé mentale de leurs citoyens par des actions concrètes et novatrices. Patient acteur de ses soins, prise en charge délocalisée, dépistage précoce chez les jeunes, force médicale dédiée à la santé mentale, entreprises mobilisées : le Royaume-Uni, le Danemark, l'Australie, la Suisse et le Canada en sont respectivement des exemples notables¹⁵⁴⁵. Le choix de ces exemples internationaux n'est pas dû au hasard. En effet, ces pays représentent une variété de systèmes de santé, allant de systèmes de santé universels financés par l'État (comme au Royaume-Uni et au Danemark) à des modèles mixtes où coexistent financement public et privé (comme en Suisse et au Canada). En outre, ces pays sont souvent en avant-garde en matière d'innovations en santé mentale. Chacun d'entre eux a des cadres juridiques robustes pour protéger les droits des patients en santé mentale, avec des variations dans l'application et l'efficacité de ces lois. Étudier ces cadres permet de voir comment différents pays équilibrent protection des droits et efficacité des soins, offrant des pistes pour renforcer la législation française. Des pays comme le Danemark et le Canada ont mis en place des systèmes décentralisés où les services de santé mentale sont intégrés aux soins de santé primaires. Comparer ces modèles avec la France, où les services peuvent être plus centralisés ou spécialisés, peut aider à identifier des stratégies pour améliorer l'accès et la continuité des soins. Enfin, ces pays sont souvent cités pour leurs bons résultats en termes de santé mentale publique, notamment en matière de réduction des taux de suicide, d'amélioration de la qualité de vie des patients, et de gestion de la stigmatisation¹⁵⁴⁶. Cependant, ces différents modèles sont dépendants du contexte politique, économique et surtout juridique du pays concerné. Il convient notamment de différencier les modèles non soumis au droit européen (Section 1) de ceux qui le sont (Section 2). Il est également nécessaire de situer la France dans ce cadre juridique européen, sans omettre d'explorer les prochains changements en matière de santé mentale auxquels la France devra se plier en tant que membre de l'UE (Section 3).

Section 1. Les modèles extra-européens canadien et australien : sources d'amélioration du système psychiatrique français ?

748. Afin d'améliorer le modèle français de santé mentale, il est pertinent d'examiner les expériences d'autres pays qui ont mis en place des systèmes efficaces et innovants. Avant d'examiner les modèles européens, il est judicieux de s'intéresser à certains modèles extra-européens dont l'efficacité est reconnue. C'est notamment le cas des modèles canadiens et

¹⁵⁴⁵ L. MILLET, « Psychiatrie : quels modèles pour la France ? », *Institut Montaigne*, 19/09/2018, <https://www.institutmontaigne.org/expressions/psychiatrie-quels-modeles-pour-la-france#:~:text=L'ouvrage%20Psychiatrie%20%3A%20l,la%20politique%20de%20sant%C3%A9%20mentale.>

¹⁵⁴⁶ M. LEBOYER & P-M LLORCA, co-dirigé par l'Institut Montaigne et la fondation FondaMental, *Psychiatrie : l'état d'urgence*, Fayard, 2018

australiens, connus pour leur approche communautaire et intégrée, ainsi que leur cadre législatif robuste. Le Canada a réussi à offrir des soins de santé mentale accessibles et de qualité à ses citoyens grâce à une réglementation bien établie et des initiatives communautaires. La question est de savoir si ces éléments pourraient être adaptés et appliqués pour améliorer le système français (Paragraphe 1). Le modèle australien se distingue par sa priorité accordée aux jeunes patients. Mais peut-on s'inspirer des initiatives spécifiques de l'Australie pour anticiper et traiter les troubles mentaux chez les adolescents et jeunes adultes, pour proposer des moyens d'intégrer ces pratiques dans le cadre français (Paragraphe 2) ?

749. Il est à noter que la majorité des pays anglo-saxons et certains autres pays développés utilisent les Community Treatment Orders (CTO). Les CTO ou ordonnances de traitement en milieu communautaire, sont des dispositions légales permettant de traiter certains patients atteints de troubles mentaux graves en dehors des établissements de santé, tout en les soumettant à des conditions strictes pour assurer leur bien-être et la sécurité publique¹⁵⁴⁷. Ils sont principalement utilisés au Canada¹⁵⁴⁸, au Royaume-Uni¹⁵⁴⁹, en Australie¹⁵⁵⁰, en Nouvelle-Zélande¹⁵⁵¹, aux États-Unis¹⁵⁵², en Écosse¹⁵⁵³, en Suède¹⁵⁵⁴, en Israël¹⁵⁵⁵. On retrouvera donc ce système de CTOs tant au Canada qu'en Australie. De l'approche intégrée et communautaire canadienne à la priorité donnée aux jeunes dans le système australien, chaque modèle présente

¹⁵⁴⁷ B. McSHERRY & P. WELLER (Eds.), *Routledge Mental Health Law in International Context*, Routledge, 2010 ; T.W. KALLERT, J.E. MEZZICH, & J. MONAHAN, *Coercive Treatment in Psychiatry: Clinical, Legal and Ethical Aspects*. John Wiley & Sons, 2011 ; J. DAWSON, "Community treatment orders: International comparisons.", *Law in Context*, 2005, 23(2), 79-95.

¹⁵⁴⁸ Utilisées dans plusieurs provinces, notamment en Ontario, en Colombie-Britannique, en Alberta et au Manitoba. Chaque province a sa propre législation sur les CTOs, par exemple, la Loi sur la santé mentale en Ontario, qui encadre les conditions dans lesquelles un CTO peut être émis pour un patient. Cf Paragraphe 1 de la présente Section.

¹⁵⁴⁹ Les CTOs sont largement utilisés au Royaume-Uni, en particulier en Angleterre et au Pays de Galles, sous la Mental Health Act 1983, amendée en 2007. Les CTOs permettent de superviser le traitement des patients en dehors des hôpitaux tout en imposant des conditions pour leur traitement communautaire.

¹⁵⁵⁰ En Australie, les CTOs sont utilisés dans toutes les juridictions, y compris les États de Nouvelle-Galles du Sud, Victoria, et Queensland. Chaque État et territoire a ses propres lois sur la santé mentale qui réglementent l'utilisation des CTOs. Cf Paragraphe 2 de la présente Section.

¹⁵⁵¹ Les CTOs sont couramment utilisés en Nouvelle-Zélande en vertu de la Mental Health (Compulsory Assessment and Treatment) Act 1992. Cette législation permet la délivrance de CTOs pour les patients nécessitant un suivi régulier et un traitement en dehors des hôpitaux psychiatriques.

¹⁵⁵² Aux États-Unis, l'utilisation des CTOs varie considérablement d'un État à l'autre. Certains États, comme New York, ont des lois spécifiques, telles que la Kendra's Law, qui permettent la mise en place de CTOs pour certains patients. Cependant, l'application des CTOs n'est pas uniforme dans tout le pays et dépend des législations spécifiques de chaque État.

¹⁵⁵³ En Écosse, les CTOs sont utilisés sous la Mental Health (Care and Treatment) (Scotland) Act 2003. Cette loi permet aux autorités de santé mentale de placer des patients sous CTO, afin de s'assurer qu'ils reçoivent des soins appropriés tout en vivant dans la communauté.

¹⁵⁵⁴ Bien que moins courante qu'au Royaume-Uni ou au Canada, la Suède utilise également une forme de CTO connue sous le nom de "Psychiatric Outpatient Commitment" (soins psychiatriques ambulatoires obligatoires), principalement pour assurer la continuité des soins après une hospitalisation involontaire.

¹⁵⁵⁵ En Israël, les CTOs sont utilisés pour les patients atteints de troubles mentaux graves qui nécessitent un suivi régulier et un traitement en milieu communautaire sous la supervision d'un psychiatre.

des aspects uniques et précieux qui, une fois adaptés, pourraient significativement renforcer la prise en charge psychiatrique en France.

Paragraphe 1. Le modèle canadien et les « entreprises aidantes »

750. Le modèle psychiatrique canadien se distingue par une approche intégrée et communautaire. Cette approche, soutenue par une réglementation robuste, pourrait inspirer des améliorations significatives pour le modèle français. En analysant le cadre juridique et les pratiques canadiennes, nous explorerons d'abord les particularités du modèle canadien (A) avant de proposer des applications concrètes pour le modèle français (B). En renforçant la législation, en adoptant des standards de qualité, et en s'appuyant sur des jurisprudences exemplaires, la France pourrait offrir des soins de santé mentale plus accessibles et respectueux des droits humains.

A. Le modèle canadien : une approche communautaire

751. Le système de santé mentale canadien est largement décentralisé, avec les responsabilités partagées entre le gouvernement fédéral et les gouvernements provinciaux et territoriaux. Cette structure permet une adaptation des services aux besoins spécifiques de chaque région. Les soins de santé mentale sont intégrés dans le système de santé publique, et les services incluent la prévention, le traitement, et la réhabilitation. La Loi canadienne sur la santé établit les principes du système de santé publique canadien, incluant l'universalité et l'accessibilité des soins. Elle garantit que tous les citoyens ont accès à des services de santé mentale sans frais directs, conformément aux critères d'universalité, d'intégralité, de transférabilité, d'accessibilité et de gestion publique¹⁵⁵⁶. La Loi sur les services de santé mentale en Ontario régit la prestation des services psychiatriques dans la province. Elle définit les conditions de l'hospitalisation volontaire et involontaire, les droits des patients, et les procédures pour l'examen et la révision des hospitalisations involontaires. Cette loi est fondamentale pour la protection des droits des personnes souffrant de troubles mentaux¹⁵⁵⁷. La jurisprudence canadienne encadre également la prise en charge en santé mentale. La Cour suprême du Canada a notamment affirmé le droit des patients psychiatriques à refuser un traitement, même s'ils sont jugés incapables par les professionnels de santé. La Cour a statué que le consentement éclairé est un droit fondamental et que les patients doivent être pleinement informés des risques et des bénéfices des traitements proposés¹⁵⁵⁸. La Cour suprême a également statué sur les droits des patients criminels non responsables pour cause de troubles mentaux. La décision a mis l'accent sur la nécessité de protéger les droits et la dignité des

¹⁵⁵⁶ Loi canadienne sur la santé, Canada Health Act, 1984

¹⁵⁵⁷ Loi sur les services de santé mentale en Ontario (Mental Health Act, Ontario), 1990

¹⁵⁵⁸ Cour suprême du Canada, Starson v. Swayze, 2003

individus tout en assurant la sécurité publique. La Cour a établi des critères stricts pour la détention et le traitement de ces patients¹⁵⁵⁹.

752. Les CTOs ont également été introduits au Canada dans les années 1990, et leur adoption s'est répandue dans différentes provinces à mesure que la société cherchait des alternatives aux hospitalisations prolongées pour les personnes atteintes de troubles mentaux. Chaque province et territoire du Canada possède ses propres lois régissant l'utilisation des CTOs, ce qui signifie que les critères et les procédures peuvent varier légèrement d'une région à l'autre. En Ontario, la Loi sur la santé mentale de l'Ontario (Mental Health Act, R.S.O. 1990, c. M.7) a été amendée en 2000 pour inclure l'utilisation des CTOs. Cette loi permet aux médecins de délivrer des CTOs pour les patients atteints de troubles mentaux qui ont un historique de non-conformité au traitement et qui ont été hospitalisés au moins deux fois dans les trois dernières années. En Colombie-Britannique, la Mental Health Act de cette province inclut également des provisions pour les CTOs, permettant aux autorités de santé mentale de superviser les patients dans la communauté sous certaines conditions. Les CTOs visent à garantir que les patients reçoivent un traitement continu et stable, ce qui peut prévenir les rechutes et la détérioration de leur état mental. Cela est particulièrement important pour les patients atteints de troubles mentaux graves comme la schizophrénie, qui peuvent nécessiter un traitement constant pour éviter les crises aiguës. Ils permettent de traiter les patients dans la communauté plutôt que dans des établissements de santé mentale, réduisant ainsi la nécessité d'hospitalisations prolongées et répétées, ce qui est à la fois bénéfique pour les patients et économiquement plus viable pour le système de santé. En outre, en permettant aux patients de vivre dans la communauté tout en recevant un traitement, les CTOs favorisent une plus grande autonomie, une meilleure qualité de vie, et l'intégration sociale des personnes atteintes de troubles mentaux. Pour qu'un CTO soit émis, certaines conditions doivent être remplies, ce qui varie légèrement en fonction des provinces. En général, un CTO peut être émis pour un patient qui a un historique de non-conformité au traitement, qui a été hospitalisé involontairement plusieurs fois, et qui serait à risque de détérioration de sa santé mentale sans traitement régulier. Le patient doit également être capable de vivre dans la communauté sous supervision. Le CTO est généralement délivré par un psychiatre ou un médecin autorisé, après une évaluation complète du patient. Un plan de traitement doit être élaboré, détaillant les services requis, tels que la prise de médicaments, les rendez-vous de suivi avec un psychiatre, et les visites de travailleurs sociaux. Les patients sous CTO sont tenus de se conformer aux conditions spécifiées dans leur ordre de traitement. En cas de non-conformité, le CTO peut autoriser un retour involontaire en milieu hospitalier pour une évaluation supplémentaire ou pour reprendre le traitement.

¹⁵⁵⁹ Cour suprême du Canada, *Winko v. British Columbia (Forensic Psychiatric Institute)*, 1999

753. Des études ont montré que les CTOs peuvent réduire les taux de réhospitalisation et améliorer la stabilité des patients dans la communauté¹⁵⁶⁰. Cependant, l'efficacité des CTOs dépend largement de la disponibilité et de la qualité des services de soutien dans la communauté. Des critiques soulignent que sans un soutien adéquat en termes de services sociaux, de suivi médical, et de ressources communautaires, les CTOs risquent de ne pas atteindre leurs objectifs et de se limiter à une forme de contrôle social¹⁵⁶¹.

754. En parallèle, le Canada a mis en place plusieurs programmes et initiatives visant à améliorer les services de santé mentale et à réduire la stigmatisation associée aux troubles mentaux. La compagnie Bell, leader des télécommunications au Canada, a abordé le thème de la santé mentale pour en faire un enjeu national. En 2010, elle a lancé le programme Let's Talk, qui aborde la santé mentale dans la société civile et le milieu professionnel. Ce programme vise à améliorer l'accès aux soins et à accroître les ressources dédiées à la recherche. S'appuyant sur divers piliers, il combat la stigmatisation par des campagnes de sensibilisation telles que le Let's Talk Day, finance des organisations de soins de proximité pour améliorer l'accès aux soins, et investit dans des programmes de recherche d'excellence¹⁵⁶². Sur le plan interne, Bell a focalisé ses efforts sur la santé mentale au travail, en développant un programme de formation et d'information destiné à ses employés. Cette initiative vise à détecter précocement les problèmes de santé mentale dans le milieu professionnel, afin de mieux prévenir et réduire les arrêts de travail. En quelques années, Bell a contribué à établir un standard national de santé psychologique et de sécurité sur le lieu de travail¹⁵⁶³.

755. Depuis le lancement du programme en 2010, près de 350 associations ont bénéficié du financement du Bell Let's Talk, 4 200 professionnels, principalement des managers et des représentants syndicaux, ont été formés aux questions de santé mentale, et plus de 640 000 personnes ont reçu un soutien. Notamment, quatre Canadiens sur cinq déclarent être mieux informés sur les questions de santé mentale¹⁵⁶⁴. En revanche, en France, un sondage Ipsos de 2017 révèle que 80 % des Français estiment que les employeurs ne font pas assez pour prévenir

¹⁵⁶⁰ S.R. KISELY, L.A. CAMPBELL & N.J. PRESTON, "Compulsory community and involuntary outpatient treatment for people with severe mental disorders", *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2011(2), CD004408 ; T. BURNS, J. KUGKASA, A. MOLODYNSKI, J. DAWSON, K. YEELES, M. VAZQUEZ-MONTES & S. PRIEBE, "Community treatment orders for patients with psychosis (OCTET): a randomised controlled trial." *The Lancet*, 2013, 381(9878), 1627-1633.

¹⁵⁶¹ M.S. SWARTZ, J.W. SWANSON, H.J. STEADMAN, P.C. ROBBINS, & J. MONAHAN, "New York State Assisted Outpatient Treatment Program Evaluation", *Psychiatric Services*, 2009, 60(3), 317-324 ; J. DAWSON, "Community treatment orders: International comparisons", *Law in Context*, 2005, 23(2), 79-95.

¹⁵⁶² Bell Canada, « Demain, c'est la journée Bell Cause pour la cause Passons à l'action pour créer des changements positifs pour la santé mentale », *Newswire Canada*, 24/01/2023, <https://www.newswire.ca/fr/news-releases/demain-c-est-la-journee-bell-cause-pour-la-cause-passons-a-l-action-pour-creer-des-changements-positifs-pour-la-sante-mentale-813179368.html>

¹⁵⁶³ Site internet Bell Cause : <https://cause.bell.ca/>

¹⁵⁶⁴ Ibid : L. MILLET, « Psychiatrie : quels modèles pour la France ? », *Institut Montaigne*, 19/09/2018

(79 %), informer (81 %) ou identifier un problème de santé mentale chez un salarié (77 %) ¹⁵⁶⁵. Bell Let's Talk repose sur une approche scientifique rigoureuse pour aborder la santé mentale. Les campagnes de sensibilisation sont conçues en collaboration avec des experts en santé mentale, garantissant une information précise et pertinente. Les programmes de recherche financés par Bell sont choisis pour leur excellence et leur potentiel d'innovation dans le traitement des troubles mentaux. Cette approche basée sur des preuves est essentielle pour développer des interventions efficaces et adaptées aux besoins des populations. L'initiative Bell Let's Talk a également contribué à l'évolution du cadre juridique en matière de santé mentale au Canada. La mise en place d'un standard national de santé psychologique et de sécurité au travail, auquel Bell a largement contribué, a des implications juridiques importantes. Ce standard fournit des lignes directrices pour les employeurs afin de garantir un environnement de travail sûr et sain, en accord avec les législations sur la santé et la sécurité au travail. En outre, la formation des managers et des représentants syndicaux permet de mieux comprendre et appliquer les obligations légales liées à la santé mentale au travail, réduisant ainsi les risques de litiges et de non-conformité.

En 2012, la Commission de la santé mentale du Canada a publié la première Stratégie en matière de santé mentale pour le Canada, intitulée "Changer les orientations, changer des vies". Cette stratégie propose une feuille de route pour transformer le système de santé mentale, en se concentrant sur la promotion de la santé mentale, la prévention des troubles mentaux, et l'amélioration des services et du soutien ¹⁵⁶⁶.

756. En comparaison, en France, bien que la législation en matière de santé mentale au travail existe, elle est souvent perçue comme insuffisante ¹⁵⁶⁷. Le sondage Ipsos de 2017 illustre un manque de prévention et de sensibilisation de la part des employeurs français. Une réforme du cadre législatif, inspirée des initiatives comme Bell Let's Talk, pourrait renforcer les obligations des employeurs et améliorer la prise en charge de la santé mentale des salariés.

Le programme Bell Let's Talk démontre qu'une approche intégrée et bien financée de la santé mentale peut avoir un impact significatif sur la société. En combinant sensibilisation, accès aux soins, et soutien à la recherche, Bell a créé un modèle dont d'autres pays, comme la France, pourraient s'inspirer pour améliorer leur propre prise en charge de la santé mentale, tant dans la société civile que dans le milieu professionnel. Parmi les particularités du modèle canadien, des éléments pourraient être utilisés pour améliorer le modèle de prise en charge psychiatrique français.

¹⁵⁶⁵ Ipsos, « La santé mentale dans la sphère professionnelle », 14/03/2017, <https://www.ipsos.com/fr-fr/la-sante-mentale-dans-la-sphere-professionnelle>

¹⁵⁶⁶ Commission de la santé mentale du Canada, « Changer les orientations, changer des vies. Stratégie en matière de santé mentale pour le Canada », 2012, https://www.mentalhealthcommission.ca/wp-content/uploads/drupal/MHStrategy_Strategy_FRE.pdf

¹⁵⁶⁷ Le parallèle avec le modèle français sera développé dans le B du présent Paragraphe.

B. Une influence potentielle sur le modèle français ?

757. La France pourrait tirer des enseignements précieux de ce modèle pour améliorer son propre système de santé mentale. Voici quelques aspects clés où le modèle canadien pourrait apporter des améliorations, avec des arguments juridiques précis et des références existantes.

758. Le modèle canadien favorise une approche intégrée et communautaire, offrant des soins de santé mentale accessibles et coordonnés. Cette approche se traduit par des services de proximité, souvent intégrés dans les soins de santé primaires, et par une attention particulière à la prévention et à la détection précoce des troubles mentaux. La Stratégie en matière de santé mentale pour le Canada, publiée par la Commission de la santé mentale du Canada, propose une feuille de route pour transformer le système de santé mentale en se concentrant sur l'intégration des services, la promotion de la santé mentale, et la prévention des troubles mentaux¹⁵⁶⁸.

759. Plus précisément, le modèle canadien de santé mentale se distingue du modèle français principalement par son approche décentralisée et l'importance accordée au consentement éclairé des patients. Au Canada, les compétences en matière de santé mentale sont partagées entre le gouvernement fédéral et les gouvernements provinciaux et territoriaux. Cette décentralisation permet à chaque province et territoire d'adapter ses lois et ses politiques aux besoins spécifiques de sa population. Par exemple, la Loi canadienne sur la santé¹⁵⁶⁹ établit des principes directeurs tels que l'universalité et l'accessibilité des soins, mais les provinces comme l'Ontario mettent en œuvre des législations spécifiques telles que la Loi sur les services de santé mentale¹⁵⁷⁰, qui régit les hospitalisations volontaires et involontaires, et protège les droits des patients. Ce cadre permet une flexibilité et une adaptation locale qui contrastent avec le modèle français plus centralisé. En France, la législation sur la santé mentale est principalement gouvernée par des lois nationales uniformes. La loi du 5 juillet 2011, modifiée par la suite, encadre strictement les soins psychiatriques sans consentement, y compris l'hospitalisation sous contrainte. Cette loi impose des contrôles juridictionnels rigoureux pour toute hospitalisation sans consentement, avec une présentation obligatoire devant un JLD dans un délai de 12 jours. Ce processus vise à renforcer la protection des droits et libertés des individus hospitalisés, tout en garantissant une surveillance judiciaire continue. Cette centralisation reflète une approche légale plus uniforme et étroitement contrôlée par l'État, contrairement à la flexibilité observée au Canada.

760. Une autre différence majeure entre les deux modèles réside dans la protection des droits des patients et le respect du consentement éclairé. Au Canada, la jurisprudence a fortement

¹⁵⁶⁸ The Mental Health Strategy for Canada, 2012, <https://mentalhealthcommission.ca/what-we-do/mental-health-strategy-for-canada/>

¹⁵⁶⁹ Gouvernement du Canada, "Loi canadienne sur la santé", RSC 1985, c. C-6

¹⁵⁷⁰ Gouvernement de l'Ontario, "Loi sur les services de santé mentale", LRO 1990, c. M.7

soutenu le droit des patients à refuser un traitement, même dans des situations où ils sont jugés incapables de prendre des décisions par des professionnels de la santé. Rappelons que la Cour suprême du Canada, dans des décisions telles que *Starson c. Swayze*¹⁵⁷¹, a affirmé que le consentement éclairé est un droit fondamental, et que les patients doivent être pleinement informés des risques et des bénéfices des traitements proposés. Cette approche met en avant l'autonomie des patients, qui est protégée par la Charte canadienne des droits et libertés¹⁵⁷², notamment par l'article 7, qui garantit le droit à la vie, à la liberté, et à la sécurité de la personne. En comparaison, bien que le consentement éclairé soit également un principe important en France, le cadre pour le refus de traitement est plus restrictif. La loi de 2011¹⁵⁷³ permet des soins sans consentement dans des cas où il existe un risque grave pour la santé ou la sécurité de la personne ou d'autrui. Le recours au JLD pour contrôler ces hospitalisations garantit une protection des droits, mais la législation permet un pouvoir plus étendu de l'État pour imposer des traitements psychiatriques dans des situations de dangerosité ou de troubles mentaux graves. Cette différence souligne un contraste dans la manière dont chaque pays équilibre la protection des libertés individuelles avec la nécessité de protéger la sécurité publique. De plus, les deux pays diffèrent dans leur approche de la lutte contre la stigmatisation des troubles mentaux et la prévention. Rappelons que le Canada a adopté des programmes nationaux de sensibilisation comme *Bell Let's Talk*, qui vise à réduire la stigmatisation et à promouvoir la santé mentale dans la société civile et le milieu professionnel¹⁵⁷⁴. Ces initiatives influencent indirectement les politiques de santé publique et contribuent à la création d'un environnement juridique favorable à l'inclusion et à la protection des droits des personnes atteintes de troubles mentaux. En revanche, en France, bien que des efforts soient faits pour sensibiliser à la santé mentale, ils ne sont pas aussi intégrés dans le cadre législatif et ne reçoivent pas un soutien aussi structuré que les initiatives canadiennes. Les obligations des employeurs en matière de santé mentale sont principalement régies par le Code du travail, et la sensibilisation reste moins institutionnalisée. Enfin, la gestion des patients criminels non responsables pour cause de troubles mentaux révèle également des différences. Au Canada, la législation et la jurisprudence, comme dans *R. v. Swain*¹⁵⁷⁵, exigent des audiences régulières pour évaluer l'état mental des détenus psychiatriques et leur dangerosité, assurant ainsi une révision continue de leur statut. En France, bien que des procédures similaires existent pour les patients criminels, la loi de 2011 cadre ces soins sous des mesures de protection renforcées, incluant une supervision judiciaire stricte pour toute décision de soins sans consentement.

¹⁵⁷¹ Ibid : *Starson c. Swayze*, 2003, 1 RCS 722.

¹⁵⁷² Gouvernement du Canada, "Charte canadienne des droits et libertés", Partie I de la Loi constitutionnelle de 1982.

¹⁵⁷³ 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, JORF n°0155 du 6 juillet 2011

¹⁵⁷⁴ Mental Health Commission of Canada, "National Standard of Canada for Psychological Health and Safety in the Workplace", 2013.

¹⁵⁷⁵ *R. v. Swain*, 1991, 1 RCS 933.

761. Pour améliorer le respect de la liberté d'aller et venir des patients en psychiatrie tout en garantissant la sécurité publique dans le modèle de prise en charge psychiatrique français, en s'inspirant du modèle canadien, plusieurs mesures précises peuvent être envisagées. Les Community Treatment Orders (CTOs) au Canada permettent aux patients de recevoir des soins dans la communauté tout en étant soumis à certaines conditions pour assurer leur traitement et leur suivi¹⁵⁷⁶. La France pourrait adopter un système de CTOs pour permettre aux patients psychiatriques de bénéficier de soins communautaires sous certaines conditions. Cela permettrait de garantir leur liberté de mouvement tout en assurant un suivi médical régulier pour ceux qui présentent un risque pour eux-mêmes ou pour autrui. Les CTOs offriraient un cadre légal pour la supervision des patients en milieu ouvert, évitant ainsi les hospitalisations prolongées¹⁵⁷⁷.

762. Les Assertive Community Treatment (ACT) Teams au Canada fournissent des soins intensifs et continus aux patients psychiatriques dans leur milieu de vie quotidien. Ces équipes multidisciplinaires offrent un soutien personnalisé et flexible, réduisant ainsi les hospitalisations fréquentes¹⁵⁷⁸. La France pourrait développer des équipes ACT pour fournir des soins intensifs et continus aux patients psychiatriques tout en respectant leur liberté de mouvement. Ces équipes pourraient intervenir en cas de crise, offrir un soutien à domicile, et coordonner les soins entre les différents services de santé et sociaux. Cela permettrait de traiter les patients dans leur environnement quotidien, améliorant leur qualité de vie et leur intégration sociale. Les directives anticipées en matière de santé mentale sont des documents juridiques permettant aux patients de spécifier à l'avance leurs préférences en matière de traitement psychiatrique. En Ontario, par exemple, les directives anticipées sont respectées par les professionnels de la santé¹⁵⁷⁹. La France pourrait promouvoir l'utilisation des directives anticipées en psychiatrie, permettant aux patients d'exprimer leurs préférences concernant les traitements et les interventions en cas de crise. Cela renforcerait leur autonomie et leur participation aux décisions médicales, facilitant une prise en charge respectueuse de leurs souhaits.

763. Les services de soins mobiles d'urgence au Canada, tels que les équipes de Mobile Crisis Teams (MCT), jouent un rôle crucial dans la gestion des crises psychiatriques en intervenant rapidement au domicile des patients. Ces services permettent de stabiliser les patients en crise sans recourir à une hospitalisation immédiate¹⁵⁸⁰. Les centres de crise au Canada offrent, en

¹⁵⁷⁶ Cf A du présent Paragraphe

¹⁵⁷⁷ C. MULLEN & P.S. APPELBAUM, "Compulsory community and involuntary outpatient treatment for people with severe mental disorders", *Canadian Journal of Psychiatry*, 2008, 53(9), 817-820.

¹⁵⁷⁸ Ontario ACT and FACT Association, <https://ontarioactassociation.com/about-oaaf/>

¹⁵⁷⁹ Health Care Consent Act, Ontario, 1996

¹⁵⁸⁰ "Mental health support: Get help", Government of Canada, <https://www.canada.ca/en/public-health/services/mental-health-services/mental-health-get-help.html>

outre, un hébergement à court terme pour les patients en crise, fournissant un environnement sécurisé et structuré sans recourir à une hospitalisation prolongée. Ces centres permettent aux patients de recevoir un soutien intensif tout en conservant leur liberté de mouvement. La France pourrait renforcer ses services de soins mobiles d'urgence et d'accueil temporaire pour intervenir rapidement en cas de crise psychiatrique tout en permettant limitée voir inexistante à la liberté d'aller et venir du patient concerné. Les équipes mobiles, composées de professionnels de la santé mentale, offriraient des soins intensifs à domicile, réduisant ainsi la nécessité d'une hospitalisation d'urgence et permettant une prise en charge plus respectueuse de la liberté des patients. Les centres offriraient une alternative à l'hospitalisation prolongée, fournissant un soutien intensif dans un environnement moins restrictif et permettant une meilleure gestion des crises psychiatriques.

764. Le Canada a montré un engagement fort envers les standards internationaux en matière de droits de l'homme dans le contexte des soins de santé mentale. En ratifiant des traités tels que la Convention relative aux droits des personnes handicapées (CDPH) des Nations Unies, le Canada s'est engagé à promouvoir et à protéger les droits des personnes atteintes de troubles mentaux, notamment en matière de consentement éclairé et d'accès à des soins de santé de qualité¹⁵⁸¹. Cet engagement pourrait servir de modèle pour la France, où l'intégration explicite de tels standards internationaux dans le cadre juridique pourrait renforcer les protections des droits des patients, notamment en matière de consentement et de soins respectueux de la dignité humaine. En France, bien que les conventions internationales soient reconnues par le Conseil constitutionnel, leur mise en œuvre pourrait être davantage renforcée dans le domaine de la santé mentale.

765. Le modèle canadien inclut l'utilisation de tribunaux de santé mentale (Mental Health Courts), qui permettent une approche judiciaire spécialisée et adaptée aux besoins des individus atteints de troubles mentaux¹⁵⁸². Ces tribunaux sont conçus pour offrir une alternative au système pénal classique, en promouvant le traitement et la réhabilitation plutôt que la punition. L'intégration de tribunaux similaires en France pourrait offrir une approche plus humaine et centrée sur le patient, améliorant ainsi la gestion des affaires où des troubles mentaux jouent un rôle déterminant. La création de ces tribunaux pourrait nécessiter des amendements législatifs au Code de procédure pénale français, tout en s'inspirant des réussites du modèle canadien. Le Canada a développé des chartes spécifiques pour les droits des patients en santé mentale, renforçant l'autonomie des patients et leur droit à des soins adaptés¹⁵⁸³. Ces chartes, intégrées dans la législation provinciale, détaillent les droits des patients à l'information, au

¹⁵⁸¹ Nations Unies, Convention relative aux droits des personnes handicapées, New York, 13 décembre 2006

¹⁵⁸² R. SCHNEIDER, H. BLOOM, & M. HEREEMA, *Mental Health Courts: Decriminalizing the Mentally Ill*, 2007

¹⁵⁸³ Mental Health Act, R.S.O. 1990, c. M.7

consentement, à la confidentialité et à la contestation des décisions médicales. En France, l'adoption d'une charte similaire, encadrée par la législation nationale mais adaptée localement, pourrait renforcer les droits des patients et améliorer leur engagement dans leur propre parcours de soin. Cela pourrait également servir de guide pour les professionnels de santé, en clarifiant les obligations légales et éthiques en matière de santé mentale.

766. Le Canada a une tradition de politiques de santé publique qui intègrent la santé mentale comme un élément clé des programmes de bien-être général et de promotion de la santé. Par exemple, l'initiative « Changing Directions, Changing Lives: The Mental Health Strategy for Canada » met l'accent sur la nécessité de considérer la santé mentale comme un enjeu de santé publique à part entière¹⁵⁸⁴. La France pourrait s'inspirer de cette approche pour intégrer plus explicitement la santé mentale dans ses stratégies de santé publique, en créant des politiques cohérentes qui visent non seulement à traiter les troubles mentaux, mais aussi à promouvoir une bonne santé mentale et à prévenir les maladies mentales, en s'appuyant sur des cadres juridiques renforcés tels que le Code de la santé publique. Au Canada, la recherche en santé mentale est soutenue par des organismes publics tels que les Instituts de recherche en santé du Canada (IRSC), qui financent des études sur l'efficacité des interventions et des politiques¹⁵⁸⁵. En France, bien que la recherche soit également soutenue, une augmentation du financement ciblé pour la recherche sur les politiques de santé mentale pourrait permettre une évaluation continue des réformes et de leur impact. En intégrant des exigences de recherche et d'évaluation dans le cadre législatif, la France pourrait adopter un modèle basé sur des preuves qui guide les réformes futures et améliore les résultats en matière de santé mentale.

767. Le modèle psychiatrique canadien offre donc plusieurs options que la France pourrait adopter pour améliorer son propre système de santé mentale. En renforçant la législation sur les droits des patients, en adoptant des standards nationaux de qualité et en s'inspirant des jurisprudences canadiennes, la France pourrait offrir des soins de santé mentale plus accessibles, équitables et respectueux des droits humains.

[Paragraphe 2. Le modèle australien ou la priorité aux jeunes patients](#)

768. Le modèle psychiatrique australien se caractérise notamment par une approche intégrative, notamment pour les adolescents et les jeunes adultes. Ce modèle vise à encadrer la pratique psychiatrique et à protéger les droits des patients. En analysant ce modèle, nous aborderons dans un premier temps ses particularités et son cadre réglementaire (A). Ensuite, nous proposerons des applications concrètes pour améliorer le modèle français en s'inspirant

¹⁵⁸⁴ Mental Health Commission of Canada, 2012 ; “Changing Directions, Changing Lives: The Mental Health Strategy for Canada”, December 2013, *Canadian Journal of Community Mental Health*, 32(4):1-8, 32(4):1-8, DOI:10.7870/cjcmh-2013-001

¹⁵⁸⁵ Instituts de recherche en santé du Canada, "Rapport annuel", 2014

des réussites australiennes. En renforçant la législation, en adoptant des standards de qualité et en s'inspirant des outils numériques et programmes de prévention australiens, la France pourrait offrir des soins de santé mentale plus accessibles et respectueux de la liberté d'aller et venir des patients (B).

A. Le modèle australien : anticiper la pathologie

769. Le gouvernement australien a choisi de concentrer ses efforts sur les adolescents et les jeunes adultes afin de favoriser un dépistage précoce des troubles dépressifs, des comportements addictifs et des conduites à risque de suicide. Cette stratégie est basée sur le constat que la majorité des troubles mentaux apparaissent dans cette tranche d'âge¹⁵⁸⁶. D'abord, à l'image du modèle canadien, les CTOs sont également utilisés en Australie. L'utilisation des CTOs en Australie est encadrée par des législations spécifiques à chaque État et territoire, reflétant la nature fédérale du système juridique australien¹⁵⁸⁷. A Victoria, la Mental Health Act 2014 de Victoria¹⁵⁸⁸ est l'une des législations clés qui régit les CTOs. Cette loi établit les critères et procédures pour l'émission de CTOs, les droits des patients, et les processus d'appel. La loi permet aux psychiatres d'émettre un CTO pour un patient s'ils estiment que cela est nécessaire pour la santé et la sécurité du patient ou de la communauté. En Nouvelle-Galles du Sud, les CTOs sont régis par la Mental Health Act 2007¹⁵⁸⁹. Les CTOs peuvent être ordonnés par un tribunal ou un administrateur de soins de santé mentale et sont généralement utilisés pour les patients qui ont été hospitalisés de manière involontaire mais qui sont jugés aptes à recevoir un traitement dans la communauté, à condition de respecter certaines conditions. Enfin, à Queensland, en vertu de la Mental Health Act 2016¹⁵⁹⁰, les CTOs peuvent être émis pour des personnes souffrant de troubles mentaux qui ont déjà été hospitalisées de manière involontaire, et qui nécessitent un suivi continu pour prévenir la détérioration de leur état. Les critères pour l'émission d'un CTO varient légèrement d'un État à l'autre, mais ils partagent des éléments communs. Le patient doit présenter un risque de préjudice pour lui-même ou pour autrui si le traitement n'est pas administré sous supervision. Le CTO est généralement émis lorsque le patient nécessite un traitement pour stabiliser son état mental, mais n'est pas disposé ou capable de consentir au traitement volontairement. Les CTOs sont souvent utilisés pour des patients ayant un historique d'hospitalisations répétées en raison de la non-adhérence aux traitements en

¹⁵⁸⁶ Ibid : L. MILLET, « Psychiatrie : quels modèles pour la France ? », Institut Montaigne, 19/09/2018

¹⁵⁸⁷ G. MEADOWS, B. SINGH & M. GRIGG, *Mental Health in Australia: Collaborative Community Practice*. Oxford University Press, 2012.

¹⁵⁸⁸ Mental Health Act 2014, act number 26/2014, <https://www.legislation.vic.gov.au/as-made/acts/mental-health-act-2014>

¹⁵⁸⁹ Mental Health Act 2007 No 8, Current version for 27 May 2024 to date, <https://legislation.nsw.gov.au/view/html/inforce/current/act-2007-008>

¹⁵⁹⁰ Mental Health Act 2016, <https://www.legislation.qld.gov.au/view/html/inforce/current/act-2016-005>

milieu communautaire. Les patients sous CTO doivent être en mesure de vivre dans la communauté, avec des soutiens appropriés¹⁵⁹¹.

770. En 2006, l'Australie a lancé une initiative majeure avec la création de la National Youth Mental Health Foundation, plus connue sous le nom de Headspace¹⁵⁹². Ce programme se structure autour de quatre axes principaux : la santé mentale, la santé physique, le soutien scolaire et les addictions. Headspace a conduit à la création des “maisons des adolescents” ou Headspace Centers, dont on dénombre actuellement 95 à travers tout le pays. Ces centres offrent un accès gratuit à des services de santé, où les jeunes peuvent consulter des médecins généralistes, des psychiatres et des travailleurs sociaux dans des environnements accueillants. L'initiative Headspace a contribué à la déstigmatisation des troubles mentaux chez les jeunes. Les centres ne se concentrent pas uniquement sur les problèmes de santé mentale, mais abordent également des questions liées à la drogue, l'alcool et la sexualité. Ce modèle intégratif permet de traiter les jeunes de manière holistique, répondant à divers aspects de leur bien-être.

771. Dans un pays aussi vaste que l'Australie, l'utilisation d'outils numériques a été cruciale pour atteindre un large public de jeunes. Le programme Headspace a réussi à fournir plus de deux millions de services à environ 355 000 jeunes à travers ses centres physiques, en ligne (via l'e-headspace) et par téléphone. Ces plateformes numériques jouent un rôle essentiel en rendant les services accessibles, peu importe la localisation géographique des jeunes. En parallèle des services directs, Headspace organise de nombreuses actions de prévention et de sensibilisation, notamment des interventions de prévention du suicide dans les écoles. Ces programmes éducatifs visent à informer les jeunes sur les signes avant-coureurs des troubles mentaux et les stratégies pour chercher de l'aide.

772. L'initiative Headspace s'inscrit dans un cadre juridique et réglementaire solide, visant à protéger et promouvoir la santé mentale des jeunes. Elle s'appuie notamment sur la Mental Health Act de 2014¹⁵⁹³. Cette loi encadre les services de santé mentale en Australie et inclut des dispositions spécifiques pour les jeunes. Elle définit les droits des patients, les conditions de l'hospitalisation involontaire et les obligations des prestataires de soins en matière de consentement éclairé et de respect de la dignité des patients. L'initiative s'appuie aussi sur le Mental Health Act de 2007¹⁵⁹⁴. Cette loi régit les services de santé mentale en Nouvelle-Galles du Sud, offrant des protections aux patients et établissant les procédures pour l'admission

¹⁵⁹¹ R. CHURCHILL, G. OWEN, M. HOTOPF & S. SINGH, "International experiences of using community treatment orders." *The King's Fund*, London, 2007 ; E. LIGHT, I. KERRIDGE, C. RYAN & M. ROBERTSON, "Out of sight, out of mind: making involuntary community treatment visible in the mental health system." *Medical Journal of Australia*, 2012, 196(9), 591-593.

¹⁵⁹² Youth Mental Health Foundation supports the parents of young people who are struggling with mental health, to play a key role in their child's healing : <https://www.youthmentalhealthfoundation.org/>

¹⁵⁹³ Ibid : Mental Health Act 2014, act number 26/2014

¹⁵⁹⁴ Ibid : Mental Health Act 2007 No 8, Current version for 27 May 2024 to date,

involontaire. Elle met l'accent sur les droits des patients et l'accès équitable aux services de santé mentale. L'initiative s'appuie enfin sur la Guardianship and Administration Act de 1986¹⁵⁹⁵. Cette loi concerne la nomination de tuteurs et d'administrateurs pour les personnes incapables de gérer leurs propres affaires, y compris les patients psychiatriques. Elle assure la protection juridique des patients et veille à ce que leurs intérêts soient représentés de manière appropriée. Comme en droit canadien, la jurisprudence encadre également les pratiques médicales en psychiatrie. La Cour suprême de Victoria a notamment souligné l'importance de respecter le consentement éclairé des patients et de s'assurer que les traitements soient administrés dans le respect des droits humains fondamentaux¹⁵⁹⁶. La Cour a aussi traité de la validité des directives anticipées des patients psychiatriques, affirmant que les souhaits exprimés par les patients en matière de traitement doivent être respectés autant que possible¹⁵⁹⁷.

773. Outre cet encadrement juridique, l'Australie a également mis en place des standards et directives bien particulières. Les National Standards for Mental Health Services, par exemple, sont des normes nationales qui définissent les critères de qualité et de sécurité pour les services de santé mentale, incluant ceux destinés aux jeunes. Elles garantissent que les services fournis par les Headspace Centers respectent des standards élevés de soins¹⁵⁹⁸. Il existe également le Fifth National Mental Health and Suicide Prevention Plan. Il s'agit d'un plan stratégique visant à coordonner les efforts nationaux pour améliorer la santé mentale et prévenir le suicide. Il met un accent particulier sur l'accès aux soins pour les jeunes et la prévention des troubles mentaux¹⁵⁹⁹.

774. L'initiative Headspace a démontré une efficacité significative en termes de déstigmatisation et d'accès aux soins. Des évaluations continues et des recherches appuient le succès du programme, en mettant en évidence une augmentation du nombre de jeunes cherchant de l'aide pour des problèmes de santé mentale. Cette initiative illustrant majoritairement la particularité du modèle de prise en charge psychiatrique australien pourrait, sur certains aspects, servir de modèle pour l'évolution du modèle français actuel.

B. Une influence potentielle sur le modèle français ?

¹⁵⁹⁵ Guardianship and Administration Act 1986, act number 58/1986, version 089, <https://www.legislation.vic.gov.au/repealed-revoked/acts/guardianship-and-administration-act-1986/089>

¹⁵⁹⁶ Cour suprême de Victoria, XY v. The Mental Health Review Board, 2015, VSC 268.

¹⁵⁹⁷ Cour suprême de Victoria, Re SB [2013] VSC 437.

¹⁵⁹⁸ National Standards for Mental Health Services (NSMHS), Australian Government, <https://www.health.gov.au/sites/default/files/documents/2021/04/national-standards-for-mental-health-services-2010-and-implementation-guidelines-national-standards-for-mental-health-services-2010.pdf>

¹⁵⁹⁹ The Fifth National Mental Health and Suicide Prevention Plan, Australian Government, <https://www.mentalhealthcommission.gov.au/monitoring-and-reporting/fifth-plan/5th-national-mental-health-and-suicide-prevention>

775. En France, une adaptation du modèle psychiatrique australien, en particulier l'initiative Headspace, pourrait inclure la création de centres similaires, dédiés aux adolescents et aux jeunes adultes, permettant une détection précoce et un traitement adapté des troubles mentaux. Le programme Headspace propose des services gratuits et facilement accessibles, centrés sur quatre domaines : la santé mentale, la santé physique, le soutien scolaire et les addictions. En France, la mise en place de centres similaires pourrait aider à réduire les barrières à l'accès aux soins¹⁶⁰⁰. En outre, l'Australie possède une législation claire et protectrice des droits des patients psychiatriques¹⁶⁰¹. Ces lois encadrent les conditions de l'hospitalisation involontaire, le consentement éclairé et les droits des patients, assurant un cadre juridique solide pour la protection des patients. En France, une révision et un renforcement de la législation existante, inspirée de ces textes, pourraient améliorer la protection des droits des patients psychiatriques. Par exemple, le Code de la santé publique pourrait être amendé pour inclure des dispositions plus strictes sur le consentement éclairé et les droits des patients en traitement involontaire. La France pourrait également adopter des standards nationaux similaires aux NSMHS australiens¹⁶⁰² pour harmoniser la qualité des services de santé mentale à travers le pays. Cela pourrait inclure des directives spécifiques pour les jeunes, garantissant que tous les services répondent à des critères élevés de qualité et de sécurité.

776. L'utilisation d'outils numériques par le programme Headspace, tels que l'e-headspace, permet d'atteindre un large public de jeunes, même dans les zones rurales ou éloignées. La France pourrait développer davantage de plateformes numériques pour offrir des consultations et du soutien en ligne, améliorant ainsi l'accessibilité aux soins. La France pourrait s'inspirer de cette initiative pour développer des services numériques similaires, augmentant ainsi la portée des soins de santé mentale et réduisant les disparités géographiques. Headspace organise des programmes de prévention et de sensibilisation, y compris des interventions en milieu scolaire pour prévenir le suicide. La France pourrait intensifier ses efforts de prévention en s'inspirant de ces programmes, intégrant des initiatives similaires dans le cadre scolaire et communautaire.

777. Pour améliorer le respect de la liberté d'aller et venir des patients en psychiatrie tout en garantissant la sécurité publique dans le modèle de prise en charge français, il serait pertinent d'examiner certaines pratiques australiennes et d'envisager leur adaptation en France. Par exemple, les CTOs également utilisés en Australie permettent de traiter les patients dans leur communauté tout en imposant des conditions spécifiques pour assurer leur suivi et leur

¹⁶⁰⁰ Site internet de la « headspace National Youth Mental Health Foundation », <https://headspace.org.au/>.

¹⁶⁰¹ Mental Health Act 2014 (Victoria) & Mental Health Act 2007 (New South Wales)

¹⁶⁰² Ibid : National Standards for Mental Health Services (NSMHS)

traitement. Encadrés par la Mental Health Act de 2014¹⁶⁰³ en Victoria, ces ordres garantissent un équilibre entre la liberté des patients et la sécurité publique. De même, en France, l'adoption d'un système de CTOs pourrait faciliter des soins communautaires pour les patients psychiatriques, sous des conditions contrôlées, assurant à la fois leur liberté de mouvement et une supervision médicale appropriée, similaire à ce qui est observé dans le système canadien.

778. Pour compléter cette approche, l'instauration d'une pratique de Safeguards Review¹⁶⁰⁴ pourrait également s'avérer bénéfique. En Australie, des commissions indépendantes révisent régulièrement les cas de patients soumis à des CTOs ou autres restrictions pour veiller au respect de leurs droits et à la justification des mesures appliquées¹⁶⁰⁵. La France pourrait intégrer un système comparable de revue indépendante, afin d'assurer que toute limitation de liberté soit justifiée, proportionnée et périodiquement réévaluée, protégeant ainsi les droits fondamentaux des patients. En parallèle, l'inspiration pourrait être tirée de la Charter of Human Rights and Responsibilities Act de 2006 de Victoria, qui offre une protection claire des droits des patients psychiatriques, en garantissant un traitement digne et respectueux¹⁶⁰⁶. La France pourrait envisager de renforcer ses propres cadres législatifs en intégrant des protections similaires dans le Code de la santé publique, afin de garantir que les droits des patients soient respectés dans toutes les décisions de soins. Enfin, l'Australie déploie des programmes de prévention et de sensibilisation, tels que ceux menés par Headspace, visant à éduquer les jeunes et la communauté sur les questions de santé mentale, les signes précurseurs de troubles et les moyens de chercher de l'aide¹⁶⁰⁷. En France, l'amplification de tels programmes, intégrés dans les environnements scolaires et communautaires, pourrait contribuer à réduire la stigmatisation des troubles mentaux et favoriser une culture de soutien et de compréhension. De telles initiatives pourraient non seulement prévenir les crises mais aussi diminuer la nécessité d'interventions coercitives, en se concentrant sur la prévention et l'éducation.

779. En s'inspirant du modèle australien, la France pourrait adopter des mesures telles que les CTOs, les équipes ACT, la Safeguards Review, le renforcement des droits des patients, et des programmes de prévention et de sensibilisation. Ces initiatives contribueraient à améliorer le respect de la liberté des patients psychiatriques et à garantir la sécurité publique. Les

¹⁶⁰³ "Treatment orders, Find out about treatment orders, criteria, process, duration, and rights.", Department of Health, <https://www.health.vic.gov.au/mental-health-and-wellbeing-act-handbook/treatments-and-interventions/treatment-orders>

¹⁶⁰⁴ "Consumer Safeguards Review", Telecommunications Industry Ombudsman, <https://www.tio.com.au/about-us/consumer-safeguards-review>

¹⁶⁰⁵ S. KISELY, N. PRESTON, J. XIAO, D. LAWRENCE, S. LOUISE, E. CROWE & S. SEGAL, "The use of community treatment orders in Australia: Rates and patterns of use.", *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 2011, 45(8), 686-693.

¹⁶⁰⁶ Charter of Human Rights and Responsibilities Act 2006, 07/25/2006, No. 43 of 2006

¹⁶⁰⁷ Ibid : Headspace National Youth Mental Health Foundation, <https://www.childsafety.gov.au/get-support/headspace-national-youth-mental-health-foundation>

références légales et pratiques australiennes fournissent un cadre éprouvé qui pourrait inspirer des réformes significatives dans le système de santé mentale français. Mais les modèles explorés jusqu'ici n'étaient pas concernés par l'encadrement des institutions juridiques européennes. Qu'en est-il pour des pays concernés par ledit encadrement ? Quels apports peuvent-ils proposer pour améliorer le système français ?

Section 2. Les modèles européens : sources d'amélioration du système psychiatrique français ?

780. L'asile moderne en Europe naît au tournant des XVIII^e et XIX^e siècles grâce à des figures clés comme Philippe Pinel en France et William Tuke au Royaume-Uni. Le « traitement moral » de Pinel, croyant en la curabilité de la folie, inspire des modèles de vie institutionnelle visant à utiliser la part de raison chez chaque individu. Chaque pays développe ses lois fondatrices, comme la loi de 1838 en France¹⁶⁰⁸, qui devient un modèle pour d'autres pays¹⁶⁰⁹. Cependant, des disparités existent entre les nations dans l'organisation de l'assistance psychiatrique. À partir du milieu du XIX^e siècle, les asiles sont confrontés à une surcharge et à des critiques concernant les faibles taux de guérison et les abus, comme les séquestrations arbitraires. Des scandales, tels que l'affaire d'Evere en Belgique¹⁶¹⁰ et les abus en Angleterre, poussent à réviser les lois pour mieux contrôler les établissements. Cette crise multiforme conduit à la diversification des pratiques, incluant des quartiers spéciaux pour épileptiques et alcooliques, ainsi que des colonies agricoles pour convalescents. Les bouleversements des deux guerres mondiales accélèrent la remise en question du modèle asilaire. En France, des expérimentations alternatives à l'internement apparaissent pendant la Première Guerre mondiale. Les années 1920 et 1930 voient l'ouverture de nouvelles institutions en dehors des asiles, et la dénomination « hôpital psychiatrique » remplace « asile » en 1937. La Seconde Guerre mondiale et les atrocités commises contre les malades mentaux en Allemagne soulignent davantage les limites des asiles. Dans les années 1950 et 1960, l'introduction des neuroleptiques et la diversification des pratiques thérapeutiques transforment les hôpitaux psychiatriques. Des réformes, comme la circulaire du 15 mars 1960 en France, instaurent la sectorisation psychiatrique. En Italie, la loi 180 de 1978 interdit les nouvelles admissions dans les hôpitaux psychiatriques, conduisant à leur fermeture progressive. Ces réformes visent à favoriser la prise en charge des patients hors des hôpitaux, bien que le développement de structures alternatives varie selon les pays¹⁶¹¹.

¹⁶⁰⁸ J. GARRABÉ, « En France : la loi du 30 juin 1838 créant les asiles d'aliénés », *EU Universalis*, 29/01/2025

¹⁶⁰⁹ J. FREEBODY, *Work and Occupation in French and English Mental Hospitals, c.1918-1939*, Palgrave Macmillan, 2023.

¹⁶¹⁰ GODART, Gauthier. « L'asile en procès. Le scandale d'Evere (1871-1872) et la prise en charge de la folie en Belgique ». *Presses Universitaires de Louvain*, Louvain-la-Neuve (2019) (ISBN:978-2-87558-862-3) 208 pages

¹⁶¹¹ F. LE BONHOMME, A. LE BRAS, « Histoire de la psychiatrie en Europe (19^e siècle-20^e siècle) », *Encyclopédie d'histoire numérique de l'Europe* [en ligne], ISSN 2677-6588, mis en ligne le 23/06/20

781. Les modèles de prise en charge psychiatrique en Europe ont évolué sous l'influence de diverses réformes et législations, telles que la loi de 2004 en France. Les règles juridiques européennes et la culture européenne continuent de structurer et d'encadrer ces modèles, assurant une prise en charge adaptée et respectueuse des droits des patients dans l'Union Européenne. Certains modèles européens sont davantage éloignés du modèle français et feront donc l'objet d'une analyse permettant de mettre en évidence les éléments qui pourraient agrémenter ou modifier positivement le système français : les modèles du Royaume-Uni (Paragraphe 1), du Danemark (Paragraphe 2) et de la Suisse (Paragraphe 3).

Paragraphe 1. Royaume-Uni : un patient acteur de ses soins

782. Certes, le Royaume-Uni n'est plus membre de l'Union européenne depuis le 31 janvier 2020. C'est à cette date que le Brexit est officiellement entré en vigueur, marquant la fin de l'adhésion du Royaume-Uni, après 47 ans d'appartenance à l'UE¹⁶¹². Mais son passé de membre de l'UE ainsi que sa culture européenne ont largement influencé l'encadrement juridique du modèle psychiatrique britannique (A). Une inspiration potentielle pour l'amélioration du modèle français, notamment concernant la difficile conciliation entre sécurité publique et respect de la liberté d'aller et venir du patient (B).

A. Le modèle psychiatrique au Royaume-Uni : une approche sociale et intégrative

783. Le Royaume-Uni possède un modèle psychiatrique distinctif, caractérisé par une approche sociale et intégrative. Ce modèle repose sur la participation active des patients et est soutenu par une réglementation robuste, comprenant des lois, des jurisprudences et des directives spécifiques visant à encadrer la pratique psychiatrique et à protéger les droits des patients¹⁶¹³. La France pourrait renforcer les protections des droits des patients psychiatriques en s'inspirant de cette charte. Cela pourrait inclure l'intégration de droits spécifiques comme la garantie de la liberté d'aller et venir du patient dans le Code de la santé publique, garantissant que les patients sont traités avec dignité et respect, et que leurs droits sont protégés dans toutes les décisions de soins.

784. La création en 1998 du National Service Framework for Mental Health a marqué une étape cruciale dans le développement des services de santé mentale au Royaume-Uni. Ce cadre a défini des standards de qualité pour les services de santé mentale et a mis en avant une approche centrée sur les usagers, favorisant leur autonomisation et leur participation active dans les décisions concernant leur traitement. L'une des caractéristiques clés du modèle britannique

¹⁶¹² BBC News, "Brexit: What you need to know about the UK leaving the EU", December 30, 2020, <https://www.bbc.com/news/uk-politics-32810887>

¹⁶¹³ Guidance: National service framework: mental health, Department of Health and Social Care, Published 10 September 1999, <https://www.gov.uk/government/publications/quality-standards-for-mental-health-services>

est l'autonomisation des patients. Les patients jouent un rôle déterminant non seulement dans les décisions cliniques les concernant, mais aussi dans l'évaluation de la qualité des soins et de leur propre qualité de vie. Le système de paiement direct, introduit dans le cadre du National Health Service (NHS), permet aux patients de recevoir directement un budget après l'avis positif des services sociaux¹⁶¹⁴. Ce budget leur permet de choisir et de financer les services de santé qu'ils jugent nécessaires, en fonction de leurs besoins spécifiques. Ce système a souvent conduit les patients à employer des aides à domicile pour un soutien personnalisé. Et cette approche, qui limite les hospitalisations et implique activement le patient dans son processus de guérison, a fait du Royaume-Uni le pays européen avec la plus faible capacité résidentielle en psychiatrie. En deux décennies, 112 des 126 hôpitaux psychiatriques ont été fermés, et le nombre total de lits est passé de 140 000 à 25 000. En parallèle, des structures alternatives de prise en charge en dehors de l'hôpital, offrant un suivi complet, ont été développées¹⁶¹⁵.

785. Le cadre juridique de la prise en charge psychiatrique au Royaume-Uni repose notamment sur le Mental Health Act¹⁶¹⁶ et le Mental Capacity Act¹⁶¹⁷. Le Mental Health Act constitue le pilier principal de la réglementation psychiatrique au Royaume-Uni. Elle encadre les conditions d'hospitalisation volontaire et involontaire, les droits des patients, et les procédures de traitement. La version amendée de 2007 a introduit des réformes importantes, notamment l'évaluation régulière des patients hospitalisés sans consentement et la nomination de tuteurs pour les patients incapables. Et le Mental Capacity Act vise à protéger les personnes qui ne sont pas en mesure de prendre des décisions par elles-mêmes. Elle définit les critères d'évaluation de la capacité mentale et établit des procédures pour les décisions prises au nom des personnes incapables. La jurisprudence encadre également la prise en charge psychiatrique. La Chambre des lords a notamment souligné l'importance de respecter les directives nationales concernant la détention et le traitement des patients psychiatriques. La Cour a mis l'accent sur le respect des droits humains et la nécessité de standards de soins appropriés¹⁶¹⁸. L'affaire Bournemouth Community and Mental Health NHS Trust a également mis en lumière les lacunes du cadre juridique concernant la détention informelle des patients incapables. Elle a conduit à l'introduction des « Deprivation of Liberty Safeguards » dans la loi de 2007, visant à protéger les patients contre les détentions arbitraires¹⁶¹⁹. Un certain nombre de directives et standards encadre également la prise en charge psychiatrique. Le National Institute for Health and Care

¹⁶¹⁴ Le National Health Service (NHS) est le système de santé publique du Royaume-Uni. Cette institution offre une gamme complète de services de santé, allant de la médecine générale aux urgences hospitalières, en passant par les soins de longue durée et les soins dentaires. : <https://www.nhs.uk/>

¹⁶¹⁵ Audit Commission, "Mental Health: The Operation of Community Mental Health Services for Adults in England and Wales.", 1998 ; Department of Health, "Modernising Mental Health Services: Safe, Sound and Supportive.", 1999 ; Mental Health Strategies, "Inpatient Provision for Mental Health in the NHS.", 2012

¹⁶¹⁶ Mental Health Act 1983 (amendée en 2007), <https://www.legislation.gov.uk/ukpga/2007/12/contents>

¹⁶¹⁷ Mental Capacity Act 2005, <https://www.legislation.gov.uk/ukpga/2005/9/contents>

¹⁶¹⁸ R (on the application of Munjaz) v. Mersey Care NHS Trust, 2005, UKHL 58

¹⁶¹⁹ Bournemouth Community and Mental Health NHS Trust, ex parte L, 1999, AC 458

Excellence¹⁶²⁰ publie des directives cliniques qui établissent les meilleures pratiques pour le traitement des troubles mentaux. Ces directives sont fondées sur des preuves scientifiques et visent à garantir des soins de haute qualité. Le National Service Framework for Mental Health est une autre directive, dont le cadre a été essentiel pour améliorer la qualité des soins de santé mentale au Royaume-Uni. Il établit des standards clairs et des objectifs pour les services de santé mentale, en mettant l'accent sur la prévention, l'accessibilité, et la participation des patients¹⁶²¹.

786. Le Royaume-Uni a également mis en place différentes innovations et programmes spécifiques pour l'avenir de la santé mentale. Les Crisis Resolution and Home Treatment Teams (CRHT) sont des équipes spécialisées qui interviennent en situation de crise pour fournir des soins intensifs à domicile, évitant ainsi les hospitalisations inutiles. Ce modèle a été très efficace pour réduire les admissions en urgence et améliorer les résultats pour les patients¹⁶²². Il existe également le Improving Access to Psychological Therapies (IAPT) qui, lancé en 2008, vise à améliorer l'accès aux thérapies psychologiques pour les personnes souffrant de troubles mentaux communs comme la dépression et l'anxiété. Ce programme a permis d'élargir considérablement l'accès aux services de thérapie cognitive et comportementale (TCC)¹⁶²³.

787. En conclusion, le modèle psychiatrique britannique, caractérisé par l'autonomisation des patients, la réduction des hospitalisations et un cadre juridique robuste, offre un exemple précieux pour d'autres pays. En intégrant ces principes et en adoptant des réformes législatives similaires, la France pourrait améliorer son propre système de santé mentale, offrant des soins plus accessibles, équitables et respectueux des droits humains. Les textes de loi, la jurisprudence et les directives spécifiques du Royaume-Uni fournissent un cadre complet qui pourrait inspirer des évolutions significatives dans d'autres systèmes de santé mentale à travers le monde, et notamment en France.

B. Une influence potentielle sur le modèle français ?

788. L'approche du modèle britannique est facilitée par le paiement direct, où un budget est versé directement au patient après l'avis positif des services sociaux, permettant au patient de

¹⁶²⁰ National Institute for Health and Care Excellence (NICE) guidelines are evidence-based recommendations for health and care in England and Wales, <https://www.nice.org.uk/about/what-we-do/our-programmes/nice-guidance/nice-guidelines>

¹⁶²¹ Ibid : Guidance: National service framework: mental health, Department of Health and Social Care, sept 1999
¹⁶²²S. JOHNSON, "Crisis resolution and home treatment teams: an evolving model." *Advances in Psychiatric Treatment*. 2013;19(2):115-123. doi:10.1192/apt.bp.107.004192

¹⁶²³ S. WAKEFIELD, S. KELLETT, M. SIMMONDS-BUCKLEY, D. STOCKTON, A. BRADBURY, J. DELGADILLO, "Improving Access to Psychological Therapies (IAPT) in the United Kingdom: A systematic review and meta-analysis of 10-years of practice-based evidence", *Br J Clin Psychol*. 2021 Mar;60(1):1-37. doi: 10.1111/bjc.12259. Epub 2020 Jun 23. PMID: 32578231.

choisir les services adaptés à ses besoins. La France pourrait s'inspirer de ce système pour renforcer l'autonomie des patients psychiatriques en leur permettant de gérer directement une partie des ressources allouées à leur traitement, ce qui pourrait améliorer leur engagement et leur satisfaction envers les soins reçus. Le Royaume-Uni a considérablement réduit le nombre d'hôpitaux psychiatriques et de lits disponibles, tout en développant des structures alternatives de prise en charge à temps complet en dehors de l'hôpital. La France pourrait tirer parti de cette approche en développant davantage de services de soins communautaires et de centres de jour, réduisant ainsi la dépendance aux hospitalisations prolongées et favorisant une intégration plus efficace des patients dans la société¹⁶²⁴. La France pourrait améliorer son Code de la santé publique en y intégrant des dispositions similaires, renforçant ainsi les protections juridiques pour les patients, notamment concernant le consentement éclairé et la gestion des capacités mentales. Cela pourrait inclure des révisions pour des procédures d'examen plus régulières des hospitalisations involontaires et la nomination de tuteurs pour les patients incapables, y compris si leur incapacité n'est que temporaire. La France pourrait également adopter l'équivalent de standards nationaux similaires pour harmoniser la qualité des services de santé mentale à travers le pays, incluant des directives spécifiques pour les jeunes, les adultes et les personnes âgées. Cela garantirait que tous les services répondent à des critères élevés de qualité et de sécurité. De même, les programmes IAPT et CRHT développés par le Royaume-Uni ont montré leur efficacité au Royaume-Uni en améliorant l'accès aux thérapies psychologiques et en fournissant des soins intensifs à domicile pour éviter les hospitalisations¹⁶²⁵. La France pourrait s'inspirer de ces programmes pour développer des initiatives similaires, augmentant ainsi l'accès aux soins et réduisant la nécessité d'hospitalisations prolongées. Mais la France peut-elle améliorer le respect de la liberté d'aller et venir du patient tout en garantissant la sécurité publique, en s'inspirant du modèle anglais ?

789. Pour améliorer le respect de la liberté d'aller et venir des patients en psychiatrie tout en garantissant la sécurité publique dans le cadre français, plusieurs mesures pourraient s'inspirer du modèle britannique. D'abord, l'introduction en France de mesures comparables aux Community Treatment Orders (CTOs), déjà en place au Royaume-Uni, offrirait aux patients la possibilité de recevoir des soins dans un cadre communautaire sous certaines conditions définies. Ces ordonnances, régies par la Mental Health Act 1983 au Royaume-Uni, ont prouvé leur efficacité en réduisant les hospitalisations tout en maintenant un suivi rigoureux des patients à risque¹⁶²⁶. En intégrant un tel système, la France pourrait également concilier liberté

¹⁶²⁴ Ibid : National Service Framework for Mental Health (1998)

¹⁶²⁵ C. MURDOCH, "The Five Year Forward View for Mental Health Impact of the IAPT-LTC programme", Analyse for the Accreditation Programme for Psychological Therapies 4th Annual Forum, 14th November 2018, https://www.rcpsych.ac.uk/docs/default-source/improving-care/ccqi/quality-networks/psychological-therapy-appts/7-long-term-conditions.pdf?sfvrsn=7e1de406_4

¹⁶²⁶ G. MIKELLIDES, A. STEFANI, M. TANTELE, "Community treatment orders: international perspective." *BJPsych international*, 2019, 16(4), 83–86. <https://doi.org/10.1192/bji.2019.4>

de mouvement et nécessité de suivi médical pour les patients présentant un risque pour eux-mêmes ou pour autrui. Ensuite, la création d'équipes de soins intensifs communautaires, similaires aux Assertive Community Treatment (ACT) Teams britanniques, pourrait bénéficier au modèle français. Ces équipes, disponibles en continu et capables d'intervenir directement dans l'environnement quotidien des patients, permettent une prise en charge personnalisée et intensive, réduisant ainsi la fréquence des hospitalisations¹⁶²⁷. Leur mise en place en France favoriserait un suivi étroit tout en respectant la liberté des patients, offrant une alternative viable à l'hospitalisation forcée, surtout en cas de crise. Enfin, la France pourrait tirer parti de l'expérience britannique avec les Deprivation of Liberty Safeguards (DoLS), qui visent à encadrer strictement la privation de liberté des patients hospitalisés sans leur consentement. Inspirées par des cas juridiques comme celui de l'affaire Bournemouth¹⁶²⁸, ces garanties assurent que toute restriction de liberté soit justifiée, proportionnée, et soumise à des révisions régulières par une autorité indépendante¹⁶²⁹. En adoptant des mesures semblables, la France renforcerait la protection des droits des patients psychiatriques, en garantissant que toute décision de privation de liberté soit prise dans le respect des standards légaux et éthiques, tout en assurant une évaluation continue de la situation du patient. Toutes ces mesures contribueraient à un équilibre entre la protection des droits des patients et les impératifs de sécurité, tout en assurant une prise en charge efficace et humaine.

Paragraphe 2. Danemark, lieu de prise en charge « délocalisée »

790. Le Danemark est membre de l'Union européenne depuis le 1^{er} janvier 1973. Bien qu'il participe activement à la plupart des initiatives de l'UE, le Danemark bénéficie de certaines dérogations, notamment dans les domaines de la politique de sécurité et de défense commune, ainsi que sur l'euro, qu'il n'a pas adopté, conservant sa monnaie nationale, la couronne danoise¹⁶³⁰. Le modèle psychiatrique danois se distingue par une approche communautaire et décentralisée des soins de santé mentale. Le Danemark privilégie les soins ambulatoires et l'intégration des patients dans la communauté plutôt que l'internement dans des institutions psychiatriques. Cette approche repose sur la prévention, la détection précoce et le traitement de proximité, avec un fort accent sur les droits des patients et leur participation active au processus de soins¹⁶³¹. Les services de santé mentale sont largement accessibles et financés par le système de santé publique, garantissant une couverture universelle (A). Une inspiration potentielle pour

¹⁶²⁷ S. VIDAL, L. CORREA, N. PERROUD, P. HUGUELET, "Difficult-to-engage patients: What evolution after discharge from Assertive Community Programs?", *L'Encéphale*, Volume 47, Issue 5, October 2021, Pages 426-434

¹⁶²⁸ Bournemouth Community and Mental Health NHS Trust, ex parte L [1999] AC 458

¹⁶²⁹ "Deprivation of Liberty Safeguards (DoLS) at a glance", Social care institute for excellence, may 2015, last updated: November 2020, October 2022 ; *ibid* : Mental Capacity Act 2005

¹⁶³⁰ Site de l'UE, « Denmark » : https://european-union.europa.eu/principles-countries-history/eu-countries/denmark_en

¹⁶³¹ Cf A du présent Paragraphe

l'amélioration du modèle français, notamment concernant la difficile conciliation entre sécurité publique et respect de la liberté d'aller et venir du patient (B).

A. Le modèle danois : une approche intégrée, centrée sur le patient

791. Le modèle psychiatrique danois est reconnu pour son approche combinant des soins médicaux et des services sociaux pour offrir une prise en charge globale et équitable des personnes atteintes de troubles mentaux. Cette approche est soutenue par une réglementation robuste qui encadre les responsabilités des différents niveaux de gouvernement et garantit la protection des droits des patients. En 2007, le Danemark a mis en œuvre une réforme structurelle majeure de son système de santé, visant à clarifier les rôles et les responsabilités en matière de santé mentale entre les niveaux régional et local. Cette réforme a été fondamentale pour établir une organisation territoriale efficace et une prise en charge cohérente des patients¹⁶³². Les régions sont responsables de l'organisation et de la gestion des hôpitaux psychiatriques et des services de santé mentale. Elles sont chargées de la planification, du financement et de la supervision des soins psychiatriques, assurant la disponibilité et la qualité des services. Les régions doivent également coordonner les services avec les municipalités pour garantir une prise en charge continue et intégrée¹⁶³³. Au niveau local, les municipalités jouent un rôle crucial dans la coordination des services sociaux liés à la santé mentale. Elles sont responsables des services d'aide à domicile, de la réhabilitation, de l'inclusion sociale et de la réinsertion des patients. Ce niveau de prise en charge vise à soutenir l'intégration des personnes dans la communauté et à limiter la médicalisation excessive des troubles mentaux¹⁶³⁴.

792. Un aspect clé du modèle danois est la réservation d'un quart du parc locatif aux personnes ayant des problèmes sociaux ou mentaux. Cette politique permet de garantir un logement stable et sécurisé, essentiel pour la réhabilitation et l'intégration des patients dans la société¹⁶³⁵. La réforme de 2007 a également encouragé une transition significative vers les soins ambulatoires, réduisant la dépendance aux hospitalisations prolongées. Les services ambulatoires sont conçus pour être accessibles et centrés sur les besoins des patients, favorisant leur autonomie et leur réintégration dans la communauté¹⁶³⁶. Le cadre juridique danois en matière de santé mentale est rigoureux, garantissant les droits des patients et encadrant les pratiques de soins psychiatriques. La Loi sur la Santé Mentale (Psykiatriloven) régit les

¹⁶³² Loi sur la Santé (Sundhedsloven) de 2005, modifiée en 2007, LBK nr 210 af 27/01/2022, <https://www.retsinformation.dk/eli/lt/2022/210>

¹⁶³³ Ibid : Sundhedsloven §206

¹⁶³⁴ Lov om Social Service (Loi sur les Services Sociaux) §81, LBK nr 170 af 24/01/2022, <https://www.retsinformation.dk/eli/lt/2022/170>

¹⁶³⁵ Lov om almene boliger (Loi sur les Logements Sociaux) §59, LBK nr 1203 af 03/08/2020, <https://www.retsinformation.dk/eli/lt/2020/1203>

¹⁶³⁶ H. ANDERSEN, J. LADENBURG, P. STEEN DYSSEGAARD, Rapport om reform af den mentale sundhed i Danmark / Danskernes mentale sundhed, Udvikling, baggrund og konsekvenser, *Rockwool Fonden*, 2007, https://bedrepsykiatri.dk/wp-content/uploads/2020/12/RFF_Danskernes-mentale-sundhed-2020.pdf

conditions d'hospitalisation volontaire et involontaire, les droits des patients et les obligations des prestataires de soins. Elle met l'accent sur le consentement éclairé et le respect de la dignité des patients¹⁶³⁷. Les décisions judiciaires au Danemark ont également renforcé les protections des patients psychiatriques. Par exemple, la Cour suprême danoise a statué sur des affaires concernant le consentement éclairé et la légalité des hospitalisations involontaires, garantissant que les droits des patients sont toujours respectés¹⁶³⁸. Enfin, le Danemark a prévu un certain nombre d'initiatives et de programmes spécifiques pour améliorer la prise en charge en santé mentale. Les municipalités sont responsables de divers programmes de réhabilitation et d'inclusion qui visent à aider les patients à retrouver une vie normale. Ces programmes incluent des activités éducatives, professionnelles et sociales conçues pour renforcer les compétences et l'autonomie des individus¹⁶³⁹. Le Danemark investit également dans la recherche et l'évaluation des services de santé mentale. Des études scientifiques évaluent régulièrement l'efficacité des interventions et des politiques de santé mentale, permettant des ajustements et des améliorations continues¹⁶⁴⁰.

793. Le modèle psychiatrique danois, soutenu par une réglementation détaillée et des politiques axées sur l'intégration sociale et l'équité, offre une prise en charge globale et respectueuse des droits des patients. La réforme de 2007 a été un tournant majeur, établissant une organisation territoriale efficace et une coopération renforcée entre les niveaux régional et local. Les aspects juridiques, y compris la Loi sur la Santé Mentale (Psykiatriloven) et les décisions de la Cour suprême, garantissent que les droits des patients sont protégés et que les soins sont dispensés de manière éthique et efficace. Ce modèle pourrait inspirer d'autres pays, y compris la France, à adopter des réformes similaires pour améliorer leurs systèmes de santé mentale.

B. Une influence potentielle sur le modèle français ?

794. Le modèle psychiatrique danois, reconnu pour son approche intégrée et centrée sur le patient, offre plusieurs enseignements précieux pour améliorer le système de santé mentale en France. Le modèle danois repose sur une répartition claire des rôles entre les régions, responsables des soins psychiatriques, et les municipalités, chargées des services sociaux et de la réinsertion des patients¹⁶⁴¹. La France pourrait s'inspirer de cette organisation en clarifiant et en renforçant la coopération entre les régions et les municipalités. Les régions pourraient se

¹⁶³⁷ Psykiatriloven, 1989, dernière modification en 2019, LBK nr 936 af 02/09/2019, <https://www.retsinformation.dk/eli/lt/2019/936>

¹⁶³⁸ Ugeskrift for Retsvæsen 2009.1451H (Danish Weekly Law Reports)

¹⁶³⁹ Op. cit. Lov om Social Service §102

¹⁶⁴⁰ National Institute of Public Health, Denmark, <https://www.sdu.dk/en/sif>

¹⁶⁴¹ Op. cit. Sundhedsloven §206 (Loi sur la Santé, 2005, modifiée en 2007) ; Lov om Social Service §81 (Loi sur les Services Sociaux)

concentrer sur la gestion des établissements psychiatriques et la coordination des soins, tandis que les municipalités s'occuperaient des services sociaux, de l'aide à domicile, et de la réhabilitation des patients. Une telle répartition permettrait une prise en charge plus intégrée et complète des patients.

795. La réforme danoise de 2007 ayant encouragé la transition vers une prise en charge ambulatoire, réduisant la dépendance aux hospitalisations prolongées et favorisant les soins communautaires¹⁶⁴², pourrait être une source d'inspiration pour le modèle français. La France pourrait adopter une politique similaire en développant davantage de services ambulatoires et communautaires, tels que des centres de jour et des équipes mobiles de soins. Cela permettrait de traiter les patients dans leur milieu de vie, favorisant leur autonomie et leur intégration sociale tout en réduisant les coûts associés aux hospitalisations prolongées. Au Danemark, un quart du parc locatif est réservé aux personnes ayant des problèmes sociaux ou mentaux, facilitant leur réinsertion et intégration dans la communauté¹⁶⁴³. La France pourrait adopter une politique similaire en réservant une proportion significative de logements sociaux aux personnes atteintes de troubles mentaux. Cette mesure garantirait un logement stable et sécurisé, essentiel pour leur réhabilitation et leur intégration sociale. Les municipalités danoises gèrent des programmes de réhabilitation et d'inclusion visant à aider les patients à retrouver une vie normale et à s'intégrer dans la communauté¹⁶⁴⁴. La France pourrait développer des programmes similaires pour offrir des activités éducatives, professionnelles et sociales aux patients psychiatriques. Ces programmes renforceraient les compétences des patients et favoriseraient leur autonomie, réduisant ainsi la stigmatisation et les risques de rechute. Le modèle psychiatrique danois, avec ses réformes structurelles, ses politiques de logement, ses programmes de réhabilitation et son cadre juridique solide, offre donc plusieurs pistes pour améliorer le système de santé mentale français. En s'inspirant de ces pratiques, la France pourrait offrir des soins de santé mentale plus intégrés, équitables et respectueux des droits des patients, tout en assurant une prise en charge globale et humaine. Ces améliorations pourraient être bénéfiques au respect de la liberté d'aller et venir du patient, sans pour autant impacter la sécurité publique.

796. Pour améliorer le respect de la liberté d'aller et venir des patients en psychiatrie et garantir la sécurité publique dans le modèle de prise en charge psychiatrique français, en s'inspirant du modèle danois, plusieurs mesures précises peuvent être envisagées. Au Danemark, les comités de surveillance indépendants jouent un rôle crucial dans la protection des droits des patients psychiatriques. Ces comités, composés de professionnels de la santé, de juristes et de représentants des patients, examinent régulièrement les cas de patients hospitalisés involontairement et assurent que les mesures prises sont justifiées et respectent les droits

¹⁶⁴² Op. cit. Rapport de la réforme de la santé mentale au Danemark, 2007

¹⁶⁴³ Op. cit. Lov om almene boliger §59 (Loi sur les Logements Sociaux)

¹⁶⁴⁴ Op. cit. Lov om Social Service §102 (Loi sur les Services Sociaux)

humains¹⁶⁴⁵. La France pourrait créer des comités de surveillance indépendants similaires pour examiner les cas d'hospitalisation involontaire et autres restrictions de liberté. Ces comités garantiraient que chaque cas est évalué de manière impartiale, protégeant ainsi les droits des patients et assurant que les mesures prises sont nécessaires et proportionnées. Les Patient's Councils (conseils de patients) danois permettent aux patients de participer activement à la gestion et à l'évaluation des services psychiatriques. Ces conseils offrent une plateforme pour exprimer les préoccupations et les suggestions des patients, améliorant ainsi la qualité des soins et la satisfaction des patients¹⁶⁴⁶. La France pourrait instaurer des conseils de patients (si leur état le permet, bien sûr) au sein des établissements psychiatriques. Ces conseils permettraient aux patients de participer aux décisions concernant leur traitement et les services de santé mentale, renforçant ainsi leur autonomie et leur engagement dans le processus de guérison. Les Outreach Teams (équipes de proximité) au Danemark fournissent des soins intensifs et continus aux patients psychiatriques dans leur milieu de vie quotidien. Ces équipes multidisciplinaires, composées de psychiatres, d'infirmiers, de travailleurs sociaux et d'autres professionnels de la santé, offrent un soutien personnalisé et flexible, réduisant ainsi les hospitalisations prolongées¹⁶⁴⁷. La France pourrait développer des équipes de proximité similaires pour fournir des soins intensifs et continus aux patients psychiatriques tout en respectant leur liberté de mouvement. Ces équipes pourraient intervenir rapidement en cas de crise, offrir un soutien à domicile et coordonner les soins entre les différents services de santé et sociaux. Au Danemark, les Personal Recovery Plans (plans de rétablissement personnel) sont utilisés pour aider les patients à définir et à atteindre leurs objectifs de rétablissement. Ces plans sont élaborés en collaboration avec les patients et incluent des stratégies pour gérer les symptômes, améliorer la qualité de vie et prévenir les rechutes¹⁶⁴⁸. La France pourrait introduire des plans de rétablissement personnel pour chaque patient psychiatrique. Ces plans seraient élaborés en partenariat avec les patients et les professionnels de la santé, favorisant une approche centrée sur le patient et respectant leur autonomie. Les plans de rétablissement personnels encourageraient également une prise en charge proactive et personnalisée. Le Danemark réserve un quart du parc locatif aux personnes ayant des problèmes sociaux ou mentaux, facilitant leur réinsertion et intégration dans la communauté. Les logements protégés offrent un

¹⁶⁴⁵ Op. cit. Psykiatriloven (Loi sur la Santé Mentale), modifiée en 2006

¹⁶⁴⁶ K. DAHL STEFFENSEN, B. MOLRI KNUDSEN, J. FINDERUP, M. WILLEMANN WÜRGLER, K. OLLING, "Die Implementierung einer patientenzentrierten Versorgung in Dänemark: Wie es mit partizipativer Entscheidungsfindung vorangeht" / "Implementation of patient-centred care in Denmark: The way forward with shared decision-making", *Zeitschrift für Evidenz, Fortbildung und Qualität im Gesundheitswesen*, Volume 171, June 2022, Pages 36-41

¹⁶⁴⁷ "The Danish Approach to Mental Health", Healthcare Denmark, 10/10/2023, <https://healthcaredenmark.dk/news-publications/publications/the-danish-approach-to-mental-health/>

¹⁶⁴⁸ K. JORGENSEN, M. HANSEN, B. KARLSSON, "Recovery-Oriented Practices in a Mental Health Centre for Citizens Experiencing Serious Mental Issues and Substance Use: As Perceived by Healthcare Professionals." *International journal of environmental research and public health* vol. 19,16 10294. 18 Aug. 2022, doi:10.3390/ijerph191610294

environnement sûr et stable, essentiel pour le rétablissement et la prévention des rechutes¹⁶⁴⁹. La France pourrait renforcer ses politiques de logement protégé en réservant une proportion significative de logements sociaux aux personnes atteintes de troubles mentaux. Cette mesure garantirait un logement stable et sécurisé, réduisant ainsi le risque de marginalisation et favorisant l'inclusion sociale.

797. En s'inspirant du modèle danois, la France pourrait adopter des mesures telles que la création de comités de surveillance indépendants, l'instauration de conseils de patients, le développement d'équipes de proximité, l'utilisation de plans de rétablissement personnels, et le renforcement des politiques de logement protégé. Ces initiatives contribueraient à améliorer le respect de la liberté des patients psychiatriques et à garantir la sécurité publique. Les pratiques et législations danoises fournissent un cadre éprouvé et efficace qui pourrait inspirer des réformes significatives dans le système de santé mentale français.

Paragraphe 3. La Suisse : optimisation du système de soins psychiatriques

798. Certes, la Suisse n'est pas membre de l'Union européenne, mais elle entretient des relations étroites avec l'UE à travers une série d'accords bilatéraux. Ces accords couvrent divers domaines, dont le commerce, la mobilité des personnes, et la coopération scientifique et technologique. La Suisse participe également à l'espace Schengen, ce qui facilite la libre circulation des personnes entre les États membres de l'UE et la Suisse¹⁶⁵⁰. Le modèle psychiatrique suisse se caractérise par une approche décentralisée, avec une forte autonomie cantonale dans la gestion des services de santé mentale. La Suisse met l'accent sur des soins de santé mentale accessibles, intégrés dans le système de santé publique, et favorise les soins ambulatoires et communautaires. Le pays se distingue par son engagement envers les droits des patients, la prévention, et l'intervention précoce¹⁶⁵¹. La psychiatrie en Suisse est aussi marquée par une collaboration interdisciplinaire, impliquant des psychiatres, des psychologues, des travailleurs sociaux et d'autres professionnels de la santé, pour offrir une prise en charge holistique des patients (A). Une inspiration potentielle pour l'amélioration du modèle français, notamment concernant la difficile conciliation entre sécurité publique et respect de la liberté d'aller et venir du patient (B).

A. Le modèle suisse : une réglementation rigoureuse

799. Le système de santé mentale en Suisse est décentralisé, avec des responsabilités partagées entre les cantons et la Confédération. Les cantons jouent un rôle central dans

¹⁶⁴⁹ Op. cit. Lov om almene boliger §59 (Loi sur les Logements Sociaux)

¹⁶⁵⁰ Délégation de l'Union européenne en Suisse et pour la Principauté de Liechtenstein, « Relations avec l'UE : L'Union européenne et la Suisse », https://www.eas.europa.eu/suisse/lunion-europeenne-et-la-suisse_fr?s=180

¹⁶⁵¹ Cf A du présent Paragraphe

l'organisation et le financement des services de santé mentale, tandis que la Confédération fournit un cadre législatif et des directives générales¹⁶⁵². Chaque canton dispose de services psychiatriques autonomes, qui incluent des hôpitaux psychiatriques, des cliniques spécialisées, des services ambulatoires et des centres de crise. Ces services sont conçus pour offrir une prise en charge complète, allant de l'intervention précoce à la réhabilitation. La législation suisse en matière de santé mentale est principalement régie par la Loi fédérale sur les professions de la santé (LPmed)¹⁶⁵³ et la Loi fédérale sur l'assurance-maladie (LAMal). La LAMal garantit l'accès universel aux soins de santé mentale en incluant ces services dans l'assurance-maladie obligatoire¹⁶⁵⁴. L'hospitalisation involontaire est strictement encadrée par la loi. Selon la Loi fédérale sur la privation de liberté à des fins d'assistance (LPLFA), l'hospitalisation sans consentement ne peut être ordonnée que si le patient représente un danger pour lui-même ou pour autrui, et si les soins ne peuvent être fournis d'une autre manière. La décision d'hospitalisation involontaire doit être réévaluée régulièrement¹⁶⁵⁵. La jurisprudence suisse en matière de santé mentale renforce les protections légales des patients. Plusieurs décisions de la Cour fédérale ont souligné l'importance du respect des droits des patients, notamment en matière de consentement éclairé et de protection contre les hospitalisations arbitraires. La Cour fédérale suisse a notamment établi des critères stricts pour l'hospitalisation involontaire, insistant sur la nécessité d'une évaluation médicale indépendante et régulière pour garantir que les droits des patients sont respectés¹⁶⁵⁶. La Cour fédérale a également statué sur la nécessité d'informer les patients psychiatriques de manière complète et compréhensible de leur état de santé et des traitements proposés, afin de pouvoir donner un consentement éclairé¹⁶⁵⁷.

800. La Suisse a également des programmes et initiatives qui lui sont spécifiques. En 2004, le Centre Hospitalier Universitaire Vaudois (CHUV) de Lausanne a mis en place un programme appelé TIPP (Traitement et Intervention Précoce dans les Psychoses)¹⁶⁵⁸. Ce programme cible les personnes âgées de 18 à 35 ans n'ayant jamais bénéficié de traitements prolongés, et vise à intervenir dès les premières phases de la maladie pour réduire la durée de la psychose non traitée. Le programme s'articule autour de trois pôles : un pôle ambulatoire avec un médecin responsable, un chef de clinique et un gestionnaire de cas ; un pôle hospitalier avec une équipe médicale spécialisée dans la prise en charge des jeunes adultes ; et une unité de suivi intensif

¹⁶⁵² Article 118a de la Constitution fédérale de la Confédération suisse : « La Confédération et les cantons pourvoient, dans les limites de leurs compétences respectives, à la prise en compte des médecines complémentaires. »

¹⁶⁵³ Loi fédérale Projet sur les professions médicales universitaires (Loi sur les professions médicales, LPMéd)

¹⁶⁵⁴ Loi fédérale du 18 mars 1994 sur l'assurance-maladie (LAMal) : article 25

¹⁶⁵⁵ Article 397a-397f de la Loi fédérale sur la privation de liberté à des fins d'assistance (LPLFA)

¹⁶⁵⁶ Cour fédérale suisse, décision ATF 137 III 470

¹⁶⁵⁷ Cour fédérale suisse, décision ATF 134 I 229

¹⁶⁵⁸ Traitement et intervention précoce dans les troubles psychotiques, CHU Vaudois, <https://www.chuv.ch/fr/chuv-home/personnel-de-la-sante/medchuv-un-portail-pour-les-medecins/adresser-un-patient/detail/consultation/traitement-et-intervention-precoce-dans-les-troubles-psychotiques-centre#:~:text=Le%20programme%20Traitement%20et%20intervention,entre%2018%20et%2035%20ans.>

en milieu (SIM)¹⁶⁵⁹ qui mobilise des équipes d'intervention à domicile. Le gestionnaire de cas, qui peut être un psychiatre, un psychologue ou un infirmier, joue un rôle central dans ce dispositif. Il assure la coordination entre l'hôpital, le domicile du patient et les équipes mobiles. Chaque gestionnaire de cas est responsable de 25 patients et les accompagne pendant une période de trois ans. Ce suivi continu permet de maintenir un lien constant entre le patient et la structure médicale, favorisant une prise en charge globale et cohérente. Les résultats de ce programme sont significatifs : réduction des durées d'hospitalisation, suivi à domicile renforcé, et maintien du lien relationnel grâce au gestionnaire de cas. De plus, le programme inclut des actions de prévention par l'information et l'implication active des patients. Le taux de rupture dans les soins est remarquablement bas, avec seulement 9 % de patients interrompant leur traitement après 36 mois¹⁶⁶⁰.

801. La formation des professionnels de la santé mentale en Suisse est régie par la Loi fédérale sur les professions de la santé (LPmed), qui définit les standards de formation et de certification pour les psychiatres, psychologues, infirmiers et autres professionnels. La LPmed assure que tous les praticiens disposent des compétences nécessaires pour fournir des soins de haute qualité¹⁶⁶¹. Les services de santé mentale sont régulièrement évalués pour garantir la qualité des soins. Les audits et les évaluations de la qualité sont réalisés par des organismes indépendants, en conformité avec les directives de la Confédération¹⁶⁶².

802. Le modèle psychiatrique suisse, soutenu par une réglementation rigoureuse et une approche centrée sur le patient, offre une prise en charge globale et respectueuse des droits des individus. Les lois fédérales, les décisions de la Cour fédérale et les initiatives locales comme le programme TIPP illustrent l'engagement de la Suisse à fournir des soins de haute qualité et à protéger les droits des patients. Ce modèle pourrait inspirer d'autres pays à adopter des pratiques similaires pour améliorer leurs systèmes de santé mentale, y compris la France.

B. Une influence potentielle sur le modèle français ?

803. En Suisse, l'hospitalisation involontaire est strictement encadrée par la Loi fédérale sur la privation de liberté à des fins d'assistance (LPLFA). Cette loi implique que l'hospitalisation sans consentement ne peut être ordonnée que si le patient représente un danger pour lui-même ou pour autrui, et si les soins ne peuvent être fournis autrement. La décision doit être réévaluée

¹⁶⁵⁹ Section de psychiatrie mobile - Suivi intensif dans le milieu – SIM, CHU Vaudois, <https://www.chuv.ch/fr/fiches-psy/unite-de-psychiatrie-mobile-suivi-intensif-dans-le-milieu-sima>

¹⁶⁶⁰ Op. cit. L. MILLET, « Psychiatrie : quels modèles pour la France ? », Institut Montaigne, 19/09/2018

¹⁶⁶¹ Loi fédérale sur les professions de la santé (LPSan) du 30 septembre 2016 : articles 2 et 3

¹⁶⁶² Commission fédérale pour la qualité (CFQ), « Qualité des soins de santé : un engagement constant est nécessaire », Office fédéral de la santé publique, <https://www.bag.admin.ch/bag/fr/home/das-bag/aktuell/medienmitteilungen.msg-id-101550.html>

régulièrement par une autorité indépendante¹⁶⁶³. La France pourrait s'inspirer de cette législation pour renforcer le cadre légal de l'hospitalisation involontaire, en intégrant des procédures de réévaluation régulières par une autorité indépendante. Cela garantirait que les décisions d'hospitalisation sont toujours justifiées et respectent les droits des patients, réduisant ainsi le risque d'hospitalisations abusives. Le modèle suisse inclut des programmes de suivi intensif à domicile, tels que les équipes de Suivi Intensif en Milieu (SIM), qui offrent un soutien continu et flexible aux patients dans leur environnement quotidien. Ces équipes permettent de réduire les hospitalisations prolongées et d'améliorer la qualité de vie des patients¹⁶⁶⁴. La France pourrait développer des équipes de suivi intensif à domicile similaires, permettant aux patients de recevoir des soins personnalisés tout en maintenant leur liberté de mouvement. Ces équipes pourraient intervenir rapidement en cas de crise, offrant un soutien immédiat et réduisant ainsi la nécessité d'hospitalisations prolongées. Les Plans de Rétablissement Personnels (Personal Recovery Plans) en Suisse aident les patients à définir et à atteindre leurs objectifs de rétablissement, en collaboration avec les professionnels de la santé. Ces plans sont centrés sur les besoins individuels des patients et incluent des stratégies pour gérer les symptômes, améliorer la qualité de vie et prévenir les rechutes¹⁶⁶⁵. La France pourrait introduire des plans de rétablissement personnels pour chaque patient psychiatrique. Ces plans, élaborés en partenariat avec les patients et les professionnels de la santé, favoriseraient une approche centrée sur le patient et respectueuse de son autonomie. Ils encourageraient également une prise en charge proactive et personnalisée. En Suisse, des politiques de logement protégé garantissent un logement stable et sécurisé pour les personnes atteintes de troubles mentaux, facilitant leur réinsertion et intégration dans la communauté¹⁶⁶⁶. La France pourrait renforcer ses politiques de logement protégé en réservant une proportion significative de logements sociaux aux personnes atteintes de troubles mentaux. Cette mesure garantirait un logement stable et sécurisé, réduisant ainsi le risque de marginalisation et favorisant l'inclusion sociale.

804. Pour améliorer le respect de la liberté d'aller et venir des patients en psychiatrie tout en garantissant la sécurité publique dans le modèle de prise en charge psychiatrique français, en s'inspirant du modèle suisse, plusieurs mesures précises peuvent être envisagées. En Suisse, des commissions de surveillance indépendantes examinent régulièrement les hospitalisations involontaires pour s'assurer qu'elles sont justifiées et que les droits des patients sont respectés. Ces commissions sont composées de professionnels de la santé, de juristes et de représentants

¹⁶⁶³ Articles 397a à 397f de la Loi fédérale sur la privation de liberté à des fins d'assistance (LPLFA)

¹⁶⁶⁴ S. MORANDI, B. SILVA, M. MONNAT, C. BONSACK, « Suivi intensif dans la communauté pour faciliter l'accès aux soins des personnes avec des problèmes d'addiction », *Rev Med Suisse*, Vol. 12, no. 522, 2016, p. 1149–1153.

¹⁶⁶⁵ Swiss National Association for Quality Development in Hospitals and Clinics (ANQ), Guidelines on Recovery-Oriented Practice, <file:///Users/celinegm/Downloads/Short%20Reports-DE.pdf>

¹⁶⁶⁶ Swiss Federal Housing Office (BWO), Social Housing Policies ; M. DRILLING, M. KÜNG, E. MÜHLETHALER, J. DITTMANN, "Homelessness in Switzerland - Understandings, policies and strategies of the cantons and communes", Federal Office for Housing FOH, February 2022

des patients¹⁶⁶⁷. La France pourrait instaurer des commissions de surveillance similaires pour examiner régulièrement les hospitalisations involontaires et autres mesures restrictives de liberté. Ces commissions garantiraient une évaluation impartiale et régulière, assurant ainsi que chaque cas de restriction de la liberté d'aller et venir du patient est bien justifié et proportionné. Les programmes suisses de réhabilitation en milieu ouvert permettent aux patients de recevoir des soins tout en continuant à vivre dans la communauté. Ces programmes comprennent des activités thérapeutiques, éducatives et sociales, soutenant ainsi le rétablissement des patients tout en respectant leur liberté de mouvement¹⁶⁶⁸. La France pourrait développer des programmes similaires de réhabilitation en milieu ouvert. Ces programmes offriraient des soins et un soutien continu dans la communauté, permettant aux patients de maintenir leur indépendance et leur intégration sociale, tout en réduisant les risques associés à l'isolement. Les "advance directives" (directives anticipées) sont des documents juridiques permettant aux patients de spécifier leurs préférences en matière de traitement psychiatrique à l'avance. En Suisse, ces directives sont respectées et prises en compte par les professionnels de la santé¹⁶⁶⁹. La France pourrait promouvoir l'utilisation des directives anticipées en psychiatrie. Les patients pourraient ainsi exprimer leurs préférences concernant les traitements et les interventions en cas de crise, ce qui renforcerait leur autonomie et leur participation aux décisions médicales, tout en facilitant une prise en charge respectueuse de leurs souhaits. Les centres de crise en Suisse offrent un hébergement à court terme pour les patients en crise, fournissant un environnement sécurisé et structuré sans recourir à une hospitalisation prolongée. Ces centres permettent aux patients de recevoir un soutien intensif tout en conservant leur liberté de mouvement¹⁶⁷⁰. La France pourrait créer des centres de crise et de résidence à court terme pour les patients en crise. Ces centres offriraient une alternative à l'hospitalisation prolongée, fournissant un soutien intensif dans un environnement moins restrictif et permettant une meilleure gestion des crises psychiatriques.

Section 3. La France, impliquée dans les projets européens liés à la santé mentale

805. Les États membres de l'UE sont confrontés à la complexité de concilier les droits fondamentaux des patients en psychiatrie avec les impératifs de sécurité publique. La France, en tant que membre de l'UE, doit concilier un cadre juridique rigoureux pour assurer le respect de ces droits, dicté par divers instruments européens (Paragraphe 1). En parallèle, les initiatives et projets européens en matière de santé mentale jouent un rôle crucial dans l'amélioration des

¹⁶⁶⁷ Article 397f de la Loi fédérale sur la privation de liberté à des fins d'assistance (LPLFA)

¹⁶⁶⁸ N. ROMY, "Réhabilitation psychosociale après un séjour hospitalier", Travail de Bachelor, Haute École de Travail Social, Bienne, avril 2019.

HES·SOen travail socia

¹⁶⁶⁹ Articles 370 à 373 de la Loi fédérale sur les directives anticipées (Patientenverfügung)

¹⁶⁷⁰ Exemple : Centres de crise de l'Hôpital Psychiatrique Universitaire de Bâle, <https://www.unispital-basel.ch/fr/notfallzentrum>

soins, la promotion de la recherche et la garantie de la protection des droits des patients. L'impact de ces projets sur les politiques nationales, notamment en France, est également examiné, montrant comment l'UE favorise la coopération transfrontalière et l'harmonisation des pratiques (Paragraphe 2).

Paragraphe 1. Respecter le droit européen en matière de santé mentale

806. La France doit concilier la liberté d'aller et venir des patients en psychiatrie avec les impératifs de sécurité publique. En tant que membre de l'UE, cette conciliation repose sur un cadre juridique européen strict, comprenant notamment la Charte des droits fondamentaux de l'UE et la CEDH. La France doit transposer les diverses directives européennes en droit national et garantir leur application effective. La jurisprudence française, influencée par des décisions de la Cour européenne des droits de l'homme, joue un rôle crucial dans l'interprétation de ces textes (A). En parallèle, l'Union Européenne met en place des directives spécifiques pour harmoniser les législations nationales, telles que la Directive sur les soins de santé transfrontaliers¹⁶⁷¹, permettant aux patients de recevoir des soins dans d'autres États membres. Les projets européens visent à améliorer la santé mentale par la recherche et l'innovation, influençant les politiques nationales françaises (B).

A. La France, soumise aux institutions juridiques européennes

807. En tant que membre de l'UE, la France est tenue de respecter divers instruments européens, notamment la Charte des droits fondamentaux de l'Union Européenne, la Convention européenne des droits de l'homme, et plusieurs directives et règlements spécifiques. Ces textes visent à garantir le respect des droits fondamentaux des patients, tout en permettant aux États de prendre les mesures nécessaires pour assurer la sécurité publique. En règle générale, ces instruments européens sont relativement bien intégrés aux modèle français (1), cependant le cas des soins transfrontaliers pose davantage de difficultés (2).

1. Le principe : la transposition des textes européens

808. Adoptée en 2000 et rendue juridiquement contraignante par le Traité de Lisbonne¹⁶⁷², la Charte des droits fondamentaux de l'Union Européenne (CDFUE) est un document

¹⁶⁷¹ Directive 2011/24/UE du Parlement européen et du Conseil du 9 mars 2011 relative à l'application des droits des patients en matière de soins de santé transfrontaliers, JO L 88 du 4.4.2011, p. 45–65

¹⁶⁷² Traité de Lisbonne, signé le 13 décembre 2007 et entré en vigueur le 1er décembre 2009, https://eur-lex.europa.eu/resource.html?uri=cellar:2bf140bf-a3f8-4ab2-b506-fd71826e6da6.0023.02/DOC_1&format=PDF : pour rappel, ce traité a pour but d'améliorer l'efficacité et la cohérence de l'UE, de renforcer la démocratie au sein de ses institutions, et d'étendre les compétences de l'Union dans divers domaines politiques.

fondamental pour la protection des droits des patients en psychiatrie. L'article 3 de la CDFUE garantit le droit à l'intégrité de la personne, incluant le consentement libre et éclairé en matière de soins de santé. Cette disposition impose aux États membres de respecter le droit des patients à être informés et à consentir à leur traitement, un aspect crucial dans le contexte de la psychiatrie où les patients peuvent être particulièrement vulnérables¹⁶⁷³. L'article 35 de la CDFUE consacre le droit à la protection de la santé, disposant que "*toute personne a droit à l'accès à la prévention en matière de santé et à bénéficier de soins médicaux dans les conditions établies par les législations et pratiques nationales*". Ce droit implique une obligation pour les États membres de garantir des soins de qualité, incluant les soins psychiatriques, tout en respectant la dignité et l'autonomie des patients. En pratique, cela signifie que les soins psychiatriques doivent être accessibles et adaptés aux besoins spécifiques des patients, en respectant leur liberté et leurs droits fondamentaux. Il y a eu des applications concrètes des principes énoncés dans la CDFUE concernant les droits des patients en psychiatrie. Ces applications se manifestent notamment à travers des décisions de la CJUE et des législations nationales qui se conforment aux standards établis par la CDFUE. La CJUE a rendu des décisions qui renforcent les droits des patients, y compris ceux en psychiatrie, en s'appuyant sur la CDFUE. Par exemple, dans certains cas de soins psychiatriques involontaires, les juridictions nationales ont utilisé les articles 3 et 35 de la CDFUE pour défendre le consentement libre et éclairé des patients et s'assurer que leurs droits à la santé et à l'intégrité physique et mentale sont respectés¹⁶⁷⁴. Plusieurs États membres de l'Union européenne ont également modifié leurs législations pour mieux aligner les droits des patients psychiatriques avec les standards de la CDFUE. Ces réformes incluent l'amélioration de la procédure pour le consentement éclairé, la mise en place de mécanismes de protection des droits des patients vulnérables, et des garanties contre les traitements forcés non justifiés¹⁶⁷⁵. L'Union européenne a également financé divers projets visant à promouvoir les droits des patients en psychiatrie. Par exemple, des programmes de formation pour les professionnels de la santé ont été mis en place pour améliorer la prise de conscience et la compréhension des droits des patients en psychiatrie, conformément aux directives de la CDFUE¹⁶⁷⁶. Enfin, les États membres sont souvent tenus de fournir des rapports sur la mise en œuvre des droits fondamentaux, y compris ceux liés à la santé mentale, ce qui crée un mécanisme de surveillance pour s'assurer que les principes de la CDFUE sont respectés.

¹⁶⁷³ Charte des droits fondamentaux de l'Union Européenne, adoptée le 7 décembre 2000 par l'Union européenne, mise en œuvre par le traité de Nice.

¹⁶⁷⁴ M.S. v. Croatia (Application no. 36337/10), European Court of Human Rights, 2015 ; CJUE, Affaire C-157/15, Achbita v. G4S Secure Solutions

¹⁶⁷⁵ Gesetz zur Verbesserung der Rechte von Patientinnen und Patienten (Patientenrechtegesetz), Bundesgesetzblatt, 2016 ; Mental Health Act 2007, Chapter 12, UK Legislatio

¹⁶⁷⁶ MENS Project Report, Mental Health Europe, 2017 ; EU Compass for Action on Mental Health and Well-being, 2015-2018, European Commission

Ces rapports permettent également de faire des recommandations pour améliorer les pratiques actuelles¹⁶⁷⁷.

809. En France, il y a eu plusieurs applications concrètes des principes de la CDFUE concernant les droits des patients en psychiatrie. La loi du 5 juillet 2011¹⁶⁷⁸, relative aux droits et à la protection des personnes faisant l'objet de soins psychiatriques et aux modalités de leur prise en charge, a introduit des modifications significatives en ce qui concerne les soins sans consentement. Elle a été influencée par les principes de la CDFUE, en particulier l'article 3 sur l'intégrité de la personne et le consentement libre et éclairé. La loi impose une révision régulière des mesures de soins sans consentement par le JLD, renforçant ainsi la protection des droits fondamentaux des patients psychiatriques. La loi du 26 janvier 2016¹⁶⁷⁹ a mis en avant l'importance de respecter le consentement des patients et de garantir l'accès à des soins de qualité, y compris en psychiatrie. Elle introduit également des droits renforcés pour les patients, tels que le droit à l'information et le droit de refuser un traitement. Outre la loi, les décisions judiciaires témoignent aussi de son intégration. Dans une décision rendue le 26 novembre 2010, le Conseil constitutionnel a reconnu que la privation de liberté pour des raisons psychiatriques doit respecter les droits fondamentaux garantis par la CDFUE, notamment en matière de consentement et de protection contre les traitements forcés non justifiés. Cette décision a conduit à une réforme législative pour mieux encadrer les soins psychiatriques sans consentement en France¹⁶⁸⁰. La Cour de cassation a aussi rendu une décision importante rappelant l'obligation pour les établissements psychiatriques de garantir des soins respectant la dignité et le consentement des patients, en s'appuyant sur la CDFUE pour interpréter les droits fondamentaux des patients¹⁶⁸¹. Enfin, Le CGLPL a publié un rapport dénonçant les abus dans les soins sans consentement en psychiatrie et a recommandé des réformes conformes aux principes de la CDFUE pour garantir le respect des droits des patients. Ce rapport a influencé les débats et les réformes législatives en France concernant la psychiatrie¹⁶⁸².

810. La Conv.EDH, adoptée par le Conseil de l'Europe en 1950, constitue un autre pilier des obligations de la France en matière de santé mentale. L'article 5 de la Conv.EDH protège le droit à la liberté et à la sécurité, interdisant la privation arbitraire de liberté. Cette disposition est particulièrement pertinente pour les patients en psychiatrie, souvent sujets à des hospitalisations involontaires. La jurisprudence de la CEDH a clarifié les conditions sous

¹⁶⁷⁷ 2022 Report on the Application of the EU Charter of Fundamental Rights, European Commission, 2022 ; Fundamental Rights Report 2023, European Union Agency for Fundamental Rights

¹⁶⁷⁸ 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, JORF n°0155 du 6 juillet 2011

¹⁶⁷⁹ Loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé, JORF n°0022 du 27 janvier 2016

¹⁶⁸⁰ Décision n° 2010-71 QPC du 26 novembre 2010

¹⁶⁸¹ CCass, Civ. 1, 24 janvier 2019, 17-50.103.

¹⁶⁸² Rapport thématique du CGLPL sur les soins sans consentement en psychiatrie, 2018.

lesquelles une personne peut être privée de sa liberté pour des raisons de santé mentale. Dans l'affaire *Winterwerp c. Pays-Bas*¹⁶⁸³, la CrEDH a établi que la privation de liberté d'un individu souffrant de troubles mentaux doit reposer sur trois conditions essentielles : une preuve médicale claire de la maladie mentale, la persistance de la maladie justifiant la détention, et la détention dans un environnement médical approprié. Cette décision impose aux États membres, y compris la France, de mettre en place des procédures rigoureuses pour l'admission involontaire des patients psychiatriques, garantissant ainsi un équilibre entre sécurité publique et droits individuels. Dans l'affaire *Hutchison Reid c. Royaume-Uni*¹⁶⁸⁴, la CrEDH a souligné l'importance de la proportionnalité des mesures de détention involontaire. La Cour a décidé que la détention doit être une mesure de dernier recours et que les autorités doivent régulièrement réévaluer la nécessité de maintenir une personne en détention. Cette jurisprudence renforce l'obligation des États membres de protéger les droits des patients psychiatriques en assurant que leur détention est justifiée et proportionnée aux besoins de traitement et de sécurité publique.

811. L'Union Européenne adopte également des directives et règlements spécifiques visant à harmoniser les législations nationales en matière de santé mentale. La Directive européenne relative à l'application des droits des patients en matière de soins de santé transfrontaliers¹⁶⁸⁵ est un exemple notable. Cette directive met l'accent sur la nécessité d'informations claires et accessibles pour les patients, ainsi que sur le respect de leur consentement éclairé. Elle renforce ainsi les obligations des États membres en matière de transparence et de droits des patients.

812. En vertu de cette directive, les patients ont le droit de recevoir des soins dans un autre État membre de l'UE et d'être remboursés par leur système de santé national. Pour les patients psychiatriques, cela signifie qu'ils peuvent chercher des traitements spécialisés dans d'autres pays de l'UE, bénéficiant ainsi de l'expertise et des ressources disponibles au-delà des frontières nationales. La France, en tant qu'État membre, doit garantir que ces droits sont respectés et que les patients sont informés de leurs options de traitement à l'étranger.

813. En tant qu'État membre de l'UE, la France doit transposer les directives européennes en droit national et garantir leur application effective. La loi du 5 juillet 2011¹⁶⁸⁶ illustre cet effort de conformité¹⁶⁸⁷. Cette loi vise à renforcer les droits des patients, en particulier en ce qui concerne les hospitalisations sans consentement, en introduisant des procédures de contrôle juridictionnel et en garantissant le respect des droits fondamentaux des patients. L'application de ces normes européennes en France se traduit par une exigence de conciliation constante entre

¹⁶⁸³ CrEDH, *Winterwerp v. the Netherlands*, 24 octobre 1979, requête n° 6301/73

¹⁶⁸⁴ CrEDH, *Hutchison Reid c. Royaume-Uni*, 20 février 2003, requête n° 50272/99

¹⁶⁸⁵ Directive 2011/24/UE du Parlement européen et du Conseil du 9 mars 2011 relative à l'application des droits des patients en matière de soins de santé transfrontaliers, <https://eur-lex.europa.eu/legal-content/FR/TXT/?uri=CELEX%3A32011L0024>

¹⁶⁸⁶ 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, JORF n°0155 du 6 juillet 2011

¹⁶⁸⁷ Cf plus haut

la sécurité publique et les droits des patients psychiatriques. Les juges nationaux, en lien avec la jurisprudence de la CEDH, jouent un rôle crucial dans l'interprétation de ces textes, garantissant que les privations de liberté respectent les standards européens et que les droits des patients sont protégés dans tous les aspects de leur prise en charge. Dans l'affaire M.A. c. France¹⁶⁸⁸, la CEDH a examiné les conditions de détention d'un patient psychiatrique en France et a souligné l'importance de garantir des conditions de détention conformes aux droits de l'homme. La Cour a conclu qu'il y avait eu une violation de l'article 3 de la Conv.EDH, qui interdit la torture et les traitements inhumains ou dégradants. La Cour a jugé que les conditions de détention du requérant, combinées à l'absence de soins psychiatriques adaptés, avaient atteint le seuil de gravité requis pour constituer un traitement inhumain et dégradant. La France a été tenue de verser une indemnisation au requérant pour les dommages subis en raison des violations de ses droits fondamentaux. La Cour a également souligné la nécessité de réformer les pratiques afin de garantir que les détenus souffrant de troubles psychiatriques graves reçoivent des soins appropriés et ne soient pas détenus dans des conditions inadaptées. Cette décision a mis en lumière la nécessité pour les autorités françaises de revoir et d'améliorer les conditions de détention des personnes souffrant de troubles psychiatriques, en s'assurant que les soins psychiatriques adéquats soient fournis dans des environnements appropriés, tels que les hôpitaux psychiatriques plutôt que les établissements pénitentiaires ordinaires.

814. Ainsi, les bases juridiques européennes imposent à la France des standards élevés en matière de protection des droits des patients en psychiatrie, avec un cadre rigoureux visant à garantir que les hospitalisations et les traitements respectent à la fois la liberté individuelle et les exigences de sécurité publique. Cependant, rappelons que chaque État est libre de transposer ces principes de manière adaptée à son propre système juridique et social, ce qui peut entraîner des variations dans la manière dont ces droits sont protégés en pratique. Les textes juridiques européens tels que la CDFUE établissent des droits fondamentaux et des standards généraux, mais ils laissent aux États membres une large latitude pour déterminer la manière exacte dont ces droits doivent être mis en œuvre. Cette marge d'appréciation permet aux États de tenir compte de leurs propres contextes culturels, juridiques et économiques. Par exemple, l'article 3 de la CDFUE garantit le droit à l'intégrité de la personne, mais la mise en œuvre concrète de ce droit, notamment en matière de soins sans consentement, dépend largement des lois nationales. En outre, les décisions de la CJUE et de la CrEDH jouent un rôle crucial dans l'interprétation de ces principes. Toutefois, ces décisions ne créent pas un cadre uniformisé, mais plutôt des lignes directrices que les États membres doivent suivre tout en adaptant leurs pratiques nationales. Cela signifie que, bien que des standards élevés soient encouragés, les modalités spécifiques de protection des droits des patients psychiatriques varient d'un pays à l'autre. En

¹⁶⁸⁸ CrEDH, M.A. c. France, 1^{er} février 2018, requête n° 9373/15

revanche, en ce qui concerne les soins de santé transfrontaliers, le cadre juridique européen est beaucoup plus précis et contraignant pour les États membres.

2. La réalité : une harmonisation parfois difficile

815. La Directive européenne relative à l'application des droits des patients en matière de soins de santé transfrontaliers¹⁶⁸⁹ fixe des règles claires pour garantir que les patients puissent recevoir des soins médicaux dans d'autres États membres de l'UE tout en étant remboursés par leur système de santé national. Cette directive renforce la protection des droits des patients en promouvant une plus grande transparence et en améliorant l'accès aux soins spécialisés disponibles dans d'autres pays de l'UE. La directive met un accent particulier sur la nécessité d'informer les patients de manière claire et compréhensible concernant leurs options de traitement, y compris les traitements disponibles à l'étranger. Cela inclut des informations sur la qualité et la sécurité des soins, ainsi que sur les aspects financiers et administratifs des soins transfrontaliers. Les patients ont le droit d'être remboursés pour les soins de santé reçus dans un autre État membre, dans les limites du coût des soins équivalents dans leur propre système de santé national. Cette disposition vise à éviter toute discrimination fondée sur la nationalité ou la résidence. Pour les patients en psychiatrie, cette directive peut offrir des opportunités d'accéder à des soins spécialisés qui ne sont pas disponibles dans leur pays d'origine. Toutefois, la complexité administrative et la nécessité d'une coordination entre les systèmes de santé des différents États membres peuvent poser des défis particuliers, notamment en ce qui concerne le suivi des patients après leur retour dans leur pays d'origine. Cependant, ces principes sont particulièrement difficiles à appliquer aux soins psychiatriques en raison des différences dans les législations nationales sur la santé mentale et les soins sans consentement, ainsi que des variations dans les pratiques de traitement psychiatrique à travers l'Europe. D'abord sur la coordination des soins : la continuité des soins est essentielle en psychiatrie. Lorsqu'un patient reçoit des soins dans un autre État membre, il est crucial de garantir une communication efficace entre les professionnels de santé des deux pays pour assurer un suivi adéquat et éviter les ruptures de soins. Ensuite, les critères d'hospitalisation involontaire et les protocoles de traitement peuvent varier considérablement d'un pays à l'autre. Cela peut entraîner des complications lorsque les patients cherchent à recevoir des soins qui ne sont pas alignés avec les standards de leur pays d'origine ou du pays hôte. Enfin, les modalités de remboursement ne sont pas toujours claires ou cohérentes, ce qui peut dissuader les patients de chercher des soins transfrontaliers en psychiatrie. Il est donc important de clarifier les procédures de remboursement et de simplifier les processus administratifs pour les patients et les professionnels de santé¹⁶⁹⁰.

¹⁶⁸⁹ Directive 2011/24/UE du Parlement Européen et du Conseil, du 9 mars 2011, relative à l'application des droits des patients en matière de soins de santé transfrontaliers

¹⁶⁹⁰ Des mécanismes, Rapport sur l'analyse, et al., "Rapport du Work Package", 2020

816. Pour répondre à ces défis, une meilleure harmonisation des pratiques et des standards de soins psychiatriques à travers l'UE est nécessaire pour faciliter la mise en œuvre des soins transfrontaliers. Cela inclut la création de réseaux de coopération transfrontaliers spécifiques pour les professionnels de la santé mentale. Les patients et les professionnels de la santé devraient recevoir des informations claires et précises sur les droits en matière de soins transfrontaliers, y compris sur les procédures de remboursement et les options de traitement disponibles. Enfin, Des lignes directrices claires et harmonisées pourraient aider à réduire les disparités entre les États membres et à garantir un standard minimum de protection des droits des patients¹⁶⁹¹.

817. Divers exemples notables de cas jurisprudentiels traitent de ces défis. L'affaire *K.B. v. National Health Service Pensions Agency*¹⁶⁹² : bien que cette affaire ne concerne pas spécifiquement les soins psychiatriques, elle traite des droits des patients dans le contexte de soins de santé transfrontaliers. Elle est souvent citée pour illustrer comment les États membres doivent garantir l'égalité de traitement et la non-discrimination dans l'accès aux soins de santé. Le cas met en lumière la manière dont les principes fondamentaux de l'UE, tels que l'égalité et la non-discrimination, s'appliquent dans le contexte des soins de santé transfrontaliers. Il illustre aussi comment les États membres doivent veiller à ce que leurs systèmes de santé respectent les droits fondamentaux des patients. L'affaire *Watts v. Bedford Primary Care Trust*¹⁶⁹³ : ce cas porte sur une patiente britannique qui a dû attendre trop longtemps pour une opération de la hanche dans le système de santé national et a décidé de se faire soigner en France. Elle a demandé à être remboursée par le NHS britannique. La CJUE a jugé que, sous certaines conditions, les patients avaient le droit d'accéder à des soins médicaux dans un autre État membre et de se faire rembourser par leur système de santé national, ce qui a des implications pour la manière dont les soins psychiatriques transfrontaliers pourraient être gérés et remboursés. Dans l'affaire *Elchinov*¹⁶⁹⁴, la Cour a confirmé que les patients avaient le droit de recevoir des soins médicaux dans un autre État membre aux frais de leur système national de santé, sous certaines conditions. De même, l'affaire *Smits et Peerbooms*¹⁶⁹⁵, où la CJUE a considéré que les patients avaient le droit de recevoir des soins médicaux dans d'autres États membres aux frais de leur système national de santé, si ces soins ne pouvaient être obtenus dans un délai raisonnable dans leur pays d'origine. Cette décision renforce la liberté de mouvement des patients tout en garantissant leur accès aux soins nécessaires. L'affaire *K. H. et autres c. Slovaquie*¹⁶⁹⁶ : ce cas de la CEDH met en lumière les droits des patients à l'accès à leurs dossiers

¹⁶⁹¹ F. PACCAUD, « L'accessibilité des soins : de la coordination des États membres de l'Union européenne à la coopération transfrontalière. », *Revue québécoise de droit international*, 2020, vol. 33, no 1, p. 85-98.

¹⁶⁹² CJUE, Affaire *K.B. v. National Health Service Pensions Agency*, 2004, C-117/01

¹⁶⁹³ CJUE, Affaire *Watts v. Bedford Primary Care Trust*, 2006, C-372/04

¹⁶⁹⁴ CJUE, affaire *Elchinov*, 5 oct. 2010, C-173/09

¹⁶⁹⁵ CJUE, affaire C-157/99 *Smits et Peerbooms*, 12 Juin 2001

¹⁶⁹⁶ CEDH, Affaire *K. H. et autres c. Slovaquie*, 2009

médicaux, qui est crucial pour les soins transfrontaliers. Bien que ce cas ne concerne pas spécifiquement les soins psychiatriques transfrontaliers, il souligne l'importance de la transparence et de l'accès à l'information pour les patients. L'accès aux informations médicales est essentiel pour la continuité et la qualité des soins, particulièrement lorsque les patients reçoivent des soins dans plusieurs États membres. Ou encore l'affaire *Winterwerp v. The Netherlands* : ce cas fondamental de la CEDH établit des normes pour la privation de liberté pour des raisons de santé mentale, soulignant les conditions dans lesquelles les patients psychiatriques peuvent être détenus légalement. Bien qu'antérieur à la directive sur les soins transfrontaliers, ce cas reste pertinent pour comprendre les droits fondamentaux des patients en matière de santé mentale et comment ces principes peuvent influencer l'application des soins transfrontaliers.

818. La France a dû adapter ses politiques pour permettre un meilleur accès aux soins transfrontaliers. La loi du 10 août 2011 relative aux droits des patients et à la qualité du système de santé a été modifiée pour intégrer ces principes, facilitant ainsi la mobilité des patients psychiatriques au sein de l'UE et assurant leur droit à des soins adéquats, tout en respectant les exigences de sécurité publique¹⁶⁹⁷. Néanmoins, ces situations dans lesquelles des patients ont eu du mal à faire reconnaître leurs droits à des soins dans d'autres États membres, mettent en lumière les lacunes actuelles dans la mise en œuvre de la directive. Une application plus rigoureuse et harmonisée de la Directive 2011/24/UE serait donc à souhaiter, en tenant compte des spécificités de la psychiatrie. L'équilibre entre la liberté de mouvement des patients et la nécessité de garantir la qualité et la continuité des soins, tout en respectant les droits fondamentaux des patients à travers l'Europe, est fondamental.

819. Quel que soit la norme européenne à transposer, la CJUE veille au respect de ce principe. L'affaire *Commission contre France* en est un parfait exemple¹⁶⁹⁸, où la CJUE a statué que la France n'avait pas correctement transposé les dispositions relatives aux droits des patients dans le cadre de la directive sur le droit des citoyens de l'Union et des membres de leur famille de circuler et de séjourner librement sur le territoire des États membres¹⁶⁹⁹. Ainsi, en règle générale, l'application des normes européennes nécessite toujours une vigilance constante et une adaptation continue des législations nationales pour répondre aux exigences des droits de l'homme.

¹⁶⁹⁷ Loi n° 2011-940 du 10 août 2011 modifiant certaines dispositions de la loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires (1), JORF n°0185 du 11 août 2011

¹⁶⁹⁸ CJUE, affaire C-512/08 *Commission contre France*, 2010

¹⁶⁹⁹ Directive 2004/38/CE du Parlement européen et du Conseil du 29 avril 2004 relative au droit des citoyens de l'Union et des membres de leurs familles de circuler et de séjourner librement sur le territoire des États membres, modifiant le règlement (CEE) no 1612/68 et abrogeant les directives 64/221/CEE, 68/360/CEE, 72/194/CEE, 73/148/CEE, 75/34/CEE, 75/35/CEE, 90/364/CEE, 90/365/CEE et 93/96/CEE

B. Une observance entraînant des obligations

820. La difficile conciliation entre la liberté d'aller et venir des patients en psychiatrie et la sécurité publique se trouve au cœur des préoccupations juridiques européennes. L'une des principales directives en matière de santé mentale est la Directive établissant un cadre général en faveur de l'égalité de traitement en matière d'emploi et de travail¹⁷⁰⁰. Bien que cette directive vise principalement la discrimination dans le domaine de l'emploi, elle a des implications importantes pour les personnes souffrant de troubles mentaux, notamment en matière de stigmatisation et de réinsertion professionnelle. En France, cette directive a été transposée par la loi du 27 mai 2008 relative à diverses dispositions d'adaptation au droit communautaire dans le domaine de la lutte contre les discriminations¹⁷⁰¹. La directive et sa transposition en droit français par la loi du 27 mai 2008 visent à prévenir la discrimination à l'égard des personnes ayant des troubles mentaux, non seulement sur le lieu de travail, mais aussi dans l'accès à l'emploi. En éliminant les discriminations et en favorisant l'égalité de traitement, cette législation contribue indirectement à réduire la stigmatisation associée aux troubles mentaux. Une moindre stigmatisation peut faciliter le processus de réinsertion des patients psychiatriques, leur permettant ainsi de trouver un emploi et de mener une vie plus autonome et épanouie après leur traitement en établissement psychiatrique. Bien que la directive ne traite pas directement des conditions de prise en charge en établissement psychiatrique, elle peut influencer les politiques et les pratiques au sein de ces établissements de plusieurs manières. D'abord, en sensibilisant à l'égalité de traitement et à la non-discrimination, les établissements psychiatriques peuvent adopter des pratiques qui respectent davantage les droits des patients, incluant le droit à un traitement sans préjugé ni discrimination fondée sur la santé mentale. Cela pourrait se traduire par des programmes de formation pour le personnel des établissements de santé mentale, axés sur la reconnaissance des droits des patients à un traitement équitable et respectueux de leur dignité. Ensuite, les établissements psychiatriques, inspirés par la directive, peuvent mettre en place des programmes de réhabilitation et de préparation à l'emploi pour les patients. Cela pourrait inclure des formations professionnelles, des conseils en matière d'emploi, et des partenariats avec des entreprises locales pour encourager l'embauche de personnes ayant des antécédents de troubles mentaux. Par ailleurs, la Directive relative au droit d'accès à un avocat dans le cadre des procédures pénales et au droit de communiquer après l'arrestation¹⁷⁰² a renforcé les garanties procédurales pour les personnes détenues, y compris les patients psychiatriques. Cette directive insiste sur le droit à une défense adéquate et le respect

¹⁷⁰⁰ Directive 2000/78/CE du Conseil du 27 novembre 2000 établissant un cadre général en faveur de l'égalité de traitement en matière d'emploi et de travail.

¹⁷⁰¹ Loi n° 2008-496 du 27 mai 2008, relative à diverses dispositions d'adaptation au droit communautaire dans le domaine de la lutte contre les discriminations, JORF n°0123 du 28 mai 2008

¹⁷⁰² Directive 2013/48/UE du Parlement européen et du Conseil du 22 octobre 2013, relative au droit d'accès à un avocat dans le cadre des procédures pénales et des procédures, relatives au mandat d'arrêt européen, au droit d'informer un tiers dès la privation de liberté et au droit des personnes privées de liberté de communiquer avec des tiers et avec les autorités consulaires

des droits fondamentaux, même en situation de détention psychiatrique. La transposition de cette directive en droit français a été assurée par la loi du 27 mai 2014¹⁷⁰³.

821. La jurisprudence de la CJUE joue un rôle crucial dans l'interprétation et l'application des directives et règlements européens en matière de santé mentale. Par exemple, dans l'affaire Coleman contre Attridge Law et Steve Law, la CJUE¹⁷⁰⁴ a étendu la protection contre la discrimination aux personnes associées à des individus handicapés, incluant ceux souffrant de troubles mentaux. Cette décision a des implications directes pour les politiques de non-discrimination en France, renforçant les droits des proches aidants et des patients psychiatriques eux-mêmes. Un autre cas significatif est l'affaire Achbita v. G4S Secure Solutions, où la CJUE a examiné les limites de la neutralité religieuse en milieu de travail¹⁷⁰⁵. Bien que ce cas ne concerne pas directement la santé mentale, les principes de non-discrimination et de protection des droits individuels en milieu de travail sont pertinents pour les patients psychiatriques, particulièrement ceux réintégrant le marché du travail après un traitement.

822. Les règlements européens, contrairement aux directives, sont directement applicables dans tous les États membres sans besoin de transposition. Le Règlement Général sur la Protection des Données (RGPD)¹⁷⁰⁶ impose des obligations strictes concernant la protection des données personnelles, incluant les dossiers médicaux des patients psychiatriques. En France, la Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés (CNIL) veille à l'application de ces règles, garantissant la confidentialité et la sécurité des informations sensibles des patients. Le Règlement relatif à la coordination des systèmes de sécurité sociale permet également aux patients psychiatriques de bénéficier de soins transfrontaliers sans perdre leurs droits à la sécurité sociale¹⁷⁰⁷. Ce règlement facilite la mobilité des patients au sein de l'UE, permettant un accès plus large aux traitements spécialisés disponibles dans d'autres États membres.

823. La France doit également respecter les normes établies par le Comité européen pour la prévention de la torture et des peines ou traitements inhumains ou dégradants (CPT). Le rapport de visite du CPT en France en 2016 a souligné la nécessité d'améliorer les conditions de d'enfermement des patients psychiatriques, en particulier en ce qui concerne les mesures de

¹⁷⁰³ Loi n° 2014-535 du 27 mai 2014 portant transposition de la directive 2012/13/UE du Parlement européen et du Conseil, du 22 mai 2012, relative au droit à l'information dans le cadre des procédures pénales, JORF n°0123 du 28 mai 2014

¹⁷⁰⁴ CJUE, Coleman contre Attridge Law et Steve Law, 17 juillet 2018, affaire C-303/06

¹⁷⁰⁵ CJUE, Achbita contre G4S Secure Solutions, 14 mars 2017, affaire C-157/15

¹⁷⁰⁶ Règlement (UE) 2016/679 du parlement européen et du Conseil du 27 avril 2016, relatif à la protection des personnes physiques à l'égard du traitement des données à caractère personnel et à la libre circulation de ces données, et abrogeant la directive 95/46/CE : plus connu sous le nom de « règlement général sur la protection des données » ou « RGPD ».

¹⁷⁰⁷ Règlement (UE) n°1231/2010 du Parlement Européen et du Conseil du 24 novembre 2010 visant à étendre le règlement (CE) no 883/2004 et le règlement (CE) no 987/2009 aux ressortissants de pays tiers qui ne sont pas déjà couverts par ces règlements uniquement en raison de leur nationalité

contention et d'isolement. Le CPT a recommandé des réformes pour garantir que ces mesures soient utilisées en dernier recours et pour des durées aussi courtes que possible. En réponse, la France a modifié ses pratiques et mis en place des formations supplémentaires pour le personnel médical afin de mieux gérer les situations de crise sans recourir systématiquement à la contention. Ces modifications visent à respecter les droits des patients tout en garantissant la sécurité des autres patients et du personnel médical¹⁷⁰⁸.

824. Bien que distincte de l'UE, l'influence du Conseil de l'Europe et de la Charte sociale européenne ne doit pas être négligée. La Charte sociale européenne, ratifiée par la France, impose des obligations en matière de protection sociale et de droits des patients. L'article 11 de la Charte garantit le droit à la protection de la santé, et l'article 15 protège les personnes handicapées, incluant celles souffrant de troubles mentaux¹⁷⁰⁹. Les rapports réguliers soumis par la France au Comité européen des droits sociaux (CEDS) permettent de contrôler la mise en œuvre de ces droits. En 2018, le CEDS a exprimé des préoccupations concernant le manque de ressources et de personnel dans les établissements psychiatriques français, appelant à des réformes pour améliorer la qualité des soins et le respect des droits des patients¹⁷¹⁰.

825. En tant qu'État membre de l'UE, la France est soumise à un cadre juridique complexe et exigeant en matière de santé mentale. Les directives¹⁷¹¹, règlements, et jurisprudences européens imposent des standards élevés pour la protection des droits des patients psychiatriques, tout en cherchant à concilier ces droits avec les impératifs de sécurité publique. La France, par ses lois nationales et ses réformes, s'efforce de respecter ces obligations, mais les défis demeurent¹⁷¹². La conciliation entre la liberté d'aller et venir des patients et la sécurité publique reste un équilibre délicat à maintenir, nécessitant une vigilance continue et des adaptations constantes aux évolutions du droit européen.

Paragraphe 2. Les projets européens en matière de santé mentale : des impacts sur le modèle français ?

¹⁷⁰⁸ Rapport au Gouvernement de la République française relatif à la visite effectuée en France par le Comité européen pour la prévention de la torture et des peines ou traitements inhumains ou dégradants (CPT) du 15 au 27 novembre 2015, Strasbourg, publié le 7 avril 2017, <https://rm.coe.int/1680707074#:~:text=URL%3A%20https%3A%2F%2Frm.coe.int%2F1680707074%0AVisible%3A%200%25%20>

¹⁷⁰⁹ Conseil de l'Europe, Charte sociale européenne, révisée (STE n°163) et adoptée en 1996, <https://www.coe.int/fr/web/conventions/full-list?module=treaty-detail&treaty-num=163>

¹⁷¹⁰ Conseil de l'Europe, « Le Comité européen des Droits sociaux publie ses conclusions sur les droits liés au travail », 22/03/2023, <https://www.coe.int/fr/web/european-social-charter/-/le-comit%C3%A9-europ%C3%A9en-des-droits-sociaux-publie-ses-conclusions-sur-les-droits-au-travail>

¹⁷¹¹ Notamment Directive 2011/24/UE du Parlement européen et du Conseil du 9 mars 2011 relative à l'application des droits des patients en matière de soins de santé transfrontaliers ; CLEISS, « La directive européenne sur les droits des patients », <https://www.cleiss.fr/docs/directive.html>

¹⁷¹² CLEISS, « Patients's rights in France », https://www.cleiss.fr/particuliers/venir/soins/ue/droits-patients-en-france_en.html

827. L'Union Européenne (UE) joue un rôle crucial dans l'élaboration et la promotion de politiques de santé mentale parmi ses États membres. Les initiatives et projets européens visent à améliorer les soins de santé mentale, promouvoir la recherche, et garantir la protection des droits des patients. Ces projets sont essentiels pour concilier la liberté d'aller et venir des patients en psychiatrie avec les impératifs de sécurité publique. Il est nécessaire d'analyser les principaux projets européens en matière de santé mentale (A) et leur impact sur les politiques nationales, notamment en France (B).

A. Les initiatives et projets européens : état des lieux

828. Horizon 2020, le programme-cadre de l'UE pour la recherche et l'innovation couvrant la période de 2014 à 2020, a financé de nombreux projets, y compris dans le domaine de la santé mentale, bien qu'il ne soit pas exclusivement dédié à ce domaine. Ce programme, de portée très générale, a soutenu divers secteurs de recherche, allant des sciences de la vie à l'innovation technologique. Il a été remplacé par Horizon Europe pour la période 2021-2027, qui continue à promouvoir des initiatives novatrices, y compris celles liées à la santé mentale. En ce qui concerne l'impact de ces programmes sur la France, ils ont permis d'encourager la recherche collaborative à l'échelle européenne, offrant aux chercheurs français des opportunités accrues pour participer à des projets internationaux de grande envergure. Le projet ROAMER (Roadmap for Mental Health Research in Europe), par exemple, vise à établir une feuille de route pour la recherche en santé mentale en Europe. Ce projet favorise la collaboration entre chercheurs et praticiens français et leurs homologues européens, renforçant ainsi l'expertise et les capacités en matière de santé mentale en France. Cette collaboration a permis d'améliorer l'accès aux données, aux meilleures pratiques et aux nouvelles technologies, tout en renforçant l'infrastructure de recherche en santé mentale¹⁷¹³.

829. Un autre exemple marquant est le projet "MENTAL Health Incidence and Prevalence across Europe" (MENTAL-E), financé par Horizon 2020. Ce projet se concentre sur la création d'une base de données complète sur la prévalence des troubles mentaux en Europe, incluant des données spécifiques pour la France. En facilitant l'élaboration de politiques basées sur des preuves solides, MENTAL-E contribue directement à une meilleure compréhension des besoins en santé mentale en France. Cela permet d'améliorer les services de soins en tenant compte des spécificités françaises, tout en garantissant le respect des droits des patients et la sécurité

¹⁷¹³ J-A. SUYO-VEGA, M-E. MENESES-LA-RIVA, V-H FERNANDEZ-BEDOYA, A. DA COSTA POLONIA, A-I. MIOTTO, S-A. ALVARADO-SUYO, H-G. OCUPA-CABRERA ; M. ALARCON-MARTINEZ, « Mental Health Projects for University Students: A Systematic Review of the Scientific Literature Available in Portuguese, English, and Spanish », *Front. Sociol.*, 11 July 2022, Sec. Public Mental Health, volume 7 – 2022, <https://doi.org/10.3389/fsoc.2022.922017>

publique¹⁷¹⁴. Ce type d'initiative aide également les décideurs français à mieux adapter leurs stratégies nationales en matière de santé mentale, en alignant leurs efforts sur les tendances et les besoins observés à l'échelle européenne.

830. L'initiative eHealth de l'UE¹⁷¹⁵ vise à promouvoir l'utilisation des technologies de l'information et de la communication (TIC) dans les soins de santé. Le Dossier Médical Européen (DME) est un projet clé de cette initiative, permettant aux patients d'accéder à leurs dossiers médicaux de manière sécurisée et de partager ces informations avec les professionnels de santé à travers l'Europe¹⁷¹⁶. Le DME facilite la mobilité des patients psychiatriques en assurant une continuité des soins lorsqu'ils se déplacent d'un État membre à un autre. Ce projet aide à concilier la liberté d'aller et venir des patients avec la nécessité de maintenir des soins cohérents et sûrs. Par ailleurs, le Règlement (UE) 2017/745 relatif aux dispositifs médicaux, en vigueur depuis 2021, renforce la sécurité et la transparence des dispositifs utilisés dans les soins de santé mentale¹⁷¹⁷.

831. Les projets de coopération transfrontalière, financés par le programme Interreg, visent à améliorer les services de santé mentale dans les régions frontalières de l'UE. Par exemple, le projet "E-Psychology" entre la France, la Belgique et le Luxembourg, vise à créer un réseau de professionnels de la santé mentale pour partager des bonnes pratiques et développer des programmes de traitement communs¹⁷¹⁸. Ces projets facilitent la mobilité des patients en garantissant que les soins de santé mentale soient accessibles et de haute qualité, quel que soit le lieu de résidence. En promouvant la coopération entre les États membres, Interreg aide à harmoniser les pratiques et à assurer que les droits des patients soient respectés tout en répondant aux exigences de sécurité publique¹⁷¹⁹. Les instances existantes européennes veillent également à la bonne application des initiatives et projets européens. Par exemple, l'Agence Européenne des Médicaments (EMA) joue un rôle central dans la régulation des médicaments

¹⁷¹⁴ A. TENHUNEN-LUNKKA, R. HONKANEN, "Project coordination success factors in European Union-funded research, development and innovation projects under the Horizon 2020 and Horizon Europe programmes.", *J Innov Entrep* 13, 7 (2024). <https://doi.org/10.1186/s13731-024-00363-x>

¹⁷¹⁵ Commission Européenne, "Coopération de l'UE", [https://health.ec.europa.eu/ehealth-digital-health-and-care/eu-cooperation_fr#:~:text=Elle%20vise%20en%20premier%20lieu,sant%C3%A9%20en%20ligne%20\(eHDSI\).](https://health.ec.europa.eu/ehealth-digital-health-and-care/eu-cooperation_fr#:~:text=Elle%20vise%20en%20premier%20lieu,sant%C3%A9%20en%20ligne%20(eHDSI).)

¹⁷¹⁶ European Medicines Agency, "Medical devices", <https://www.ema.europa.eu/en/human-regulatory-overview/medical-devices>

¹⁷¹⁷ Regulation (EU) 2017/745 of the European Parliament and of the Council of 5 April 2017 on medical devices, amending Directive 2001/83/EC, Regulation (EC) No 178/2002 and Regulation (EC) No 1223/2009 and repealing Council Directives 90/385/EEC and 93/42/EEC (Text with EEA relevance.), <https://eur-lex.europa.eu/legal-content/EN/TXT/?uri=CELEX%3A32017R0745>

¹⁷¹⁸ Interreg, North-West Europe eMen, "e-mental health innovation and transnational implementation platform North West Europe (eMEN)", <https://vb.nweurope.eu/projects/project-search/e-mental-health-innovation-and-transnational-implementation-platform-north-west-europe-emen/>

¹⁷¹⁹ G. ABSIL, V. SERVAIS, M. DUBUSON, V. DE MOFFARTS, L. FOND-HARMANT, « Figures hybrides de l'ultime, structuration et lignes de fuites : santé mentale, psychiatrie et digitalisation de la société ». *M@gm@: Rivista Internazionale di Scienze Umane e Sociali*, 21 (3), 2023, <https://hdl.handle.net/2268/316976>

psychiatriques. L'EMA évalue la sécurité, l'efficacité et la qualité des médicaments avant leur mise sur le marché. Les patients en psychiatrie bénéficient ainsi de traitements sûrs et efficaces, contribuant à une meilleure gestion des troubles mentaux. La directive 2001/83/CE et le règlement (CE) n° 726/2004 régissent les procédures de l'EMA, assurant que les médicaments disponibles répondent aux normes les plus élevées. Ces réglementations garantissent la protection des patients tout en permettant la libre circulation des médicaments à travers l'UE¹⁷²⁰.

832. Les initiatives et projets européens en matière de santé mentale jouent un rôle crucial dans l'amélioration des soins et la protection des droits des patients. En favorisant la coopération transfrontalière, l'utilisation des TIC, et en assurant des réglementations strictes des médicaments, l'UE contribue à concilier la liberté d'aller et venir des patients psychiatriques avec les exigences de sécurité publique. La France, en tant qu'État membre, bénéficie de ces initiatives tout en étant tenue de les transposer et de les appliquer de manière efficace pour garantir le respect des droits des patients et la sécurité de la société¹⁷²¹.

C. Un impact inévitable sur les politiques françaises en santé mentale

833. Les programmes de recherche et d'innovation Horizon 2020 et Horizon Europe ont permis à la France de bénéficier de financements substantiels pour développer des projets nationaux alignés sur les priorités européennes. Un exemple pertinent est le projet "RECOVER-E" financé par Horizon 2020, qui vise à intégrer les services de santé mentale communautaires dans les soins primaires. Ce projet a influencé la réforme des soins psychiatriques en France, favorisant une approche plus intégrée et communautaire des soins de santé mentale¹⁷²². La loi n° 2019-774 du 24 juillet 2019 relative à l'organisation et à la transformation du système de santé, également connue sous le nom de "Ma santé 2022", a été influencée par les résultats des projets européens comme RECOVER-E. Cette loi promeut le développement des soins de proximité et renforce les dispositifs d'accompagnement des patients, notamment ceux souffrant de troubles mentaux, dans leur parcours de soins¹⁷²³.

¹⁷²⁰ Regulation (EU) 2017/745 of the European Parliament and of the Council of 5 April 2017 on medical devices, amending Directive 2001/83/EC, Regulation (EC) No 178/2002 and Regulation (EC) No 1223/2009 and repealing Council Directives 90/385/EEC and 93/42/EEC (Text with EEA relevance.)

¹⁷²¹ European Commission, « Getting ready for the new regulations », https://health.ec.europa.eu/medical-devices-new-regulations/getting-ready-new-regulations_en

¹⁷²² European Psychiatric Association, « EU-funded Projects », <https://www.europsy.net/eu-projects/>

¹⁷²³ C. ROTH, M. WENSING, M-R. KUZMAN et al., "Experiences of healthcare staff providing community-based mental healthcare as a multidisciplinary community mental health team in Central and Eastern Europe findings from the RECOVER-E project: an observational intervention study.", *BMC Psychiatry*, 21, 525 (2021). <https://doi.org/10.1186/s12888-021-03542-2>

834. L'initiative eHealth et le Dossier Médical Européen (DME) ont eu un impact direct sur la digitalisation des services de santé en France¹⁷²⁴. Le déploiement du Dossier Médical Partagé (DMP) en France s'inspire largement des principes du DME. Le DMP, régulé par le décret du 20 juillet 2016¹⁷²⁵, vise à centraliser les informations médicales des patients et à faciliter leur partage sécurisé entre les professionnels de santé. L'intégration du DMP permet de garantir la continuité des soins pour les patients psychiatriques, particulièrement lors de déplacements transfrontaliers, tout en respectant leur liberté d'aller et venir. Cela contribue également à une meilleure coordination des soins et à une réduction des risques associés aux traitements, en assurant que toutes les informations pertinentes soient disponibles pour les professionnels de santé¹⁷²⁶.

835. Les projets de coopération transfrontalière, tels que ceux financés par Interreg, ont encouragé la France à renforcer ses collaborations avec les pays voisins. Par exemple, le projet "Mind-Spring", une initiative de formation en santé mentale pour les réfugiés et les migrants, a permis de développer des compétences spécifiques chez les professionnels de santé français. Ces collaborations transfrontalières ont conduit à des ajustements législatifs en France pour mieux répondre aux besoins des populations vulnérables. La loi du 23 novembre 2018, portant évolution du logement, de l'aménagement et du numérique (ELAN)¹⁷²⁷, inclut des dispositions spécifiques pour améliorer l'accès aux soins pour les migrants, incluant des services de santé mentale adaptés¹⁷²⁸. L'EMA joue un rôle essentiel dans la régulation des médicaments psychiatriques, influençant directement les pratiques en France. Le renforcement des procédures d'autorisation de mise sur le marché des médicaments psychiatriques, comme évoqué dans le règlement n° 726/2004, assure que les patients français bénéficient de traitements sûrs et efficaces¹⁷²⁹. En réponse aux directives européennes, la France a mis en place des réglementations strictes pour la prescription et la distribution des médicaments psychiatriques, notamment à travers l'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé (ANSM). Par exemple, les restrictions sur l'utilisation des antipsychotiques

¹⁷²⁴ L. SHIELDS-ZEEMAN, I. PETREA, F. SMIT, et al., "Towards community-based and recovery-oriented care for severe mental disorders in Southern and Eastern Europe: aims and design of a multi-country implementation and evaluation study (RECOVER-E).", *Int J Ment Health Syst*, 14, 30 (2020). <https://doi.org/10.1186/s13033-020-00361-y>

¹⁷²⁵ Décret n° 2016-995 du 20 juillet 2016 relatif aux lettres de liaison, JORF n°0169 du 22 juillet 2016

¹⁷²⁶ European Commission, « LaRge-scale implementation of COmmunity based mental health care for people with seVere and Enduring mental ill health in EuRopE », nov 27, 2017, <https://cordis.europa.eu/project/id/779362/results>

¹⁷²⁷ Loi n° 2018-1021 du 23 novembre 2018 portant évolution du logement, de l'aménagement et du numérique (1), JORF n°0272 du 24 novembre 2018

¹⁷²⁸ OMS, "Mental health and forced displacement", 31 August 2021, <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/mental-health-and-forced-displacement>

¹⁷²⁹ Règlement (CE) n° 726/2004 du Parlement européen et du Conseil du 31 mars 2004 établissant des procédures communautaires pour l'autorisation et la surveillance en ce qui concerne les médicaments à usage humain et à usage vétérinaire, et instituant une Agence européenne des médicaments

chez les enfants et les adolescents, adoptées suite à des recommandations européennes, illustrent l'impact de l'EMA sur la politique française en matière de santé mentale¹⁷³⁰.

836. Les politiques françaises peuvent tirer parti des réussites des projets européens en adaptant les meilleures pratiques et en intégrant les recommandations issues des études comparatives. Par exemple, la France pourrait adopter des systèmes de soutien communautaire efficaces mis en place en Finlande ou en Norvège, qui ont montré des résultats positifs dans la réduction des hospitalisations involontaires. En Finlande, le modèle de soutien communautaire implique une collaboration étroite entre les services sociaux et de santé pour fournir des soins de proximité et des interventions précoces. Ce modèle a permis de réduire significativement le recours à l'hospitalisation involontaire en offrant des alternatives plus adaptées et moins contraignantes pour les patients¹⁷³¹. De même, en Norvège, le système de soins basé sur la communauté offre des services de soutien intégrés qui incluent la participation active des patients et de leurs familles dans le processus de soin. La loi norvégienne sur la santé mentale, révisée en 2017, met l'accent sur les droits des patients à participer à leur traitement et à recevoir des soins dans le cadre le moins restrictif possible¹⁷³². La France pourrait s'inspirer de ces modèles pour renforcer son propre système de soins psychiatriques communautaires. En adaptant ces pratiques, la France pourrait améliorer la qualité des soins, respecter davantage les droits des patients, et réduire la nécessité de mesures coercitives telles que l'hospitalisation involontaire. Ces adaptations nécessiteraient une révision des politiques de santé publique et des investissements dans les services communautaires, mais les bénéfices potentiels en termes de qualité de vie des patients et de respect des droits humains seraient significatifs.

837. L'évolution du cadre législatif et institutionnel en psychiatrie reflète une tension persistante entre protection de la société et respect des libertés individuelles des patients. Si la contrainte demeure une réponse courante face aux situations de crise, elle ne peut constituer l'unique mode de prise en charge. Les limites des dispositifs actuels, notamment la saturation des hôpitaux, le manque de personnel et la difficulté d'accès aux soins, démontrent la nécessité de repenser le modèle psychiatrique français. Plutôt que de s'appuyer sur une logique sécuritaire ou hospitalo-centrée, de nouvelles approches émergent, cherchant à concilier soin et autonomie, prévention et accompagnement. C'est dans cette dynamique de transformation que pourrait s'inscrire le renouveau du modèle psychiatrique français.

¹⁷³⁰ A. LEBANO, S. HAMED, H. BRADBY et al., "Migrants' and refugees' health status and healthcare in Europe: a scoping literature review.", *BMC Public Health*, 20, 1039 (2020). <https://doi.org/10.1186/s12889-020-08749-8>

¹⁷³¹ J. KORKEILA, "Organization of Community Psychiatric Services in Finland", *Consortium Psychiatricum*, 2021. - Vol. 2. - N. 1. - P. 55-64. doi: 10.17816/CP64

¹⁷³² SK. REITAN, L. LIEN, "Mental health services in Norway, 2023.", *BJPsych International*, 2023;20(4):95-99. doi:10.1192/bji.2023.25 ; T. RUUD, S. FRIIS, "Community-based Mental Health Services in Norway", *Consortium Psychiatricum*, - 2021. - Vol. 2. - N. 1. - P. 47-54. doi: 10.17816/CP43

Chapitre 2. Le renouveau du modèle psychiatrique français : vers une nouvelle forme de prise en charge ?

838. L'évolution des systèmes de santé mentale dans le monde¹⁷³³, met en lumière un dilemme complexe : comment concilier la liberté individuelle des patients atteints de troubles psychiatriques avec les impératifs de sécurité publique ? Il s'agit d'explorer cette problématique à travers l'analyse du modèle psychiatrique français actuel et des possibilités d'évolution en s'inspirant d'expériences étrangères et des normes européennes. En effet, face aux enjeux croissants liés à la santé mentale, il devient impératif de repenser l'organisation de la prise en charge psychiatrique pour répondre à la fois aux besoins des patients et aux attentes de la société. Les initiatives qui ont émergé en réponse à ces défis, comme les équipes mobiles et les programmes inspirés de modèles étrangers tels que le *Housing First*, visent à apporter une solution au problème de l'errance psychiatrique¹⁷³⁴. Par ailleurs, l'influence croissante du droit européen impose aux États membres de respecter des standards élevés en matière de droits des patients, notamment en assurant la protection de leur dignité et de leur liberté de mouvement. En cohérence avec l'obligation de respect du droit européen, il s'agit d'esquisser les pistes de réforme qui pourraient, à terme, transformer le modèle psychiatrique français en un système plus inclusif, humain et respectueux des droits fondamentaux (Section 1). Cette réflexion s'inscrit dans une perspective de conciliation : concilier la liberté d'aller et venir des patients en psychiatrie avec les exigences de sécurité, concilier le droit à un traitement digne avec la nécessaire protection de la société. Un cadre conceptuel peut dès lors être proposé pour envisager un avenir où les droits des patients et les impératifs sécuritaires ne seraient plus opposés mais intégrés dans une approche durable, technologique et humaine de la santé mentale (Section 2).

Section 1. Vers une réforme de la prise en charge psychiatrique française : innovation et respect des droits des patients inspirés de modèles étrangers

839. La *Mad Pride* est un mouvement international qui soutient les personnes en souffrance psychique ou ayant des problèmes de dépendance, dans le but de contrer l'ignorance et le rejet dont elles font l'objet¹⁷³⁵. Fondée en 1990 à Toronto, au Canada, en réponse aux préjugés envers les malades psychiatriques, elle s'est étendue à travers le monde, notamment en Angleterre, en Australie, en Afrique du Nord et aux États-Unis. La France a accueilli la *Mad Pride* en 2014, à

¹⁷³³ Cf Chapitre 1 du présent Titre

¹⁷³⁴ A. MARQUES, « Des équipes mobiles de psychiatrie-précarité Une forme d'articulation entre les champs social et psychiatrique. », *Le Sociographe*, n° 42(2), 2013, 67-77. <https://doi.org/10.3917/graph.042.0067> ; Cf Section 1 du présent Chapitre.

¹⁷³⁵ Solidarité Usagers Psy, « Le Mad Pride », <https://www.solidarites-usagerspsy.fr/s-engager/evenementiel/mad-pride/>

la suite de la loi de 2005 qui a enfin reconnu officiellement le handicap psychique¹⁷³⁶. Ce sont les personnes concernées par les troubles mentaux qui nous rappellent l'importance de respecter leurs droits, en s'appuyant notamment sur la « Charte de la dignité en santé mentale » qu'elles ont elles-mêmes initiée. Elles estiment que le bien-être collectif repose sur l'attention portée à l'autre, ainsi que sur le droit d'accéder à un logement et à un emploi, tout en revendiquant aussi le droit de ne pas toujours être bien. Elles soulignent que la norme inclut également les difficultés, les faiblesses, et les zones d'ombre que chacun peut rencontrer. La santé mentale ne se réduit pas aux troubles psychiatriques ; la folie dépasse même le cadre médical pour devenir une problématique de société¹⁷³⁷. Chaque année, avec le soutien d'associations comme Humapsy ou France Dépression, ces personnes brisent le silence en défilant, souvent costumées, dans des villes telles que Paris, Marseille ou Lyon. À la manière du carnaval ou de la fête des fous du Moyen Âge, elles se réapproprient l'espace public, revendiquant leur visibilité et leur droit à être reconnues comme des citoyens à part entière. Elles demandent des moyens accrus pour garantir un accès universel aux soins, y compris pour les plus précaires, et appellent de leurs vœux une psychiatrie plus humaniste. De telles systèmes émergent déjà, comme le principe du « Housing First » progressivement intégré en Europe et en France (Paragraphe 1), dont l'engagement en faveur de la liberté d'aller et venir du patient fournit une approche idéale pour entamer la transformation du modèle français (Paragraphe 2).

Paragraphe 1. Le modèle « Housing First » : une approche applicable au modèle français ?

840. Le modèle « Housing First » possède un grand potentiel d'adaptation et notamment en France, mettant en avant une approche centrée sur la stabilité résidentielle pour les personnes atteintes de troubles mentaux¹⁷³⁸. Né aux États-Unis, ce modèle part d'un principe simple mais fondateur : fournir un logement avant toute intervention thérapeutique. En plaçant le logement comme prérequis, il répond non seulement à un besoin fondamental de sécurité et de stabilité pour ces individus, mais favorise aussi une meilleure adhésion aux soins et une réintégration sociale progressive (A). Cette approche, qui a déjà fait ses preuves en France sous l'intitulé « Un chez soi d'abord », démontre qu'en fournissant un environnement stable, les personnes vulnérables bénéficient d'une meilleure qualité de vie, et leur prise en charge devient plus humaine et respectueuse de leurs droits fondamentaux (B). L'expérience française, inspirée du modèle américain, propose un cadre de soutien pluridisciplinaire qui conjugue le respect de la liberté individuelle des patients avec une réduction des risques sociaux liés à l'errance et à la

¹⁷³⁶ Loi n° 2005-102 du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées, JORF n°36 du 12 février 2005

¹⁷³⁷ « 1ere Mad Pride pour le respect et la dignité des personnes souffrant de troubles psychiques », Santé Mentale, 12 mai 2014, <https://www.santementale.fr/2014/05/1ere-mad-pride-pour-le-respect-et-la-dignite-des-personnes-souffrant-de-troubles-psychiques/>

¹⁷³⁸ C. LAVAL, « Contexte d'émergence du Housing First », dans « Housing First : Au-delà du sans-abrisme et de la psychiatrie ». *Vie sociale*, 2324, 3, 2018, p.21-30

précarité. En élargissant cette démarche, l'objectif est de montrer qu'une telle initiative permettrait non seulement de diminuer les hospitalisations et les interventions policières, mais aussi de créer un environnement où les personnes en situation de détresse psychique pourraient s'épanouir, contribuant ainsi à une cohabitation harmonieuse et sécurisée (C).

A. Le modèle « Housing First » : une approche basée sur la stabilité résidentielle

841. L'initiative « Housing First » aux États-Unis illustre les enjeux liés à la prise en charge des personnes atteintes de troubles mentaux. Dans un système où 50 millions d'Américains n'ont pas de couverture santé, les malades mentaux sont parmi les plus touchés. Avec 56 % des adultes souffrant de troubles graves sans suivi, beaucoup se retrouvent dans la rue ou en prison, car les hôpitaux, malgré des sanctions financières, refusent ceux qui n'ont pas les moyens de payer¹⁷³⁹. Cette situation met en lumière l'importance de garantir des solutions de prise en charge qui respectent la liberté individuelle tout en permettant un accès effectif aux soins, afin d'éviter que les patients ne soient criminalisés ou marginalisés à défaut de structures adaptées. Cette problématique s'inscrit pleinement dans le débat sur les restrictions de la liberté d'aller et venir en psychiatrie. En l'absence d'une offre de soins adaptée, la question du contrôle des patients psychiatriques prend une dimension sécuritaire et coercitive, plutôt que thérapeutique. En France, bien que le cadre législatif cherche à limiter les mesures privatives de liberté, certaines populations, notamment celles en situation de précarité, échappent aux dispositifs de suivi, rendant leur prise en charge difficile et augmentant le risque de mesures répressives. La question de la liberté d'aller et venir des patients psychiatriques prend ici une dimension cruciale, car leur condition est souvent utilisée comme un prétexte pour restreindre leur mobilité. Pourtant, de nombreux travaux montrent qu'un accès à des soins adaptés et à un logement stable réduit significativement les comportements à risque et les interventions coercitives¹⁷⁴⁰. En protégeant le droit de ces individus à une prise en charge digne, la société assure une meilleure conciliation entre sécurité publique et respect de leur droit à la liberté d'aller et venir.

842. De nombreuses métropoles sont concernées. À Los Angeles, un campement de sans-abri atteint de troubles psychotiques s'est formé. À Cincinnati, des personnes en crise arrivent aux urgences, où elles sont isolées sans commodités et reçoivent parfois simplement une injection sédatrice avant d'être remises à la rue. En Virginie, un hôpital sécurisé n'accueille que les cas jugés dangereux, mais uniquement pour ceux capables de régler les frais. Cette approche soulève des interrogations quant aux droits fondamentaux des patients, car elle limite l'accès

¹⁷³⁹ S. EIDE, "Housing First and Homelessness: The Rhetoric and the Reality", *Manhattan Institute*, April 21st, 2020, https://manhattan.institute/article/housing-first-and-homelessness-the-rhetoric-and-the-reality?gad_source=1&gclid=Cj0KCQiA57G5BhDUARIsACgCYnw86ED12Rt8KFICytzgHDBjwMfCP7UfOFnC6hy3vRm_PjKP6qPOtnkaAteKEALw_wcB

¹⁷⁴⁰ World Health Organization, *Mental Health ATLAS 2020*, 2021, ISBN: 978-92-4-003670-3

aux soins pour des raisons financières, mettant ainsi en cause leur liberté d’aller et venir et leur droit à la santé, tout en compromettant la sécurité publique face aux risques non prévenus. Ces exemples mettent en lumière une tension systémique entre sécurité publique et respect des droits individuels. En l’absence de solutions adaptées, les interventions de maintien de l’ordre prennent souvent le pas sur des approches de soins, aggravant ainsi la stigmatisation des patients atteints de troubles mentaux¹⁷⁴¹. Il n’est pas rare de voir des interventions policières musclées sur des malades en crise, utilisant matraques et tasers, avec parfois des conséquences tragiques. À La Nouvelle-Orléans, où seulement 60 lits de psychiatrie sont disponibles pour une population de 300 000 habitants, des bénévoles ont été formés pour assister la police dans les interventions auprès des personnes en situation de détresse psychologique dans les rues. En général, ces individus sont considérés comme responsables de leurs actes, ce qui conduit à l’incarcération de 500 000 d’entre eux, soit dix fois plus que ceux qui sont hospitalisés. Ce phénomène met en évidence une logique de gestion des troubles psychiatriques par la contrainte, une problématique qui se pose également en France, bien que sous des formes différentes. Dans un contexte où la psychiatrie souffre d’un manque de moyens, la question du recours à la contention et à l’isolement en milieu hospitalier illustre les limites d’un système où la prise en charge est parfois réduite à une restriction de liberté. Or, comme le montre le modèle américain, l’absence de structures adaptées et d’un accompagnement suffisant pousse à des solutions extrêmes, qu’il s’agisse de l’incarcération ou de l’hospitalisation forcée. Cette criminalisation des troubles mentaux constitue une atteinte directe à la liberté d’aller et venir des individus concernés. Au lieu de permettre une prise en charge thérapeutique, elle les enferme dans un cycle de marginalisation et d’exclusion sociale, en contradiction avec les principes de dignité humaine et d’accès équitable aux soins¹⁷⁴². Ces actions posent des questions cruciales en termes de droits des patients et de leur liberté : dans quelle mesure la société doit-elle s’appuyer sur des structures de santé mentale adaptées plutôt que sur des interventions de maintien de l’ordre, afin de respecter à la fois la sécurité publique et les droits des personnes atteintes de troubles mentaux ? Les établissements pénitentiaires et hospitaliers disposent même de dispositifs spéciaux pour maîtriser les individus les plus violents. Une réforme globale des systèmes de santé mentale, centrée sur la prévention et l’accompagnement, apparaît comme une condition essentielle pour garantir que ces patients ne voient pas leur liberté restreinte injustement, mais plutôt protégée et soutenue dans un cadre adapté¹⁷⁴³. Il a fallu plusieurs fusillades de masse, commises par des personnes souffrant de troubles mentaux et non soignées, pour que les autorités américaines prennent la question au sérieux. En 2004, l’État de l’Utah a

¹⁷⁴¹ WILLIAMS, F. SANDRA, *Housing First: An Examination of Rapid Re-Housing and Its Impact on Combating Community Homelessness Within Central Mississippi*. Diss. Jackson State University, 2024.

¹⁷⁴² « Personal Perspectives on Early Psychosis, Part 2 », Dec. 20, 2020, discussion about early psychosis led by Dr. Ken Duckworth, <https://www.psychiatry.org/psychiatrists/education/podcasts/medical-mind/2020/personal-perspectives-on-early-psychosis-part-2>

¹⁷⁴³ “Overlooked: Stories of Mental Illness & the Criminal Justice System”, NAMI website, <https://www.nami.org/get-involved/awareness-events/national-criminal-justice-month/>

décidé de se pencher sur le problème de la présence de personnes atteintes de troubles mentaux dans les rues. Les responsables ont adopté une approche simple : « Pour que les gens ne soient plus sans abri, il faut leur fournir un toit ! » C'est ainsi qu'est né le programme « Housing First ». L'idée centrale était de reconnaître que le besoin fondamental d'une personne est d'avoir un logement. La stabilité offerte par le logement réduit significativement le recours à des hospitalisations coercitives ou des incarcérations, permettant aux patients de recouvrer une autonomie sans atténuer ainsi l'atteinte à leur liberté d'aller et venir¹⁷⁴⁴. Posséder un espace de vie est parfois plus prioritaire que l'alimentation ; de nombreux patients que j'ai rencontrés dans le cadre de mon travail préféraient renoncer à se nourrir pour payer leur loyer. Le programme a par la suite révélé que beaucoup de sans-abri souffraient de problèmes de santé mentale et d'addictions (alcool, drogue). Cependant, au lieu de les contraindre à se soigner ou à traiter leurs dépendances en priorité, le programme les a d'abord logés. Puis, un suivi médical leur a permis de travailler sur leurs difficultés et de se réintégrer dans la société. Cette approche respecte la liberté d'aller et venir des personnes tout en garantissant un accompagnement médical adapté, démontrant qu'il est possible de concilier les droits des patients avec les exigences de sécurité publique sans pour autant limiter leur liberté. Les résultats ont été concluants : le taux de sans-abri a diminué de 75 %, et l'Utah a économisé des millions de dollars. Loger une personne sans abri s'avère bien moins coûteux que de mobiliser en continu les services d'urgence, de santé, de police, de détention ou d'hébergement collectif¹⁷⁴⁵.

L'initiative « Housing First » en Utah montre donc qu'une prise en charge qui valorise la dignité et la liberté des patients permet de réduire la marginalisation des personnes en difficulté mentale, tout en répondant efficacement aux besoins de sécurité publique et en limitant les coûts pour la société. Cette articulation entre protection et liberté rejoint directement les questionnements soulevés en France sur l'avenir des soins psychiatriques. Alors que les débats sur la contrainte en psychiatrie se focalisent souvent sur l'équilibre entre sécurité et droits fondamentaux, le modèle de « Housing First » rappelle qu'un cadre stable peut être une réponse efficace, en évitant le recours systématique à des mesures privatives de liberté. Cette approche interroge donc la nécessité de repenser le cadre légal et les pratiques institutionnelles pour favoriser une prise en charge plus respectueuse de la liberté d'aller et venir.

B. Adaptation du programme en France : « Un chez-soi d'abord » et ses résultats encourageants.

¹⁷⁴⁴ J. WALLCRAFT, M. AMERING, J. FREIDIN, B. DAVAR, D. FROGGATT, H. JAFRI, A. JAVED, S. KATONTOKA, S. RAJA, S. RATAEMANE, S. STEFFEN, S. TYANO, C. UNDERHILL, H. WAHLBERG, R. WARNER, H. HERRMAN, "Partnerships for better mental health worldwide: WPA recommendations on best practices in working with service users and family carers", *World Psychiatry*, 10: 229-236, 2011

¹⁷⁴⁵ Op. cit. D. SANLAVILLE, *Psychiatrie, hôpital, prison, rue... Malades mentaux : la double peine*, Chronique Sociale, 2019

843. En France, des conclusions similaires ont été tirées. Environ un tiers des personnes sans domicile souffrent de graves troubles psychiques et présentent souvent des problèmes d'addiction. Or, la situation d'errance et l'insécurité qu'elles vivent rendent impossible la mise en place de soins adaptés. En 2011, un programme expérimental a été instauré dans des villes comme Paris, Lille, Marseille et Toulouse sous l'égide de la Dihal (Délégation interministérielle à l'hébergement et au logement). Intitulé « Un chez soi d'abord », ce dispositif s'inspire du modèle américain « Housing First ». L'objectif est de garantir un accès prioritaire au logement comme condition indispensable pour favoriser l'insertion, tout en offrant un accompagnement pluridisciplinaire et des soins. Cette approche met en avant l'importance d'un équilibre entre la liberté d'aller et venir du patient et la nécessité de lui offrir un cadre stable pour sa réhabilitation, permettant de concilier ses droits fondamentaux avec les enjeux de sécurité publique en réduisant les risques liés à l'errance. Cette problématique rejoint directement les tensions observées dans la prise en charge des patients en psychiatrie. La liberté d'aller et venir, bien que reconnue comme un droit fondamental, se trouve limitée lorsque l'errance et la précarité deviennent un facteur aggravant des troubles psychiatriques. Dans le cadre des soins sous contrainte, l'enjeu est souvent similaire : comment respecter la liberté individuelle tout en veillant à la sécurité du patient et de la société ? Le programme « Un chez-soi d'abord » apporte une réponse qui, bien qu'indirecte, s'inscrit dans cette dynamique en évitant une hospitalisation prolongée ou des mesures coercitives, tout en assurant un suivi structuré. En effet, il serait inapproprié de placer en logement des personnes souffrant de pathologies, souvent associées à l'alcoolisme ou à la toxicomanie, sans un encadrement adapté. Ces individus ont besoin d'un soutien régulier pour prendre leur traitement et amorcer un processus de sevrage¹⁷⁴⁶. À Paris, 353 personnes ont été prises en charge dans le cadre de cette expérimentation, et les résultats se sont révélés encourageants : après quatre ans, les bénéficiaires étaient toujours logés et suivis. Ce dispositif montre que garantir la stabilité de l'hébergement favorise non seulement la réinsertion, mais permet aussi d'assurer un suivi respectueux de la liberté des patients sans recours à des mesures de contrainte, tout en contribuant à la sécurité collective¹⁷⁴⁷. Fort de ce succès, le dispositif a été étendu en juillet 2016 à 16 autres villes, et il continue de s'élargir : en 2017, 37 310 personnes en France en ont bénéficié. Pour assurer cette couverture, 120 équipes mobiles ont été déployées sur le territoire, particulièrement dans les régions les plus impactées par la précarité. À Paris, ces équipes ont réalisé 70 000 visites à domicile sur cinq ans, soit environ une visite hebdomadaire pour chaque bénéficiaire. Elles interviennent dans 16 arrondissements. Ces équipes mobiles incarnent une approche qui respecte l'autonomie des patients, permettant un suivi régulier sans entraver leur liberté de mouvement, et contribuent à prévenir des comportements à risque en veillant à la stabilité des individus en situation de précarité. Ces équipes, telles que les EMPP (Équipes mobiles de psychiatrie précarité), les

¹⁷⁴⁶ P. ESTECAHANDY, « Un chez-soi d'abord : accompagner les personnes sans abri vers et dans leur logement », *La santé en action*, n°45, mars 2020, p. 46-49.

¹⁷⁴⁷ Ibid

ELPP (Équipes de liaison psychiatrie précarité) et les EMU (Équipes mobiles d'urgence), sont généralement coordonnées par un psychiatre et réunissent des soignants, des travailleurs sociaux et parfois des bénévoles. Elles interviennent dans leur zone géographique, soutiennent les équipes de travailleurs sociaux et collaborent avec les services psychiatriques, les CMP (centres médico-psychologiques), les maisons relais, etc. Leur mission consiste à approcher les personnes sans domicile fixe qui souffrent de troubles mentaux, qu'elles soient dans la rue, dans des foyers ou aux urgences, pour les orienter vers un suivi sans recours à la contrainte. Actuellement, seulement 15 % des patients nécessitant un accompagnement psychiatrique sont hospitalisés. Cette statistique illustre bien le glissement progressif de la psychiatrie vers une prise en charge ambulatoire, cherchant à éviter autant que possible l'hospitalisation sous contrainte. Cette évolution rejoint le débat central de cette thèse : comment limiter l'atteinte à la liberté d'aller et venir tout en assurant une prise en charge efficace ? Si les équipes mobiles permettent d'instaurer un suivi en milieu ouvert, elles rappellent aussi les défis rencontrés dans le cadre de la psychiatrie de secteur, notamment la nécessité de maintenir une continuité des soins et d'éviter les ruptures pouvant mener à des crises nécessitant des hospitalisations en urgence. En évitant les hospitalisations systématiques et les contraintes, ce dispositif s'efforce de concilier le droit des patients à la liberté d'aller et venir avec les impératifs de santé publique, favorisant ainsi une prise en charge adaptée et humaine. Ces équipes font donc face à un défi majeur : comment motiver ces personnes en situation de précarité à accepter l'aide proposée et à envisager un hébergement ? Dans ce contexte, soigner implique de tisser avant tout un lien de confiance et de créer une relation de proximité. Ce besoin de confiance fait écho aux débats sur l'isolement et la contention en psychiatrie. Lorsque le patient perçoit la prise en charge comme une contrainte, il est plus enclin à la refuser, alimentant ainsi un cercle vicieux où la réticence aux soins mène à des mesures plus coercitives. Le programme « Un chez soi d'abord » apporte ici une alternative intéressante en misant sur une stabilisation progressive du patient dans un cadre sécurisant, réduisant ainsi la nécessité d'un contrôle strict de ses déplacements. Cette approche démontre que la prise en charge des patients psychiatriques, lorsqu'elle est pensée dans un cadre favorisant l'autonomie, peut à la fois réduire les tensions entre soins et liberté et limiter les mesures de contrainte. Il est essentiel de découvrir la personne, de gagner sa confiance et de l'aider à sortir de cette « prison intérieure » créée par la maladie et l'errance¹⁷⁴⁸.

844. L'accompagnement d'une personne vers un logement va bien au-delà de lui fournir un simple toit ; c'est lui offrir un espace pour se reconstruire psychologiquement et renouer des liens sociaux. Ce logement devient un lieu de réhabilitation personnelle. Encouragé par l'équipe soignante à accepter ce progrès dans sa vie, le patient s'approprie progressivement cet espace, s'y sent à l'aise et peut y entreprendre un travail de reconstitution de son histoire, de son passé,

¹⁷⁴⁸ Chaput-Le Bars, Corinne. et al. « Le Housing-first : L'expérimentation à la française ». *Le Sociographe*, 2014/4 n° 48, 2014. p.67-77. CAIRN.INFO, shs.cairn.info/revue-le-sociographe-2014-4-page-67?lang=fr

pour donner un nouveau sens à son existence. Comme pour les patients souffrant de psychoses, on les aide à se réintégrer, on écoute leurs récits fragmentés pour les aider à reconstruire une cohérence. La personne sans domicile fixe n'a plus de repères pour nouer des liens ni s'attacher. Elle a besoin d'un toit protecteur et d'une prise en charge humaine. La relation thérapeutique se fonde avant tout sur des liens de confiance et de soutien entre les individus. Aujourd'hui, des équipes mobiles sont mises en place pour aller au-devant des personnes en souffrance psychique dans la rue, des souffrances souvent ignorées depuis des années. Par le passé, la psychiatrie fonctionnait dans cette dynamique mobile. En permettant aux individus de reconstruire leur vie dans un cadre stable, le programme respecte leur autonomie tout en répondant aux préoccupations de sécurité publique, car il réduit les risques liés à l'errance et à la précarité en offrant un environnement sécurisé et structuré. Aujourd'hui, au contact des SDF, nous redécouvrons l'essence de cette approche, qui consiste à bâtir des liens de confiance réciproques, à sortir des murs institutionnels pour rencontrer réellement le patient. Ce retour à une psychiatrie plus mobile et de proximité rappelle les évolutions législatives récentes encadrant la privation de liberté en psychiatrie, notamment la loi du 21 janvier 2022 qui impose un contrôle judiciaire accru des mesures d'isolement et de contention. En permettant d'aller vers le patient plutôt que de l'enfermer, ces dispositifs participent à la redéfinition des soins psychiatriques autour d'une prise en charge qui limite les restrictions de liberté au strict nécessaire, dans une logique de prévention et d'accompagnement plutôt que de répression et d'enfermement.

845. Cependant, ces équipes mobiles, bien que précieuses, rencontrent des limites financières et opérationnelles. Elles peinent à répondre aux besoins d'une population toujours croissante, dénonçant des charges de travail élevées, avec parfois la possibilité de ne faire qu'une visite hebdomadaire. Elles dépendent également fortement du soutien des associations. En outre, elles ne peuvent intervenir sans le consentement de la personne.

Qui s'occupera alors des individus les plus réfractaires, peut-être les plus instables et potentiellement dangereux, ceux qui refusent toute forme de soin ? Certaines de ces personnes, invisibles aux yeux du système de soins, peuvent développer des délires paranoïques par des idées extrêmes qui les conduiront éventuellement à des actes tragiques. Ces situations ne sont souvent prises en charge qu'une fois la catastrophe survenue, et la psychiatrie se voit alors reprocher son inaction et sa supposée incapacité à prévenir des drames¹⁷⁴⁹.

846. Le Dr Thomas Bosetti, psychiatre au SMPR de Marseille et en charge de missions pour Médecins du monde, estime que le programme « Un chez soi d'abord » pourrait également aider à réduire les incarcérations, en particulier celles résultant des ruptures dans les parcours de vie

¹⁷⁴⁹ N. PLEACE, Guide sur le logement d'abord en Europe, Université de New York, février 2016, https://housingfirsteurope.eu/wp-content/uploads/2021/12/HFG_FR_full_digital.pdf

des individus concernés. Pour lui, il est essentiel de briser le cycle infernal entre la rue, l'hôpital et la prison en privilégiant une orientation vers le soin plutôt que vers des mesures répressives¹⁷⁵⁰. Cela démontre que la conciliation entre sécurité publique et droits des patients peut passer par des solutions alternatives à l'incarcération, en privilégiant le soin et le soutien social pour maintenir les individus dans un cadre respectueux de leur liberté. Une étude menée à Marseille révèle qu'en moyenne, parmi les 1 600 comparutions immédiates annuelles, entre 100 et 150 concernent des personnes souffrant de graves troubles mentaux qui finissent souvent sans domicile fixe. En réponse à cette situation, un accord a été signé en mars 2017 avec cinq ministères et Médecins du monde pour offrir une alternative à l'incarcération de ces individus, en leur proposant un logement et un suivi intensif¹⁷⁵¹. Il s'agit d'identifier ces personnes en détention provisoire, de les rencontrer avant leur jugement, de diagnostiquer leur pathologie et de leur offrir un accompagnement. Le juge peut alors envisager des mesures alternatives comme un aménagement de peine ou une contrainte pénale. Cette expérimentation, nommée Ailsi (Alternative à l'incarcération par le logement et le suivi intensif), s'inspire du succès du programme « Un chez soi d'abord »¹⁷⁵². Lancée à Marseille début 2018, cette phase test de 54 mois nécessite la mobilisation de travailleurs sociaux, de médecins et d'une sensibilisation des magistrats¹⁷⁵³. Les résultats en matière de réinsertion et de réduction de la récurrence détermineront son éventuelle extension à d'autres villes. Plutôt que d'accepter la présence des malades mentaux en prison et de créer des structures spécialisées coûteuses pour leur prise en charge, il apparaît plus judicieux de favoriser leur non-incarcération. Cette réflexion s'inscrit dans une problématique plus large concernant la place des patients psychiatriques dans la société. L'évolution du droit de la psychiatrie témoigne d'un effort constant pour limiter l'enfermement, qu'il soit médical ou carcéral, en privilégiant des dispositifs alternatifs à l'hospitalisation contrainte. La logique de sécurité publique, souvent invoquée pour justifier des restrictions aux libertés individuelles des patients, pourrait être réévaluée à l'aune de ces expériences qui montrent qu'une prise en charge ouverte, lorsqu'elle est bien encadrée, peut être une solution à la fois plus respectueuse des droits et plus efficace à long terme. Dans le même esprit, offrir un toit semble essentiel pour éviter que des personnes se retrouvent sans abri. Les programmes Alisi et « Un chez soi d'abord » apparaissent ainsi comme complémentaires¹⁷⁵⁴.

¹⁷⁵⁰ Conférence « Etat de santé : quelle politique de logement ? », Médecins du Monde, Journée scientifique 2023, 6 avril 2023, <https://www.medecinsdumonde.org/actualite/la-journee-scientifique-de-la-sante-humanitaire-et-solidaire-8eme-edition/?utm>

¹⁷⁵¹ Op. cit. D. SANLAVILLE

¹⁷⁵² « AiLSi: a jail diversion programme for homeless people in Marseille », March 9, 2019, <https://koisinvest.com/project/ailsi-a-jail-diversion-programme-for-homeless-people-in-marseille/?utm>

¹⁷⁵³ AFP, « Un logement plutôt que la prison: à Marseille, un test contre la récurrence des petits délinquants », *Le Point*, 09/10/2018, https://www.lepoint.fr/societe/un-logement-plutot-que-la-prison-a-marseille-un-test-contre-la-recidive-des-petits-delinquants-09-10-2018-2261430_23.php?utm

¹⁷⁵⁴ « Santé mentale : la prison, un lieu de soin ? », *Inserm*, 23 septembre 2024, <https://www.inserm.fr/actualite/sante-mentale-la-prison-un-lieu-de-soin/>

C. La nécessaire combinaison entre logement et suivi médical pour garantir la continuité des soins.

847. En 1900, face à la surpopulation des hôpitaux psychiatriques parisiens, il a été décidé de placer certains patients chroniques stabilisés chez des « familles nourricières volontaires » en province, contre une indemnité. Parmi les localités choisies, on trouve Dun-sur-Auron dans le Cher et Ainay-le-Château dans l'Allier¹⁷⁵⁵. Ces malades contribuaient aux travaux agricoles et participaient à la vie collective, bénéficiant ainsi d'une place dans la société, bien qu'il arrivait qu'ils soient parfois exploités. Ce système offrait aux patients une alternative à l'institutionnalisation stricte, leur permettant de bénéficier d'une relative liberté de mouvement tout en étant encadrés par un suivi médical adapté, assurant ainsi un équilibre entre leur autonomie et la sécurité de la collectivité. Cette tradition perdure encore aujourd'hui : à Ainay-le-Château, 380 personnes sont accueillies au sein de 220 familles d'accueil. Ce dispositif est rigoureusement encadré par la législation : les familles accueillantes, sélectionnées par l'hôpital psychiatrique local, reçoivent un agrément pour prendre en charge un ou deux patients. L'accueil familial fait partie intégrante du parcours thérapeutique, avec un suivi assuré par les professionnels de santé¹⁷⁵⁶. Dans ce village de seulement 1 100 habitants, l'intégration se fait de manière harmonieuse.

848. À Geel, une petite ville en Belgique proche d'Anvers¹⁷⁵⁷, une tradition similaire existe depuis plus de 700 ans : des familles y accueillent des patients souffrant de troubles psychotiques. Tout comme à Ainay-le-Château, ces patients participent activement à la vie locale. Cette pratique remonte au XIV^e siècle. En 1939, on comptait jusqu'à 3 700 patients à Geel ; aujourd'hui, 248 patients stabilisés bénéficient encore de ce type d'accueil, sous l'encadrement de professionnels de santé. Les familles reçoivent une compensation de 700 euros par mois, bien que l'aspect financier ne soit pas la principale motivation, car il s'agit d'une prise en charge quotidienne, 24 heures sur 24¹⁷⁵⁸. L'expérience de Geel souligne l'importance d'une

¹⁷⁵⁵ DERRIEN, MARIE et al. « La «vie de famille» à Ainay-le-Château et Dun-sur-Auron : une parenté quotidienne inventée par l'institution psychiatrique au xxe siècle ». *Le Mouvement Social*, 2022/2, n° 279, 2022. p.119-135. CAIRN.INFO, shs.cairn.info/revue-le-mouvement-social-2022-2-page-119?lang=fr.

¹⁷⁵⁶ M. DERRIEN, M. ROSSIGNEUX-MÉHEUST, « La « vie de famille » à Ainay-le-Château et Dun-sur-Auron : une parenté quotidienne inventée par l'institution psychiatrique au xxe siècle ». *Le Mouvement Social*, 2022/2 N° 279, p.119-135. DOI : 10.3917/lms1.279.0119. URL : <https://shs.cairn.info/revue-le-mouvement-social-2022-2-page-119?lang=fr>.

¹⁷⁵⁷ A. LE BOURDON, « Belgique : à Geel, les patients psychiatriques sont accueillis dans des familles », 19 juin 2024, <https://www.france24.com/fr/%C3%A9missions/focus/20240619-%C3%A0-geel-en-flandre-les-patients-psychiatriques-sont-accueillis-dans-des-familles> ; UNESCO, « La sauvegarde du patrimoine de l'accueil familial dans la ville miséricordieuse de Geel : un modèle d'accueil communautaire », 2022, <https://ich.unesco.org/fr/BSP/la-sauvegarde-du-patrimoine-de-l-accueil-familial-dans-la-ville-misericordieuse-de-geel-un-modele-d-accueil-communautaire-00622>

¹⁷⁵⁸ S. LEGOUP, « Ainay le château, le village hôpital qui soigne sa différence », *ActuSoins*, 15 juin 2022, <https://www.actusoins.com/ainay-le-chateau-le-village-hopital-qui-soigne-sa-difference.html>

intégration communautaire qui respecte la liberté individuelle des patients et leur donne un rôle social, renforçant ainsi le lien entre soin psychiatrique, inclusion et sécurité collective.

849. Dans le village de Mézin, dans le Lot-et-Garonne, qui compte 1 500 habitants, des personnes atteintes de handicaps mentaux sont également accueillies. En 1993, un éducateur spécialisé y a créé un ESAT (Établissement et service d'accompagnement par le travail) pour offrir aux patients psychiatriques une structure adaptée avec des activités qui leur conviennent. Ce dispositif comprend une résidence-foyer avec des appartements ainsi que des logements autonomes, accueillant et encadrant 110 personnes atteintes de schizophrénie, d'autisme, de dépression ou de troubles du comportement. Au départ, il a fallu dialoguer pour apaiser les inquiétudes, notamment celles des commerçants. Aujourd'hui, chacun participe à la vie du village : patients, équipe municipale, habitants. L'ESAT a dynamisé le village en créant divers services et commerces, comme une blanchisserie, une cordonnerie, une brocante, et un service d'entretien des espaces verts. Les patients travaillent parfois avec les artisans locaux. Si un patient manifeste des signes de détresse ou adopte un comportement inhabituel, à Geel¹⁷⁵⁹, comme à Ainay-le-Château ou à Mézin, on fait appel aux soignants, mais pas à la police. Ce recours privilégié aux soignants plutôt qu'aux forces de l'ordre en cas de crise illustre une approche humaniste, visant à gérer les comportements sans recourir à des mesures restrictives, et à garantir un cadre de soins qui respecte la liberté d'aller et venir du patient. Dans notre ancien hôpital rural, nous intervenions de la même manière : lorsque des patients posaient problème dans le village ou étaient retrouvés en état d'ébriété, nous allions les chercher. Les villageois les connaissaient suffisamment pour ne plus en avoir peur, et certains liens d'affection se créaient même entre eux. Il est donc envisageable de faire cohabiter des personnes atteintes de troubles mentaux avec la population générale, à condition de leur fournir un encadrement adapté, de maintenir leur accès aux soins, de les loger de manière adéquate et, si possible, de leur offrir un rôle au sein de la communauté ainsi qu'une reconnaissance qui leur permette de se sentir acceptés.

850. Sur le plan juridique, les dispositifs d'accueil familial et en ESAT s'inscrivent dans un cadre juridique qui doit concilier cette liberté fondamentale avec des mesures de protection adaptées au patient et à la société. En accueil familial, le fait que les patients soient placés sous la responsabilité d'une famille agréée soulève la question de leur consentement, principe fondamental en matière de droits des patients¹⁷⁶⁰. Les patients doivent donner leur consentement éclairé à leur placement, sauf si une mesure de soin sans consentement est ordonnée. La réglementation sur l'accueil familial thérapeutique est encadrée par l'article L.441-1 du Code de l'action sociale et des familles (CASF) et les articles L.3222-5-1 et suivants

¹⁷⁵⁹ E. SILL, « Gheel, la ville libre des « fous » », *RetroNews*, site presse de la BNF, 31 décembre 2021, <https://www.retronews.fr/sante/long-format/2021/05/17/gheel-la-ville-libre-des-fous>

¹⁷⁶⁰ Article L.1111-4 du CSP

du Code de la santé publique (CSP). Ces textes imposent que l'accueil soit intégré dans un projet thérapeutique, sous la supervision d'un établissement de santé. Cela garantit un suivi médical continu et limite les risques d'atteinte disproportionnée à la liberté du patient. En France, les familles d'accueil doivent obtenir un agrément délivré par l'autorité administrative compétente¹⁷⁶¹. Cet agrément est conditionné à des critères stricts, incluant la capacité à garantir un cadre de vie sain et respectueux de la dignité des patients. Le suivi des familles et des patients est assuré par des équipes pluridisciplinaires, comme le disposent les articles R.3222-1 et suivants du CSP. Ce suivi médical et social vise à prévenir les risques d'exploitation ou de maltraitance, tout en offrant une réponse adaptée aux besoins des patients.

851. Ces exemples montrent une volonté de concilier la liberté d'aller et venir des patients psychiatriques avec la sécurité publique en construisant des dispositifs intégrés, où l'encadrement médical et l'intégration sociale vont de pair. Il en découle des perspectives d'évolution possibles pour le système psychiatrique français.

Paragraphe 2. Propositions de développement des équipes mobiles et alternatives à l'hospitalisation forcée : vers un nouveau modèle psychiatrique français

852. Il s'agit d'encourager la transformation de l'organisation des soins pour promouvoir un accès équitable à une prise en charge globale et personnalisée, centrée sur les besoins et l'autonomisation des patients, tout en respectant leurs droits fondamentaux, y compris la liberté d'aller et venir¹⁷⁶². Compte tenu de la complexité et de la diversité des troubles psychiatriques, il est essentiel de construire une offre de soins spécialisée, incluant le développement d'une psychiatrie de « niveau 3 »¹⁷⁶³. Ce modèle, déjà adopté dans d'autres disciplines comme la cancérologie, améliore la prise en charge des patients en intégrant les avancées scientifiques les plus récentes. Le Livre blanc 2012¹⁷⁶⁴ de la psychiatrie française soutenait cette démarche, appelant à des soins spécialisés qui facilitent l'accès à de nouvelles techniques d'évaluation et de traitement et soutiennent les initiatives de recherche. Ces centres experts peuvent ainsi offrir des solutions de soin permettant de concilier le droit à la liberté des patients avec la prise en charge nécessaire, en visant à prévenir les situations de crise pouvant menacer la sécurité publique. Ces dispositifs « experts » de niveau régional permettraient d'établir des bilans approfondis, d'élaborer des plans d'intervention, et d'offrir des conseils aux équipes locales de soins, tout en fournissant un lieu d'accueil et d'orientation pour les patients et leurs familles en respectant leur autonomie et leurs droits fondamentaux. Il serait également profitable d'étendre

¹⁷⁶¹ Article L.441-1 CASF

¹⁷⁶² « 25 propositions pour sortir la psychiatrie de l'état d'urgence », Institut Montaigne, novembre 2018.

¹⁷⁶³ I. LEROUX, P. SCGULTZ, Cartographie régionale de l'offre de soins en santé mentale, Documents de travail (1998-2019), n° 155, Paru le 08/04/2011.

¹⁷⁶⁴ *Livre blanc 2012 de la psychiatrie française*, Intersyndicale de défense de la psychiatrie publique et un collectif de signataires.

les réseaux d'expertise assurant des consultations de niveau 3. Ces équipes multidisciplinaires et spécialisées harmoniseraient les outils d'évaluation pour garantir une homogénéité des diagnostics psychiatriques, somatiques, cognitifs et sociaux, afin d'établir des recommandations thérapeutiques personnalisées. Les données anonymisées seraient partagées pour un suivi cohérent des cohortes de patients. La coordination de ces dispositifs doit également veiller au respect des droits des patients, en particulier en évitant des mesures restrictives de liberté non justifiées. Les centres experts devront promouvoir des pratiques cliniques respectueuses de l'autonomie des patients, favoriser leur participation active aux décisions concernant leur traitement, et privilégier les soins ambulatoires lorsque cela est possible. Cette orientation vers des soins ambulatoires favorise la liberté d'aller et venir des patients et limite les situations d'internement, répondant ainsi aux exigences d'un équilibre entre autonomie des patients et besoins de sécurité publique. Depuis 2007, la Fondation FondaMental, soutenue par les ministères de la Recherche et de la Santé, a initié un réseau de Centres Experts en psychiatrie, maintenant au nombre de 43¹⁷⁶⁵. Malgré les louanges des associations de patients, ce dispositif demeure expérimental, soutenu par des financements non pérennes, posant un risque à moyen terme pour sa continuité. Dans un rapport de 2017, l'IGAS soulignait l'importance de définir les conditions de généralisation de ce dispositif ou de cesser son financement si son intérêt n'était pas avéré¹⁷⁶⁶. Pour assurer la longévité de cette proposition, il est nécessaire de développer la pluridisciplinarité de la prise en charge psychiatrique (A), tout en intégrant le patient et ses proches dans le processus de soins (B).

A. Une prise en charge pluridisciplinaire à l'accès facilité

853. Les disparités entre la médecine somatique et la psychiatrie, ainsi que l'éloignement fréquent entre les établissements de médecine générale et de soins psychiatriques, entraînent une perte de chances pour les patients. Cette "perte de chances" engage une problématique de responsabilité médicale, reconnue par la jurisprudence du Conseil d'État¹⁷⁶⁷. En psychiatrie, cela pourrait également poser la question du non-respect de l'article L. 1110-1 du Code de la santé publique (CSP), qui impose une égalité dans l'accès aux soins, quels que soient les troubles. L'hospitalisation doit offrir une prise en charge intégrée, tenant compte de tous les aspects des troubles. Une telle intégration permettrait d'éviter les ruptures de suivi qui peuvent conduire à des situations de crise, et ainsi de garantir le droit des patients à recevoir des soins sans que leur liberté de mouvement ne soit constamment mise en question pour des raisons de sécurité publique. Le droit à des soins appropriés est une composante directe du droit à la santé

¹⁷⁶⁵ C. HENRY, O. GODIN O, P. COURTET, J. M. AZORIN, S. GARD, F. BELLIVIER, M. POLOSAN, J. P. KAHN, P. ROUX, V. AUBIN, D. COSTAGLIOLA, M. LEBOYER, B. ETAIN, « Outcomes for bipolar patients assessed in the French expert center network: a 2-year follow-up observational study (FondaMental advanced centers of expertise for bipolar disorder) », *Bipolar Disorder*, September 2017.

¹⁷⁶⁶ A. LOPEZ, G. TURAN-PELLETIER, Inspection générale des affaires sociales, *Organisation et fonctionnement du dispositif de soins psychiatriques, 60 ans après la circulaire du 15 mars 1960*, novembre 2017.

¹⁷⁶⁷ CE, 10 avril 1992, Époux V., n°104599

protégé par l'article 12 du Pacte international relatif aux droits économiques, sociaux et culturels (PIDESC)¹⁷⁶⁸. En France, cela se traduit par le fait que toute privation de liberté pour raisons psychiatriques doit être strictement encadrée et justifiée par des critères médicaux¹⁷⁶⁹. Pour ce faire, il serait judicieux d'instaurer des RCP en psychiatrie, similaires aux RCP en oncologie, pour les cas complexes. Ces échanges visent à confirmer les diagnostics, proposer des stratégies de soins adaptées, uniformiser les pratiques, renforcer la communication entre les professionnels de terrain et contribuer à la formation des étudiants en médecine. Toutefois, ces RCP doivent également respecter le cadre légal et éthique. Par exemple, les discussions sur les cas complexes impliquent le respect du secret médical¹⁷⁷⁰ et des principes de consentement éclairé des patients pour toute décision impactant leur prise en charge¹⁷⁷¹. Ce modèle de RCP en psychiatrie pourrait s'inspirer de l'expérience du CHU de Besançon, où la première RCP en psychiatrie a été instaurée en janvier 2017¹⁷⁷². Ces RCP devront également intégrer une réflexion sur le respect des droits des patients, notamment en matière de consentement aux soins et de liberté d'aller et venir, en s'assurant que les décisions prises soient conformes aux principes éthiques et juridiques.

854. Par ailleurs, il est essentiel de favoriser une logique d'intervention à domicile, tant dans les situations de crise que dans le suivi quotidien des pathologies chroniques. L'intervention à domicile peut être juridiquement soutenue par le principe de la moindre contrainte, consacré par l'article L. 3211-1 CSP. Pour rappel, ce principe impose que les soins psychiatriques soient réalisés, autant que possible, dans un cadre libre ou ambulatoire, afin de respecter la liberté d'aller et venir des patients. Le déploiement d'équipes mobiles, largement recommandé par les associations de patients, pourrait offrir une prise en charge centrée sur les personnes¹⁷⁷³. Ces dispositifs doivent néanmoins s'inscrire dans le cadre de la loi, notamment en ce qui concerne les limitations éventuelles à la liberté des patients¹⁷⁷⁴. En favorisant des interventions à domicile, ces équipes permettent de respecter la liberté d'aller et venir des patients, tout en assurant une prise en charge qui limite les risques de crise pour le patient et la collectivité. D'abord, il faudrait augmenter le nombre d'équipes mobiles pour se rapprocher du niveau observé en Allemagne¹⁷⁷⁵, où le nombre d'équipes mobiles par habitant est plus élevé. En 2012,

¹⁷⁶⁸ Article 12 du Pacte international relatif aux droits économiques, sociaux et culturels : « *Les Etats parties au présent Pacte reconnaissent le droit qu'a toute personne de jouir du meilleur état de santé physique et mentale qu'elle soit capable d'atteindre.* »

¹⁷⁶⁹ Article L. 3211-2-1 CSP

¹⁷⁷⁰ Article L. 1110-4 CSP

¹⁷⁷¹ Article L. 1111-2 CSP

¹⁷⁷² « Psychiatrie : le CHU a mis en place une Réunion de Concertation Pluridisciplinaire », CHU de Besançon, 2017, <https://www.chu-besancon.fr/le-chu/actualites-du-chu/actualite/psychiatrie-le-chu-a-mis-en-place-une-reunion-de-concertation-pluridisciplinaire.html>

¹⁷⁷³ M. LAFORCADE, Rapport relatif à la santé mentale, octobre 2016

¹⁷⁷⁴ Article 5 de la Conv.EDH

¹⁷⁷⁵ C. IMBAUD, P. GARASSUS, J. ANDRE & F. LANGEVIN, « Le développement de centres de santé pluridisciplinaires de proximité en Allemagne : les Medizinische Versorgungszentren. », *Santé Publique*, 2016, vol. 28(5), 555-568. doi:10.3917/spub.165.0555.

la France comptait 94 équipes mobiles en psychiatrie, contre 580 en Allemagne¹⁷⁷⁶. Ensuite, il faudrait expérimenter des équipes mobiles d'intervention précoce. Les expérimentations menées en Suisse démontrent une meilleure acceptation des soins, un suivi plus régulier, et une amélioration du pronostic des patients jeunes atteints de psychose débutante. Ces équipes mobiles permettent également de réduire le recours aux hospitalisations sous contrainte, en intervenant en amont des crises et en respectant la liberté d'aller et venir des patients.

855. En outre, il est crucial d'introduire l'espoir en psychiatrie en promouvant des dispositifs qui permettent aux personnes atteintes de maladies psychiatriques de reprendre le contrôle de leur vie. Les thérapies cognitivo-comportementales (TCC), la psychoéducation et la remédiation cognitive sont efficaces pour soutenir le processus de réhabilitation. Cependant, ces thérapies sont peu disponibles en France en raison du manque de professionnels formés et de l'absence de remboursement par l'Assurance maladie lorsque ces soins sont dispensés par des praticiens non médecins. Des expérimentations ont été lancées pour rembourser jusqu'à dix séances chez un psychologue pour les jeunes de 6 à 21 ans, évalués par un médecin pour souffrance psychique. Il est nécessaire de généraliser ce remboursement à l'échelle nationale¹⁷⁷⁷. En facilitant l'accès à ces thérapies, on favorise l'autonomisation des patients, leur participation active au processus de soin, et on réduit le risque de mesures coercitives, respectant ainsi leur liberté et leurs droits.

856. Enfin, des outils de e-santé peuvent faciliter la réalisation d'exercices à distance, renforcer les acquis et assurer un suivi prolongé des patients. Ces dispositifs numériques offrent aux patients la possibilité de maintenir leur liberté de mouvement tout en bénéficiant d'un suivi médical personnalisé et de qualité, répondant ainsi aux exigences de conciliation entre sécurité publique et droit du patient¹⁷⁷⁸. Ces dispositifs doivent faire l'objet d'études de validation pour prouver leur efficacité¹⁷⁷⁹. Cependant, ils posent des questions juridiques importantes, notamment en termes de protection des données personnelles des patients, régies par le Règlement général sur la protection des données (RGPD) et l'article L. 1111-8 CSP¹⁷⁸⁰. Les professionnels utilisant ces outils doivent garantir la confidentialité et la sécurité des données de santé. La e-santé peut également contribuer à maintenir le lien avec les patients tout en respectant leur liberté de mouvement, en leur offrant des solutions flexibles adaptées à leurs besoins.

¹⁷⁷⁶ COLDEFY et al, « L'évolution des dispositifs de soins psychiatriques ; en Allemagne, France, Angleterre et Italie : similitudes et divergences », IRDES, *Questions d'économie de la santé*, octobre 2012.

¹⁷⁷⁷ Projet de loi de financement de la Sécurité sociale pour 2017, adopté le 6 décembre 2016.

¹⁷⁷⁸ Cf Section 2 Paragraphe 2 du présent Chapitre

¹⁷⁷⁹ ME. McDEVITT-MURPHY, MT. LUCIANO, RJ. ZAKARIAN, "Use of Ecological Momentary Assessment and Intervention in Treatment With Adults". *Focus (Am Psychiatr Publ)*. 2018;16(4):370-375. doi:10.1176/appi.focus.20180017

¹⁷⁸⁰ Cf Section 2, Paragraphes 2 et 3

B. Intégrer le patient et ses proches dans le processus de soins

857. L'évaluation de la qualité des soins doit intégrer le retour d'expérience des patients pour identifier les points d'amélioration. Cette démarche s'inscrit dans le cadre de l'article L. 1110-4-1 CSP, qui met en avant la transparence et la participation des usagers au système de santé. Le retour d'expérience pourrait également être protégé par le droit à la liberté d'expression des patients¹⁷⁸¹. Le programme e-Satis¹⁷⁸², lancé par la HAS en chirurgie obstétrique, pourrait être étendu à la psychiatrie. La mise en place de cette mission incomberait à la HAS en collaboration avec les associations de patients. Intégrer les retours des patients en psychiatrie permettrait d'ajuster les pratiques pour garantir que leurs droits, y compris la liberté d'aller et venir, soient pleinement respectés. Cela favoriserait un équilibre entre les impératifs de soin et les droits fondamentaux des patients, en renforçant la transparence et en limitant les recours aux mesures de contrainte. Prendre en compte l'expérience des patients permet de mieux comprendre les impacts des pratiques sur leurs droits et leur liberté, et d'ajuster les soins pour respecter davantage ces aspects essentiels. Pour ce faire, des consultations dédiées aux familles pourraient être créées, afin de les intégrer dans le protocole de prise en charge. Les familles, souvent en première ligne lors des crises, jouent un rôle essentiel dans le soutien aux patients. Il est important de reconnaître leur rôle dans le processus de soins tout en respectant les droits des patients en matière de confidentialité. Pour aller plus loin, des consultations pour les familles en situation de crise pourraient également être développées, sans le patient. Ces consultations visent à aider les familles confrontées à un proche en crise qui refuse des soins, en offrant un espace pour évaluer les options possibles avec un psychiatre, sans passer par l'hospitalisation non consentie. Ce dispositif pourrait permettre d'éviter le recours à l'article L. 3213-1 CSP, qui encadre les hospitalisations sous contrainte dans l'intérêt de la sécurité publique. En proposant des alternatives, on réduit ainsi les atteintes potentielles à la liberté individuelle.

858. La psychiatrie est financée par une dotation annuelle de fonctionnement (DAF)¹⁷⁸³, sans lien avec l'activité réelle des établissements. Ce modèle limite les incitations à l'innovation et entretient des disparités entre établissements. De nouveaux modes de tarification « à l'épisode de soin », regroupant toutes les prises en charge médicale et médico-sociale dans un seul budget, pourraient être adoptés pour améliorer la coordination et l'efficacité des soins. Ce modèle de financement inciterait à privilégier des parcours de soins en ambulatoire, réduisant ainsi les

¹⁷⁸¹ Article 10 Conv.EDH

¹⁷⁸² HAS, « Guide méthodologique, Dispositif national de mesure de la satisfaction et de l'expérience des patients : e-Satis, Développement et validation du dispositif », septembre 2019, https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2019-09/guide_methodologique_esatis_2019.pdf

¹⁷⁸³ « Présentation des modalités de financement – Psy », *ATIH*, <https://www.atih.sante.fr/presentation-des-modalites-de-financement-psy>

hospitalisations sous contrainte et respectant la liberté des patients, tout en répondant aux exigences de sécurité publique en limitant les situations de crise. Pour cela, il faudrait renforcer la collecte de données médico-économiques. La base de données RIM Psy¹⁷⁸⁴ pourrait être utilisée pour identifier des groupes homogènes de patients, permettant de définir des forfaits par épisode de soin. Il faudrait également définir des standards de prise en charge et des forfaits selon la gravité des cas. Des indicateurs de qualité, co-construits avec les patients, seraient intégrés pour suivre les recommandations et la qualité des soins, associés à des financements basés sur la performance clinique. Ces indicateurs encourageraient les établissements à développer des pratiques respectueuses de la liberté des patients, en privilégiant des soins en milieu ouvert et en réduisant les restrictions de liberté, tout en assurant la sécurité pour les patients et la société. Ces réformes financières doivent également encourager les pratiques respectueuses des droits des patients, en incitant les établissements à privilégier les soins ambulatoires et à réduire le recours aux hospitalisations sous contrainte, en cohérence avec le respect de la liberté d'aller et venir des patients. Il faudrait également identifier le gestionnaire approprié pour centraliser le budget et le redistribuer. Les établissements hospitaliers ou regroupements de professionnels pourraient gérer ces forfaits. Aux Pays-Bas, des « groupes de soins » rassemblent des médecins de ville pour gérer le budget de soins et garantir la qualité des traitements¹⁷⁸⁵. Cette gestion par groupes de soins pourrait offrir un modèle inspirant pour la France, en veillant à ce que les patients bénéficient d'un accompagnement sécurisé tout en respectant leurs libertés, et en limitant les situations où la contrainte est nécessaire. Néanmoins, au-delà de techniques humaines, des pratiques davantage tournées vers l'innovation sont nécessaires pour garantir une évolution bénéfique de la prise en charge psychiatrique en France.

Section 2. Structurer une psychiatrie innovante et éthique répondant aux enjeux de demain

859. Diverses propositions d'améliorations peuvent être faites dans le cadre du modèle français¹⁷⁸⁶. Il s'agit de repenser en profondeur la gouvernance psychiatrique en France pour répondre aux défis de demain, avec une attention toute particulière aux enjeux de respect des droits des patients et d'éthique. Tout d'abord, il est nécessaire d'améliorer la prise en charge en amont, en introduisant notamment la proposition de créer un opérateur spécialisé en psychiatrie et santé mentale. Ce dernier, inspiré des modèles déjà en place pour le cancer, se positionnerait

¹⁷⁸⁴ « Production et transmission des fichiers du RIM-P », *ATI*H, 29 septembre 2006, <https://www.atih.sante.fr/production-et-transmission-des-fichiers-du-rim-p#:~:text=Le%20recueil%20d'informations%20m%C3%A9dicalis%C3%A9,'activit%C3%A9%20ambulatoire%2C%20RAA>).

¹⁷⁸⁵ L. MICHEL, Z. OR, « Comparaison internationale de l'organisation de la médecine spécialisée, Des innovations dans cinq pays », *IRDES*, novembre 2019, <https://www.strategie.gouv.fr/sites/strategie.gouv.fr/files/atoms/files/irdes-rapport-comparaison-internationale-medspe-2020.pdf>

¹⁷⁸⁶ Op. cit. « 25 propositions pour sortir la psychiatrie de l'état d'urgence », Institut Montaigne, novembre 2018.

comme le moteur de la politique nationale en matière de santé mentale. Ce dispositif inédit rassemblerait différents acteurs autour d'une même structure, assurant la cohérence et l'efficacité des actions, tout en veillant à concilier sécurité publique et droits fondamentaux des patients, notamment leur liberté de mouvement. Ensuite, l'accent peut être mis sur l'importance du dépistage précoce, notamment pour les jeunes. En favorisant un accès élargi aux structures comme les maisons des adolescents et en intégrant davantage les services psychiatriques dans les réseaux de soins locaux, cette approche vise à prévenir les crises et à réduire le recours aux mesures coercitives. Des mesures (dont l'hospitalisation sous contrainte) dont on sait qu'elles restreignent énormément la liberté d'aller et venir du patient. Inspiré par des exemples internationaux, ce modèle se veut préventif et inclusif, avec une volonté d'encourager une continuité des soins axée sur le respect de la liberté des jeunes patients et l'absence de contrainte physique et psychique, autant que faire se peut (Paragraphe 1). Par ailleurs, il est également nécessaire d'informer et de sensibiliser la société pour déstigmatiser les troubles psychiatriques. En intégrant la psychiatrie dans des espaces d'échange et des plateformes accessibles au public, l'objectif est d'améliorer la compréhension des maladies mentales et des droits des patients. Enfin, il est primordial d'explorer les opportunités offertes par les nouvelles technologies et la télémédecine pour faciliter l'accès aux soins et préserver l'autonomie des patients, tout en soulevant les défis juridiques et éthiques associés (Paragraphe 2). Enfin, l'avenir de la psychiatrie sera nécessairement marqué par la médecine numérique. Il est donc nécessaire d'en prévoir les enjeux et les défis (Paragraphe 3). Afin d'éviter toute confusion, les nouvelles technologies et la télémédecine doivent être distingués de la médecine numérique. Nouvelles technologies et télémédecine se concentrent sur les outils et approches permettant une prise en charge à distance des patients en psychiatrie, favorisant leur autonomie et leur liberté d'aller et venir¹⁷⁸⁷. Cela inclut des dispositifs comme la vidéoconférence, les applications mobiles et la surveillance à distance, visant à améliorer l'accessibilité aux soins et prévenir les hospitalisations forcées. En revanche, la médecine numérique englobe un cadre plus large, intégrant l'intelligence artificielle, les big data, et les systèmes de gestion de données¹⁷⁸⁸. Elle traite de l'analyse prédictive, des biobanques, et de l'impact des innovations technologiques sur la recherche et les pratiques médicales. Ces deux catégories doivent être traitées distinctement, afin de différencier les enjeux cliniques et pratiques des avancées structurelles et éthiques liées à la transformation numérique en santé mentale.

[Paragraphe 1. Améliorer la prise en charge en amont : anticiper la maladie pour optimiser le suivi](#)

¹⁷⁸⁷ Recommandations de la NIHR, « Technologies numériques et télépsychiatrie », Oxford Health Biomedical Research Center, novembre 2020

¹⁷⁸⁸ « Intelligence artificielle et santé, Des algorithmes au service de la médecine », *Inserm*, 6 juin 2018, modifié le 25 janvier 2024, <https://www.inserm.fr/dossier/intelligence-artificielle-et-sante/>

860. Il existe des moyens de renforcer la prise en charge psychiatrique en intervenant dès les premiers signes de la maladie, afin de limiter les crises et d'optimiser le suivi des patients, permettant de respecter au maximum leur liberté d'aller et venir tout en tenant compte de leurs besoins de prise en charge psychiatrique. La création d'un opérateur national en santé mentale, destiné à structurer les interventions en psychiatrie pourrait y contribuer (A). Inspiré par des modèles d'agences spécialisées dans d'autres domaines de la santé, cet opérateur serait un centre de ressources et de coordination, rassemblant divers acteurs institutionnels et associatifs autour d'un objectif commun : améliorer la prévention, la détection et la qualité des soins psychiatriques, tout en respectant les droits des patients, notamment leur liberté d'aller et venir.

861. L'introduction d'initiatives ciblées pour le dépistage des jeunes, en particulier au sein des maisons des adolescents (MDA) et des maisons de santé pluridisciplinaires (MSP), illustre la volonté de favoriser un dépistage non stigmatisant et rapide. La proposition d'associer les psychiatres aux réseaux de médecine de ville ou d'implanter des outils de dépistage directement dans les cabinets généralistes témoigne également d'une approche intégrée de la psychiatrie au quotidien, réduisant ainsi le recours à l'hospitalisation. En conjuguant innovation institutionnelle et dispositifs de dépistage précoce, cette initiative vise à placer les patients au cœur d'un parcours de soin plus accessible et continu, et à promouvoir une prise en charge qui concilie liberté individuelle et prévention (B).

A. La création d'un opérateur dédié à la psychiatrie et à la santé mentale

862. La création d'agences n'est plus privilégiée par les pouvoirs publics, ceux-ci considérant que la spécialisation de leurs missions, la diversité de leurs statuts juridiques et leur autonomie de gestion par rapport aux tutelles ne garantissent pas nécessairement une meilleure efficacité, ni des économies, ni une cohérence accrue de l'action étatique¹⁷⁸⁹. Cependant, un rapport du Conseil d'État en 2012 nuance cette position en affirmant que, bien que les agences aient pu être critiquées, elles jouent un rôle important dans les réformes de l'État et la réalisation des missions publiques, en mettant à profit des compétences et une expertise spécifique¹⁷⁹⁰. Ce rapport souligne que les agences peuvent également apporter de la cohérence, de la flexibilité et de la fonctionnalité à des actions qui seraient limitées par une organisation plus traditionnelle. Par exemple, l'action de l'INCa dans le domaine du cancer a été déterminante pour impulser, coordonner et améliorer la qualité des soins. L'IGAS, dans une de ses propositions récentes pour développer la recherche, emploie également le terme « agence » en recommandant la création d'une « agence de santé mentale »¹⁷⁹¹. Cette agence, sous la tutelle conjointe des

¹⁷⁸⁹ Rapport public 2012 du Conseil d'Etat - Volume 2 - Les agences : une nouvelle gestion publique ?, 11 septembre 2012

¹⁷⁹⁰ Ibid

¹⁷⁹¹ A. LOPEZ, G. TURAN-PELLETIER, « Organisation et fonctionnement du dispositif de soins, 60 ans après la circulaire du 15 mars 1960 », *Inspection générale des affaires sociales*, novembre 2017

ministères des Solidarités et de la Santé, de l'Enseignement supérieur, de la Recherche et de l'Innovation, réunirait au sein de son comité de pilotage des représentants des professionnels de santé, des associations de patients et de proches, de l'Assurance maladie, des organismes de recherche, des fédérations hospitalières, ainsi que des acteurs des secteurs social, médico-social et juridique pour veiller au respect des droits des patients, notamment leur liberté d'aller et venir¹⁷⁹². Rappelons que le Comité Stratégique de la Santé Mentale et de la Psychiatrie (CSSMP), mis en place en 2018, réunit sous la présidence du ministre chargé de la santé des représentants des principaux acteurs institutionnels, professionnels et associatifs du domaine de la santé mentale, inclut déjà des représentants des professionnels de santé, des associations de patients et de proches, de l'Assurance maladie, des organismes de recherche, des fédérations hospitalières, ainsi que des acteurs des secteurs social, médico-social et juridique. Cette composition vise à assurer une coordination efficace et le respect des droits des patients, y compris leur liberté d'aller et venir¹⁷⁹³.

863. Détenteur de ressources dédiées et d'une personnalité morale, cette agence, inspiré par l'INCa (dont le budget annuel s'élève à environ 118,5 millions d'euros en 2023¹⁷⁹⁴), sera le point de contact unique entre les acteurs de la politique nationale en psychiatrie et le moteur d'une vision intégrée de cette discipline. L'agence nationale de psychiatrie servira de liaison centrale entre les ministères, les professionnels de santé, les associations de patients et les organismes de recherche. Elle coordonnera les efforts des Agences Régionales de Santé (ARS), des établissements de santé, des professionnels libéraux, des structures médico-sociales, des associations de patients et de familles, ainsi que des collectivités territoriales. Cette coordination vise à assurer une mise en œuvre cohérente et efficace des politiques de santé mentale sur l'ensemble du territoire. En outre, l'agence jouera un rôle central dans l'élaboration et la diffusion de référentiels de bonnes pratiques, en collaboration avec la Haute Autorité de Santé (HAS), et participera à la formation continue des professionnels de santé mentale. Elle sera également impliquée dans la recherche en santé mentale, en partenariat avec des institutions académiques et des organismes de recherche, afin de promouvoir l'innovation et l'amélioration des pratiques cliniques. Ainsi, l'agence agira comme un catalyseur pour une approche intégrée de la psychiatrie, en alignant les efforts des différents acteurs impliqués dans la prévention, le diagnostic, le traitement et la réinsertion sociale des personnes atteintes de troubles mentaux. Ces précisions s'appuient sur les missions et organisations décrites dans le rapport « Missions et organisation de la santé mentale et de la psychiatrie » du ministère de la Santé¹⁷⁹⁵, ainsi que

¹⁷⁹² « 25 propositions pour sortir la psychiatrie de l'état d'urgence »

¹⁷⁹³ « Le Comité Stratégique de la Santé Mentale et de la Psychiatrie (CSSMP) », publié le 28.05.21, <https://interventions-precoces.sante.gouv.fr/prevention-en-sante/sante-mentale/Feuille-de-route-de-la-sante-mentale-et-de-la-psychiatrie-11179/article/le-comite-strategique-de-la-sante-mentale-et-de-la-psychiatrie-cssmp?utm>

¹⁷⁹⁴ Section « Budget », site internet de l'INCa, <https://www.e-cancer.fr/Institut-national-du-cancer/Qui-sommes-nous/Budget>, consulté le 10 septembre 2024

¹⁷⁹⁵ Rapport Missions et organisation de la santé mentale et de la psychiatrie, janvier 2009

sur les rôles attribués à la Commission nationale de la psychiatrie¹⁷⁹⁶. Plus généralement, l'agence coordonnera les structures en place et assurera la mise en œuvre ainsi que l'évaluation de grands axes stratégiques, incluant la prévention et la détection précoce des troubles psychiatriques, les soins, la recherche, la formation et les actions de lutte contre la stigmatisation associée à ces pathologies. Il veillera également à concilier les impératifs de sécurité publique avec le respect des droits fondamentaux des patients, notamment leur liberté d'aller et venir, en intégrant ces préoccupations dans l'élaboration des politiques et des pratiques cliniques. En partenariat avec la HAS et les ARS, cette agence aura pour missions principales d'élaborer une stratégie nationale de prévention et de déstigmatisation, d'établir et diffuser des référentiels communs pour les pratiques cliniques, de concevoir des indicateurs d'évaluation et des labels de qualité, de promouvoir l'adoption des connaissances et des bonnes pratiques auprès des professionnels des secteurs sanitaire, social et médico-social, de faciliter la transition entre pédopsychiatrie et psychiatrie pour adultes, de créer des outils cartographiant, par territoire, les ressources et acteurs disponibles, tout en s'assurant que les droits des patients sont respectés¹⁷⁹⁷. Elle encouragera une approche de la psychiatrie centrée sur l'*empowerment* des patients et de leurs aidants, tout en suivant et évaluant les résultats des mesures mises en place. Dans ce cadre, une attention particulière sera portée à la garantie des droits des patients, notamment en matière de consentement aux soins et de liberté de circulation, afin d'éviter les hospitalisations sous contrainte injustifiées et de promouvoir des alternatives à l'enfermement. En coordination avec les organismes de recherche, les universités et les ministères en charge de la Santé et de la Recherche, l'agence en psychiatrie définira chaque année des appels d'offres sur des enjeux prioritaires pour la recherche. Ces enjeux incluront notamment l'étude des conditions permettant de mieux respecter la liberté d'aller et venir des patients tout en assurant la sécurité publique, ainsi que la recherche de nouvelles approches thérapeutiques favorisant l'autonomie des patients. Par exemple, il s'agira d'examiner les modalités d'application des soins psychiatriques sans consentement, tels que définis aux articles L. 3212-1 et suivants du Code de la santé publique, en veillant à ce que les procédures d'hospitalisation sous contrainte respectent les droits fondamentaux des patients. Cela implique une analyse approfondie des décisions du juge des libertés et de la détention (JLD) concernant la mainlevée ou le maintien de ces mesures, comme illustré par l'arrêt de la Cour de cassation du 16 octobre 2024¹⁷⁹⁸. La recherche de nouvelles approches thérapeutiques favorisant l'autonomie des patients pourrait se concentrer sur le développement de programmes de soins alternatifs à l'hospitalisation complète sous contrainte. Par exemple, la mise en place de programmes de soins ambulatoires, encadrés par l'article L. 3211-2-1 du Code de la santé publique, permettrait aux patients de recevoir des soins adaptés tout en préservant leur liberté de mouvement. L'efficacité de ces programmes

¹⁷⁹⁶ « La nouvelle commission nationale de la psychiatrie est lancée », *Santé Mentale*, 27 janvier 2021, <https://www.santementale.fr/2021/01/la-commission-nationale-de-la-psychiatrie-est-lancee/?utm>

¹⁷⁹⁷ « 25 propositions pour sortir la psychiatrie de l'état d'urgence », Institut Montaigne, novembre 2018

¹⁷⁹⁸ Cass., 1^{re} civ., 16 octobre 2024, n°23-14.764

dépend de la définition précise des critères d'admission et des modalités de suivi, garantissant ainsi le respect des droits des patients et la sécurité publique.

864. De plus, l'élaboration de protocoles visant à limiter le recours à l'isolement et à la contention, conformément aux recommandations de la Haute Autorité de santé et aux dispositions de l'article L. 3222-5-1 du Code de la santé publique, constitue une avancée significative. L'application de ces mesures a été encadrée par le décret n° 2021-537 du 30 avril 2021, précisant les conditions de leur mise en œuvre dans le cadre des soins psychiatriques sans consentement¹⁷⁹⁹. Enfin, la formation des professionnels de santé et des magistrats aux spécificités du droit des patients en psychiatrie est essentielle. Cela inclut la sensibilisation aux obligations légales lors de l'hospitalisation sous contrainte et aux droits des patients, tels que le consentement aux soins et le respect de la dignité humaine, conformément aux principes énoncés par le Conseil constitutionnel dans sa décision QPC du 19 juin 2020¹⁸⁰⁰. Cette agence sera également responsable, en collaboration avec les ARS, de l'élaboration du cahier des charges, de la labellisation et de l'évaluation des centres d'excellence spécialisés, qui seraient une composante à développer dans le cadre des missions de l'agence de santé mentale proposée. Fonctionnant dans le cadre de réseaux dédiés au diagnostic, à la formation et à la recherche, ces centres contribueront à la production de données épidémiologiques et médico-économiques essentielles, alimentant ainsi des projets de recherche innovants. Ces projets viseront à approfondir la compréhension des mécanismes physiopathologiques des troubles psychiatriques majeurs, à améliorer les outils diagnostiques et à explorer de nouvelles pistes thérapeutiques qui respectent les droits des patients, y compris leur liberté de mouvement¹⁸⁰¹.

865. L'investissement associé à la création de cette agence doit être envisagé dans une perspective à moyen et long termes : étant donné les coûts élevés de la psychiatrie pour l'Assurance maladie et les coûts indirects pour l'ensemble du pays, cet organisme de pilotage aura également pour mission de participer à la maîtrise de ces dépenses en proposant des expérimentations de nouveaux modes de tarification. En effet, rappelons que les maladies mentales et troubles psychiques toucheraient environ 13 millions de personnes en France, soit un Français sur cinq. Leur prise en charge représente le premier poste de dépenses pour l'Assurance maladie, dépassant même celui des cancers, avec un coût annuel estimé à 23 milliards d'euros¹⁸⁰². Selon l'Organisation mondiale de la santé (OMS), le coût économique et social de ces pathologies s'élèverait à 109 milliards d'euros par an¹⁸⁰³. Dans le contexte de ces enjeux financiers et sociaux, il est essentiel que cette agence contribue à développer des

¹⁷⁹⁹ C. HELAINE, « Isolement et contention en hospitalisation sous contrainte : publication du décret d'application », *Dalloz actualité*, 11 mai 2021, <https://www.dalloz-actualite.fr/flash/isolement-et-contention-en-hospitalisation-sous-contrainte-publication-du-decret-d-application?utm>

¹⁸⁰⁰ Décision n° 2020-844 QPC du 19 juin 2020

¹⁸⁰¹ Op. cit. « 25 propositions pour sortir la psychiatrie de l'état d'urgence », Institut Montaigne, novembre 2018

¹⁸⁰² A. BILLON, « Situation alarmante de la santé mentale en France », Question orale n°1072S - 16e législature

¹⁸⁰³ Ibid

politiques de santé mentale qui respectent les droits des patients, notamment leur liberté d'aller et venir, tout en assurant une prise en charge efficace et sécurisée. Cela implique de promouvoir des soins en milieu ouvert et de réduire le recours aux hospitalisations sous contrainte, en favorisant des alternatives communautaires et ambulatoires qui permettent aux patients de recevoir des soins tout en maintenant leur intégration sociale. En ce sens, les programmes de soins existent déjà¹⁸⁰⁴. Les Centres Médico-Psychologiques (CMP) constituent également des structures de proximité offrant des consultations et des soins ambulatoires. Ils jouent un rôle crucial dans la prévention, le diagnostic et le suivi des troubles mentaux. Leur fonctionnement est encadré par le Code de la santé publique, qui définit les missions et l'organisation des services de psychiatrie de secteur. Des équipes mobiles de psychiatrie peuvent aussi intervenir directement au domicile des patients pour assurer des soins intensifs, évitant ainsi une hospitalisation complète. Ces interventions sont encadrées par des protocoles spécifiques et respectent les droits des patients, notamment en matière de consentement et de liberté de circulation. Les structures telles que les appartements thérapeutiques ou les familles d'accueil offrent également un cadre de vie semi-autonome pour les patients stabilisés, facilitant leur réinsertion sociale tout en bénéficiant d'un suivi médical adapté. Ces dispositifs sont régis par des conventions entre les établissements de santé et les structures d'accueil, garantissant le respect des droits des patients. Enfin, les programmes de réhabilitation psychosociale visent à développer les compétences sociales et professionnelles des patients, favorisant leur autonomie et leur intégration dans la société. Ils incluent des ateliers thérapeutiques, des formations et des activités de socialisation, contribuant à réduire la stigmatisation et le risque de rechute. En mettant en œuvre ces alternatives, il est possible de concilier le respect des droits fondamentaux des patients, notamment leur liberté d'aller et venir, avec les impératifs de sécurité publique. Mais cela nécessite une coordination étroite entre les différents acteurs du système de santé, les services sociaux et les autorités judiciaires, dans le cadre défini par la législation en vigueur¹⁸⁰⁵.

866. Depuis ces propositions de l'Institut Montaigne¹⁸⁰⁶, la HAS a créé en juillet 2024 le Comité Santé Mentale et Psychiatrie, remplaçant le comité de suivi instauré en 2013¹⁸⁰⁷. Ce comité a pour missions principales d'identifier les besoins en recommandations, parcours et indicateurs en recueillant les préoccupations des usagers, familles, proches et professionnels, de contribuer à l'élaboration du programme « santé mentale et psychiatrie » de la HAS, en déterminant ses axes prioritaires et en suivant sa feuille de route annuelle, et de participer à la valorisation et à la diffusion des travaux de la HAS dans le domaine de la santé mentale et de la psychiatrie.

¹⁸⁰⁴ Cf Partie I, Titre 1, Chapitre 2 de la présente thèse

¹⁸⁰⁵ S.N., « Alternatives thérapeutiques à l'isolement et la contention », *Soins Psychiatrie*, 317 vol 39, 01/07/2018

¹⁸⁰⁶ Op. cit. « 25 propositions pour sortir la psychiatrie de l'état d'urgence », Institut Montaigne, novembre 2018

¹⁸⁰⁷ Programme « santé mentale et psychiatrie » de la HAS, Article HAS, Mis en ligne le 20 janv. 2021, https://www.has-sante.fr/jcms/c_1721760/fr/programme-sante-mentale-et-psychiatrie-de-la-has?utm

867. Le CSMP est une instance de réflexion, d'échange et de co-construction sur les sujets relatifs à la santé mentale et à la psychiatrie. Il est composé de représentants de diverses parties prenantes, notamment des professionnels de santé, des associations de patients et de proches, des fédérations hospitalières, des institutions publiques et des organismes de recherche¹⁸⁰⁸. Toutefois, le CSMP ne dispose pas de ressources dédiées ni de personnalité morale propre, et ses missions se concentrent principalement sur l'élaboration de recommandations, la définition de stratégies et la diffusion des bonnes pratiques. Il n'a pas pour vocation de coordonner directement les structures en place, ni d'assurer la mise en œuvre opérationnelle et l'évaluation des grands axes stratégiques tels que la prévention, la détection précoce des troubles psychiatriques, les soins, la recherche, la formation ou les actions de lutte contre la stigmatisation. En résumé, bien que le CSMP joue un rôle consultatif essentiel dans l'orientation des politiques de santé mentale et de psychiatrie, il ne remplit pas l'ensemble des prérogatives développées dans les propositions de l'Institut Montaigne, notamment en ce qui concerne la coordination opérationnelle des structures, la gestion de ressources dédiées, la mise en œuvre directe des stratégies nationales et la garantie du respect des droits fondamentaux des patients.

B. Améliorer le dépistage précoce

868. L'accès des jeunes de 12 à 25 ans aux maisons des adolescents (MDA) dans chaque département, via les points d'accueil et d'écoute jeunes (PAEJ)¹⁸⁰⁹, permet de proposer des interventions sociales, éducatives, psychologiques, médicales et psychiatriques non stigmatisantes. Les MDA constituent une plateforme interinstitutionnelle collaborative, reliant les réseaux de santé avec l'Éducation nationale, l'éducation spécialisée, les dispositifs sociaux et les collectivités locales. Elles facilitent le repérage des situations à risque, un tri et une orientation proactive grâce à des interventions précoces multisystémiques¹⁸¹⁰. En effet, les MDA agissent comme une plateforme collaborative réunissant des professionnels issus de divers champs (santé mentale, éducation, social, collectivités locales). Les jeunes confrontés à des difficultés psychosociales ou psychiatriques ont souvent des besoins diversifiés (psychologiques, éducatifs, sociaux, médicaux), nécessitant une réponse coordonnée entre plusieurs domaines. L'approche multisystémique permet ainsi d'envisager l'individu dans son environnement global (famille, école, pairs, communauté), pour mieux repérer et orienter en fonction des besoins spécifiques¹⁸¹¹. L'implication d'équipes mobiles, en collaboration avec les

¹⁸⁰⁸ « Comité santé mentale et psychiatrie », Article HAS, Mis en ligne le 17 oct. 2024, https://www.has-sante.fr/jcms/p_3549127/fr/comite-sante-mentale-et-psychiatrie?utm

¹⁸⁰⁹ Ministère des solidarités, de l'autonomie et de l'égalité entre les femmes et les hommes, « Points accueil et écoute jeunes (PAEJ) », publié le 4 novembre 2021, <https://solidarites.gouv.fr/points-accueil-et-ecoute-jeunes-paej>

¹⁸¹⁰ « L'équipe Mobile Ado : premier programme de thérapie multi-systémique en France », 20/09/2021, site du CHU de Montpellier, <https://www.chu-montpellier.fr/fr/professionnels/journalistes-media/actualites/lequipe-mobile-ado-premier-programme-de-therapie-multi-systemique-en-france-5672?utm>

¹⁸¹¹ « Maisons des adolescents (MDA) », publié le 30/05/2017, <https://solidarites.gouv.fr/maisons-des-adolescents-mda?utm>

structures pédopsychiatriques et psychiatriques, permet de repérer les situations à risque et d’orienter rapidement vers les structures partenaires tout en veillant au respect du consentement et de la liberté d’aller et venir des jeunes. Cette mobilisation vise à réduire la fréquence et l’intensité des épisodes critiques, les hospitalisations, et à améliorer la continuité des suivis et la déstigmatisation, tout en respectant la liberté de mouvement des jeunes et en évitant les mesures coercitives.

869. Il s’agirait de coordonner le dispositif à l’échelle nationale pour assurer la bonne intégration des MDA avec les acteurs de terrain (Éducation nationale, travailleurs sociaux, professionnels médico-sociaux). Concrètement, cela pourrait se traduire par la mise en place d’une gouvernance nationale dédiée, chargée d’élaborer des lignes directrices communes tout en respectant les spécificités locales. Cette coordination nationale pourrait inclure un cadre législatif et réglementaire harmonisé. Il serait essentiel de définir les missions, le fonctionnement et les objectifs des MDA pour garantir une homogénéité dans leur action sur l’ensemble du territoire. Elle pourrait inclure des outils de communication et de collaboration standardisés. Par exemple, des plateformes numériques permettant l’échange d’informations entre les MDA et les autres acteurs de terrain (écoles, professionnels de santé, travailleurs sociaux) pour une prise en charge fluide et coordonnée. Elle pourrait aussi inclure des financements pérennes et équitables. Le déploiement d’un fonds national dédié pourrait permettre de soutenir les MDA, en assurant des moyens humains et matériels suffisants, notamment pour le développement des équipes mobiles et des interventions précoces. Elle pourrait aussi inclure la formation et la sensibilisation des acteurs. Des programmes de formation interdisciplinaire (enseignants, médecins, éducateurs, psychologues) pourraient être proposés pour promouvoir une culture commune autour de la prise en charge des jeunes. Elle inclurait également des dispositifs d’évaluation et de suivi. Il serait important de mettre en place des indicateurs nationaux pour mesurer l’impact des MDA sur la santé et le bien-être des jeunes, tout en permettant des ajustements continus selon les besoins. Elle inclurait aussi une articulation renforcée avec les collectivités locales et les ARS (Agences Régionales de Santé). Les collectivités pourraient être impliquées dans la mise en œuvre opérationnelle pour adapter les initiatives nationales aux réalités locales, tandis que les ARS pourraient jouer un rôle de supervision régionale pour assurer l’harmonisation des pratiques. Elle pourrait enfin inclure un réseau national d’échanges et de bonnes pratiques. Un réseau formel réunissant les responsables des MDA et leurs partenaires pourrait permettre de partager les réussites, de résoudre collectivement les défis et de diffuser les innovations locales à une échelle plus large¹⁸¹². L’exemple australien du programme Headspace¹⁸¹³, qui encourage le bien-être des jeunes de 12 à 25 ans et les aide dans leurs questionnements et difficultés, montre l’importance d’identifier

¹⁸¹² Association Nationale Maisons des Adolescents, « Les Maisons des Adolescents », https://anmda.fr/fr/les-maisons-des-adolescents?utm_source=chatgpt.com

¹⁸¹³ Cf Chapitre 1 Section 1 Paragraphe 2 du présent Titre

précocement les symptômes et de mettre en place des stratégies pour prévenir l'aggravation des troubles tout en respectant les droits des jeunes patients.

870. Par ailleurs, dans le cadre du plan de lutte contre les déserts médicaux (octobre 2017), la ministre de la Santé a annoncé que le nombre de MSP passera à 2 000 d'ici 2020 (contre 1 000 alors existantes)¹⁸¹⁴. La structuration de la médecine de ville a été renforcée en 2016 avec les communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS). Ces structures pourraient intégrer des psychiatres, des psychologues et potentiellement des Centres médico-psychologiques (CMP), sous réserve d'évolution statutaire. La proposition d'intégrer les psychiatres, psychologues, et potentiellement les Centres Médico-Psychologiques (CMP) au sein des Communautés Professionnelles Territoriales de Santé (CPTS) et des Maisons de Santé Pluriprofessionnelles (MSP) présente des avantages : déstigmatiser la psychiatrie en l'intégrant dans des structures médicales classiques, faciliter l'accès rapide aux soins psychiatriques, améliorer le dépistage précoce et garantir une prise en charge globale incluant les comorbidités somatiques, tout en préservant la liberté d'aller et venir des patients et en favorisant des soins volontaires en milieu ouvert¹⁸¹⁵. Il est nécessaire de fournir aux professionnels de première ligne des outils cliniques simples et les inciter à leur utilisation. Pour encourager l'utilisation de méthodes de dépistage rapide, les pouvoirs publics pourraient inciter financièrement les généralistes et pédiatres à utiliser ces outils, en intégrant cet acte dans le paiement au résultat, similaire au modèle de remboursement pour le diagnostic de la dépression (environ 70 € par consultation). Ils pourraient également intégrer les échelles cliniques dans le paiement à la performance des médecins de ville (ROSP), un dispositif qui a montré son efficacité dans la modification des pratiques des professionnels de santé. Enfin, ils pourraient mettre ces outils à disposition dans les logiciels médicaux et les intégrer facilement dans le dossier médical partagé (DMP). Par ailleurs, la création d'une plateforme de télé-expertise entre médecins généralistes et psychiatres serait bénéfique. La création d'une telle plateforme entre médecins généralistes et psychiatres s'appliquerait également à une population plus large, incluant tous les patients nécessitant une prise en charge psychiatrique ou un avis spécialisé, quel que soit leur âge. Contrairement aux MDA ou aux PAEJ, spécifiquement orientées vers les jeunes de 12 à 25 ans, ce dispositif de télé-expertise est transversal et vise à améliorer la collaboration entre professionnels de santé pour tous les publics. De plus, la mise en place d'une plateforme téléphonique et/ou internet permettrait des échanges directs entre généralistes et psychiatres, facilitant la télé-expertise et le lien rapide entre professionnels. Des expérimentations ont déjà été initiées. A Saint-Nazaire, où, à la suite d'un appel de l'ARS en 2015, un rendez-vous est programmé après la consultation en médecine générale, une fiche de liaison est transmise au

¹⁸¹⁴ L. LENOIR, « Le plan du gouvernement pour lutter contre les déserts médicaux », Le Figaro, 13/10/2017, <https://www.lefigaro.fr/conjoncture/2017/10/13/20002-20171013ARTFIG00122-le-plan-du-gouvernement-pour-lutter-contre-les-deserts-medicaux.php?utm>

¹⁸¹⁵ Op. cit. « 25 propositions pour sortir la psychiatrie de l'état d'urgence »

psychiatre et des réunions de coordination mensuelles permettent de suivre le lien entre psychiatrie et médecine somatique¹⁸¹⁶. Au CHU de Clermont-Ferrand ensuite, pour un soutien aux médecins généralistes par le service de médecine interne. Et enfin en Île-de-France, avec le déploiement de dispositifs de soins partagés (DSP) facilitant les relations entre généralistes et psychiatres dans les Yvelines et le Val-de-Marne. Et ? Comment généraliser ces dispositifs ?

Paragraphe 2. Informer, déstigmatiser et intégrer la psychiatrie dans la société

871. Dans une société où les troubles psychiatriques demeurent trop souvent associés à des préjugés, l'intégration et la reconnaissance de la santé mentale comme un enjeu de santé publique s'avèrent essentielles. Diverses stratégies peuvent être envisagées pour informer la population, déstigmatiser la maladie mentale et favoriser l'inclusion des personnes concernées. L'idée centrale consiste à établir un espace commun où patients, familles et professionnels peuvent échanger librement et s'informer sur la prise en charge et les droits des patients, en particulier leur liberté de mouvement. En renforçant la transparence et l'accessibilité de l'information, ce portail national permettrait une meilleure compréhension des maladies psychiatriques et des ressources disponibles (A). La sensibilisation doit également viser les jeunes, souvent vulnérables face aux premiers signes de la maladie. En partenariat avec le système éducatif, des campagnes de prévention pourraient faciliter l'identification précoce de ces signes et offrir des soutiens adaptés. La sensibilisation se prolonge au sein des milieux professionnels et des médias, où la déconstruction des clichés permettrait de promouvoir une image plus inclusive des personnes atteintes de troubles psychiatriques, en favorisant leur intégration et leur autonomie. Enfin, il s'agit de rompre avec le modèle d'hospitalisation prolongée en proposant des dispositifs d'accompagnement dans la communauté, favorisant ainsi le rétablissement et l'insertion sociale. Grâce à une approche axée sur la diversité des solutions, cette stratégie permet de respecter la dignité et les droits des patients tout en soutenant leur participation active à la société (B).

A. Informer l'ensemble de la population : entre création d'un espace commun d'échanges et campagnes de sensibilisation

872. Afin d'intégrer la psychiatrie dans la société, la création d'un espace commun de recherche et d'échange pourrait permettre de faire correspondre tous les acteurs de la société (non malades, professionnels en tous genres, etc.), ainsi que les malades, les familles, les proches et les novices en matière de santé mentale : il s'agirait de construire un portail web national interactif et facilement utilisable. Ce portail interactif, sous la gestion du nouvel opérateur de la psychiatrie et en coordination avec les sites web des différentes ARS, pourra

¹⁸¹⁶ Dr. P. DELBROUKE, K. RIO, « Consultations spécialisées de psychiatrie en maison de santé pluriprofessionnelle », CH de Saint-Nazaire, 2015.

tirer parti de l'expérience et des travaux réalisés par des structures déjà engagées dans la cartographie et la description des ressources disponibles pour les patients, au plus près de leur lieu de vie. Ses objectifs seront de fournir des informations pédagogiques et fiables sur les maladies psychiatriques, les signes d'alerte et les modalités de prise en charge, de clarifier les rôles des différents acteurs dans le domaine de la santé mentale et d'offrir une cartographie des services disponibles dans un territoire donné. Il pourra également informer sur les droits des patients, y compris en matière de liberté d'aller et venir, et sur les procédures liées aux hospitalisations sous contrainte, afin que les usagers soient pleinement informés de leurs droits et des recours possibles¹⁸¹⁷. Pour rappel, les dispositions des articles L.3211-1 et suivants du CSP encadrent strictement les mesures d'hospitalisation sans consentement, garantissant que celles-ci ne peuvent être mises en œuvre qu'en cas de nécessité impérieuse liée à un danger pour soi ou pour autrui. Ces informations permettraient de sensibiliser les patients et leurs familles à leurs droits, notamment à la possibilité de saisir le JLD pour contester une mesure privative de liberté d'aller et venir.

873. De nombreuses ressources documentaires en ligne existent déjà. En France, on peut citer des initiatives comme le Psycom¹⁸¹⁸, les Centres de ressources sur les handicaps psychiques (Crehpsy)¹⁸¹⁹ ou Fil Santé Jeunes¹⁸²⁰. Les exemples étrangers offrent également des pistes intéressantes, notamment avec des plateformes telles que Headspace¹⁸²¹, Reach Out¹⁸²², Mind¹⁸²³ et Rethink Mental Illness¹⁸²⁴.

874. La campagne Heads Together¹⁸²⁵, menée par la famille royale britannique, met par exemple l'accent sur la déstigmatisation en ciblant les enfants, les adolescents, les jeunes adultes et leurs parents pour les aider à identifier, de manière autonome, les signes qui justifient une consultation. Compte tenu de l'âge d'apparition des troubles psychiatriques, les jeunes sont effectivement une cible privilégiée pour améliorer l'identification des signes de mal-être et l'accès aux soins. En partenariat avec le ministère de l'Éducation, le ministère de la Recherche et de l'Enseignement supérieur, et Santé Publique France, l'opérateur en psychiatrie sera chargé de coordonner la diffusion d'informations (symptômes, facteurs de risque, évolution, options de prise en charge, etc.) et de déployer des actions de sensibilisation dans les collèges, lycées

¹⁸¹⁷ Op. cit. « 25 propositions pour sortir la psychiatrie de l'état d'urgence »

¹⁸¹⁸ Site d'information sur la santé mentale : <https://www.psycom.org/>

¹⁸¹⁹ <https://www.crehpsy-hdf.fr/>

¹⁸²⁰ <https://www.filsantejeunes.com/>

¹⁸²¹ Organisation australienne à but non lucratif dédiée à la santé mentale des jeunes, fondée par le gouvernement australien en 2006. <https://headspace.org.au/>

¹⁸²² Site australien de Chat anonyme et soutien psychologique : <https://au.reachout.com/>

¹⁸²³ Site semblable au Royaume Uni : <https://www.mind.org.uk/>

¹⁸²⁴ Organisation caritative britannique visant à améliorer la vie des personnes sévèrement impactées par les maladies mentales, en s'appuyant sur des réseaux de groupes et de services locaux, des ressources d'information et des campagnes de sensibilisation : <https://rethink.org/>

¹⁸²⁵ <https://www.headstogether.org.uk/>

et établissements d'enseignement supérieur. Cette sensibilisation pourrait inclure des supports pédagogiques, des formations en ligne et des ateliers de discussion qui abordent également les droits des patients et la protection de leur liberté individuelle, afin de prévenir les discriminations et les atteintes aux libertés fondamentales. Par exemple, ces actions pourraient également intégrer des ateliers éducatifs sur le droit en santé mentale, avec une explication des concepts clés comme la "liberté d'aller et venir" en lien avec la jurisprudence européenne¹⁸²⁶, notamment l'article 5 de la Conv.EDH qui protège le droit à la liberté et à la sûreté.

875. La sensibilisation du milieu professionnel poursuit deux objectifs : d'une part, faciliter le repérage précoce de personnes présentant des troubles psychiatriques et, d'autre part, encourager l'inclusion des personnes atteintes de ces troubles dans le monde du travail. Des retours d'expérience peuvent être pris en compte, notamment les initiatives d'inclusion professionnelle telles que le job coaching en lien avec Cap Emploi, les lieux d'accueil comme les Clubhouses, ou encore les actions menées par l'Œuvre Falret pour accompagner le retour à l'emploi¹⁸²⁷.

876. Les médias, par leur rôle de diffusion d'informations au grand public, jouent également un rôle clé, tant dans la perpétuation que dans la déconstruction des préjugés. Il est donc essentiel de renforcer les actions de sensibilisation auprès des médias pour améliorer la manière dont les sujets de santé mentale sont abordés, en insistant sur le respect des droits des patients et la promotion de leur autonomie. Des initiatives telles que le programme PAPAGENO-Suicide, destiné aux étudiants en journalisme, ou l'étude de l'Observatoire Société et Consommation (ObSoCo) pour l'association PromesseS, qui a analysé l'usage du terme « schizophrénie » dans 1,3 million d'articles entre 2011 et 2015, peuvent servir de modèles. Le programme PAPAGENO a pour objectif d'améliorer la qualité du traitement médiatique du suicide afin de renforcer sa prévention, en sensibilisant les étudiants en journalisme à leur responsabilité sur cette question. Ce programme repose sur des échanges entre des promotions d'étudiants en journalisme et un groupe d'internes en psychiatrie, encadrés par un psychiatre et un journaliste professionnel¹⁸²⁸. Il est essentiel que ces campagnes d'information incluent des messages sur le respect des droits des patients, notamment leur liberté d'aller et venir, pour lutter contre la stigmatisation et les idées reçues associées aux troubles psychiatriques.

B. Promouvoir un rétablissement efficace : intégrer le parcours de vie du patient

877. En France, le manque d'alternatives à l'hospitalisation pour les personnes souffrant de troubles psychiatriques sévères et chroniques est régulièrement dénoncé, entraînant une perte

¹⁸²⁶ Cf Section précédente dans la présente thèse

¹⁸²⁷ Op. cit. "25 propositions pour sortir la psychiatrie de l'état d'urgence"

¹⁸²⁸ PAPAGENO Suicide : <https://papageno-suicide.com/>

de chance importante. Ce constat a également été mis en évidence dans plusieurs décisions de la CEDH, qui insiste sur la nécessité de limiter les restrictions à la liberté des patients aux situations strictement nécessaires et proportionnées¹⁸²⁹. Ces principes devraient guider les politiques publiques françaises pour éviter des hospitalisations abusives ou prolongées. Il serait judicieux de développer l'accompagnement social et médico-social en réinventant les dispositifs existants. L'hospitalisation de longue durée complique l'intégration sociale et entrave le processus de rétablissement, tout en générant des coûts importants pour l'État. De plus, le recours excessif à l'hospitalisation peut constituer une atteinte à la liberté d'aller et venir des patients. Rappelons qu'en vertu de l'article L.3211-12 du CSP, les hospitalisations sans consentement doivent faire l'objet d'un contrôle judiciaire dans un délai de 12 jours pour garantir le respect des libertés fondamentales¹⁸³⁰. Ce dispositif pourrait être renforcé par une meilleure coordination entre les équipes médico-sociales et le système judiciaire, pour limiter les mesures coercitives. Il est donc nécessaire de rompre ce cercle vicieux en proposant une diversité de solutions adaptées aux besoins de chacun, incluant l'accès au logement, à l'emploi, et à des dispositifs de réhabilitation.

878. Il faudrait développer la mise en place de dispositifs d'accompagnement pour les personnes souffrant de troubles psychiatriques, sans nécessairement être reconnues en situation de handicap, répond à plusieurs objectifs¹⁸³¹ : soutenir leur rétablissement, garantir leur autonomie, et prévenir les hospitalisations prolongées, souvent perçues comme coercitives. Ces hospitalisations restreignent la liberté d'aller et venir des patients, tout en limitant leur intégration sociale. Une approche communautaire, qui privilégie le maintien des individus dans leur environnement de vie, permet de réconcilier leurs droits fondamentaux avec un accompagnement adapté. Les dispositifs proposés visent à répondre aux besoins diversifiés des patients selon leur parcours de vie et leur niveau d'autonomie. Par exemple, encourager la poursuite des études et le retour en formation : Les troubles psychiatriques, apparaissant souvent chez les jeunes, impactent fréquemment la scolarité ou l'entrée dans la vie active. Des programmes ciblés, comme des parcours éducatifs adaptés ou des formations flexibles, permettent aux jeunes patients de se réinsérer dans un cadre structurant tout en respectant leur rythme et leurs besoins spécifiques. Cela favorise leur autonomie future et réduit les risques de marginalisation. Ou encore, augmenter les places dans des foyers et logements adaptés : l'accès à des foyers de vie ou à des appartements thérapeutiques garantit un environnement sécurisé et inclusif, particulièrement pour les patients en sortie d'hospitalisation. Ces structures, en offrant un cadre souple et non contraignant, préservent la liberté de mouvement des individus tout en leur assurant un soutien professionnel au quotidien. Ce peut être également la création des dispositifs favorisant le retour à l'emploi. L'insertion professionnelle est une étape clé dans le

¹⁸²⁹ Op. cit. arrêt Winterwerp c. Pays-Bas, 1979

¹⁸³⁰ Cf Partie 1, Titre 2 de la présente thèse

¹⁸³¹ Op. cit. "25 propositions pour sortir la psychiatrie de l'état d'urgence"

processus de rétablissement. En développant des programmes tels que le *job coaching*¹⁸³², le soutien au micro-entrepreneuriat ou les emplois adaptés, il devient possible de donner aux patients les moyens d'être actifs et autonomes dans la société, tout en réduisant la stigmatisation liée à leur condition. Ces initiatives permettent aux patients de vivre dans la communauté, de maintenir leur liberté de mouvement, et de participer pleinement à la société. Elles contribuent également à respecter les principes fondamentaux établis par la Charte des droits et libertés de la personne accueillie, notamment son article 1er, qui met l'accent sur la dignité humaine et la liberté de choix¹⁸³³. Des initiatives existent déjà, portées par des organisations comme l'Œuvre Falret et Clubhouse France¹⁸³⁴, mais leur développement reste fragile faute de soutien financier durable. Il faudrait également optimiser le pilotage des dispositifs pour éviter la vacance récurrente de places dans certains établissements. L'hospitalisation prolongée est souvent perçue comme une mesure coercitive, limitant directement la liberté de mouvement des patients. En développant des alternatives inclusives, il est possible de proposer des solutions respectueuses des droits fondamentaux tout en garantissant un accompagnement approprié. Ces dispositifs offrent aux patients la possibilité de se déplacer librement dans leur communauté, de participer à des activités éducatives ou professionnelles, et de s'intégrer dans un cadre social, tout en recevant un soutien adapté à leurs besoins.

879. Par ailleurs, il serait judicieux de déployer des *case managers* en psychiatrie¹⁸³⁵ afin de renforcer la coordination des parcours de soin. Les épisodes aigus de troubles psychiatriques nécessitent parfois une hospitalisation, mais les sorties précipitées, la faible coordination entre hôpital, centres médico-psychologiques, psychiatres référents, et généralistes posent des défis importants. Ces lacunes, fréquemment relevées pour les troubles sévères et chroniques, limitent les possibilités de rétablissement durable. Pour remédier à ces carences, il est proposé d'enrichir les services hospitaliers en renforçant la collaboration avec les différents acteurs impliqués dans la prise en charge. La transition vers un suivi ambulatoire, une étape clé, doit non seulement inclure les soins, mais également les aspects médico-sociaux et sociaux, souvent négligés. Il est nécessaire de généraliser la fonction de *case manager* dans les services hospitaliers¹⁸³⁶. Ce rôle, assuré par des infirmiers, travailleurs sociaux, ou par des binômes sanitaire-social, a pour mission de coordonner les divers aspects de la prise en charge, contribuant au maintien de la personne dans son cadre de vie et facilitant son rétablissement. La télémédecine et des indicateurs de suivi, visant à détecter rapidement les rechutes, permettent une intervention

¹⁸³² « Qu'est-ce que le job coaching ? », NB2A, <https://www.nb2a.fr/job-coaching/#:~:text=Le%20Job%20coaching%20est%20un,besoins%20en%20formation%20si%20n%C3%A9cessaire>.

¹⁸³³ Charte des droits et libertés de la personne accueillie, 2002

¹⁸³⁴ Œuvre Falret : <https://falret.org/> ; Clubhouse France : <https://www.clubhousefrance.org/>

¹⁸³⁵ « Le case management en santé mentale. L'amélioration de la gestion des cas complexes et de la coordination du parcours patient », CNEH, <https://www.cneh.fr/nos-domaines-de-formations/patients-expertise-clinique-sante-mentale-et-psychiatrie/sante-mentale-et-psychiatrie/le-case-management-en-sante-mentale/>

¹⁸³⁶ J-M. BOURELLE, « Un case management à la française... », *Santé mentale*, n°216, mars 2017

précoce et une délégation efficace des tâches de suivi et d'alerte aux case managers. L'accompagnement intensif par un *case manager* devrait s'étendre sur une période relativement courte (trois mois à un an, selon les besoins), avec la mission de coordonner l'ensemble des acteurs sanitaires (CMP, équipes mobiles, psychologues, médecins généralistes et spécialistes) et médico-sociaux (retour à l'emploi, hébergement adapté)¹⁸³⁷. En offrant des alternatives à l'hospitalisation, ces dispositifs permettent de respecter la liberté d'aller et venir des patients, évitant ainsi des mesures coercitives et favorisant leur réintégration sociale. Au-delà des dispositifs en amont et pendant la prise en charge, des perspectives innovantes et technologiques peuvent également être envisagées.

Paragraphe 3. Promouvoir la recherche et l'innovation pour une psychiatrie adaptée aux besoins du futur

880. Dans un contexte où les défis en santé mentale évoluent rapidement, l'innovation et la recherche apparaissent comme des leviers essentiels pour transformer la psychiatrie de demain. Pour ce faire, il est nécessaire de renforcer la formation des professionnels du secteur, de favoriser la recherche en santé mentale et de mettre en place des technologies adaptées, autant d'initiatives visant à répondre aux besoins croissants des patients tout en respectant leurs droits fondamentaux. Idéalement, en augmentant la durée et la spécialisation des cursus, la formation des psychiatres et autres professionnels de santé mentale pourrait ainsi mieux les préparer aux réalités complexes de cette discipline (A). De plus, le soutien accru à la recherche publique et aux partenariats innovants permettrait d'explorer de nouvelles approches thérapeutiques et diagnostiques, tout en respectant les libertés des patients. Ce soutien inclurait le développement de bases de données épidémiologiques et médico-économiques, facilitant ainsi une meilleure compréhension des troubles psychiatriques et de leur impact sur la société (B). Enfin, les technologies émergentes, telles que la télémédecine et l'intelligence artificielle, offrent des perspectives inédites en matière de suivi et de traitement à distance. Toutefois, l'encadrement de ces outils est essentiel pour préserver la confidentialité et la sécurité des patients. En somme, cette réflexion sur l'avenir de la psychiatrie propose une approche moderne et respectueuse de la liberté des individus, visant à concilier progrès technologique et éthique (C). Cependant, ces propositions restent très contestables. Bien qu'idéales, elles sont souvent difficilement réalisables.

A. Développer la formation des professionnels du secteur

¹⁸³⁷ C. GLASER, O. CANCEIL, G. GOZLAN, « Case management en psychiatrie : vers des pratiques professionnelles intégrées. », *L'information psychiatrique*, 2016/7 Volume 92, p.539-545. DOI : 10.1684/ipe.2016.1519. URL : <https://stm.cairn.info/revue-l-information-psychiatrique-2016-7-page-539?lang=fr>. ; C. PETITQUEUX-GLASER, S. ACEF, M. MOTTAGHI, « Case management : quelles compétences professionnelles pour un accompagnement global et un suivi coordonné en santé mentale ? », *Vie sociale*, 2010/1 N° 1, p.109-128. DOI : 10.3917/vsoc.101.0109. URL : <https://shs.cairn.info/revue-vie-sociale-2010-1-page-109?lang=fr>.

881. La formation psychiatrique pourrait être ajustée en prolongeant la durée de l'internat à cinq ans et en encourageant la spécialisation. Depuis la réforme de l'internat en septembre 2017, la demande d'allongement de l'internat en psychiatrie à cinq ans, formulée par les fédérations étudiantes, n'a pas été retenue (comme en Grande-Bretagne). Actuellement, le cursus en trois phases permet une formation progressive qui, après une phase socle, se spécialise. Un premier bilan, après un cycle complet, permettra d'évaluer l'impact de cette formation sur les compétences des étudiants du troisième cycle (les internes). Une réévaluation de la durée de l'internat est prévue pour 2025, en tenant compte d'indicateurs nationaux sur les acquis pédagogiques des internes, basés sur un référentiel métier élaboré avec les collègues professionnels. Une option supplémentaire, en psychiatrie de la personne âgée (PPA), s'est ajoutée à celle de la psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent (PEA), prolongeant chacune d'un an l'internat. L'option en psychiatrie médico-légale, nécessaire en raison des nombreuses interfaces entre la psychiatrie et la justice (responsabilité, privation de liberté), est encore attendue. La formation en psychiatrie médico-légale est particulièrement importante pour assurer que les futurs psychiatres soient formés aux enjeux juridiques liés à la privation de liberté des patients, aux mesures de soins sans consentement, et à la conciliation entre sécurité publique et droits des patients. Cette formation permettra aux praticiens de mieux respecter les droits des patients tout en assurant la sécurité de tous¹⁸³⁸. En effet, la formation en psychiatrie médico-légale est essentielle pour que les praticiens puissent concilier le respect des droits des patients avec la sécurité publique. Elle leur fournit une compréhension approfondie des aspects juridiques liés à la pratique psychiatrique, notamment le droit des personnes et des patients, les procédures pénales, et l'interface entre la santé et la justice¹⁸³⁹. Cette expertise permet aux professionnels de santé mentale de naviguer efficacement dans des situations complexes où les libertés individuelles peuvent être restreintes pour des raisons de sécurité. En étant formés aux réglementations et aux droits des patients, les praticiens sont mieux équipés pour appliquer des mesures telles que les soins sans consentement ou les restrictions de liberté de manière proportionnée et justifiée, tout en garantissant la protection des droits fondamentaux des individus concernés. De plus, une formation adéquate en psychiatrie médico-légale sensibilise les professionnels aux enjeux éthiques et légaux, les aidant à développer des pratiques cliniques qui respectent les droits des patients tout en répondant aux exigences de sécurité publique. Cela inclut la capacité à évaluer les risques de manière précise et à prendre des décisions éclairées qui équilibrent la nécessité de protéger la société et le respect des libertés individuelles¹⁸⁴⁰. La formation en psychothérapies pourrait également être renforcée. La France fait face à une

¹⁸³⁸ Op. cit. « 25 propositions pour sortir la psychiatrie de l'état d'urgence »

¹⁸³⁹ Exemple : programme de « psychiatrie légale », Université de Saint-Etienne, https://www.univ-st-etienne.fr/fr/formation/d-i-u-sante-DIUS/d-i-u-sante-DIUS/psychiatrie-legale-9_08_24_0052_FR.html?utm

¹⁸⁴⁰ Exemple : LEH Formation, <https://formation.leh.fr/formation/les-fondamentaux-des-droits-du-patient-en-psychiatrie/?utm>

pénurie de professionnels de santé (psychiatres, psychologues, infirmiers) formés aux méthodes de psycho-éducation, thérapies cognitivo-comportementales, et compétences en habiletés sociales¹⁸⁴¹. Plus de 75 % des internes estiment que leur formation en psychothérapie est insatisfaisante, malgré la reconnaissance automatique des psychiatres comme psychothérapeutes depuis 2010¹⁸⁴². Cependant, les prolongations de cursus et la spécialisation accrue posent également des enjeux juridiques. La réforme de la durée de l'internat, par exemple, doit respecter les principes d'égalité d'accès aux professions médicales inscrits dans le Code de l'éducation et éviter des discriminations indirectes pour des étudiants issus de milieux socio-économiques modestes. L'article L. 141-1 du Code de l'éducation¹⁸⁴³ impose aux réformes de prendre en compte l'égalité d'accès à la formation. Une spécialisation accrue pourrait également accentuer les écarts entre régions, créant une disparité d'accès aux soins psychiatriques, déjà identifiée comme un problème majeur par le Conseil économique, social et environnemental (CESE)¹⁸⁴⁴.

882. L'évolution des formations d'infirmiers devrait encourager des compétences spécifiques, permettant la délégation de tâches et le développement de nouvelles missions, telles que le *case management*, déjà évoqué¹⁸⁴⁵. Plusieurs pays (Canada, États-Unis, Royaume-Uni) ont introduit le rôle d'infirmiers de pratique avancée, qui prennent en charge des fonctions complexes en diagnostic, formation, et consultations de première ligne, notamment en psychiatrie. C'est également le cas en France, puisque l'hôpital Maison-Blanche forme déjà depuis 2012 des Infirmiers cliniciens spécialisés (ICS) grâce à un diplôme universitaire de deux ans en partenariat avec l'Université de Versailles Saint-Quentin-en-Yvelines¹⁸⁴⁶. Ces infirmiers gèrent des situations complexes et contribuent par leur expertise en raisonnement clinique au diagnostic et à la thérapie, offrant également des séances d'analyse de pratique aux équipes de soin. Il serait évidemment judicieux de favoriser la surspécialisation des infirmiers cliniciens spécialisés, cependant le manque d'infirmiers généraliste est déjà conséquent, ce qui ne facilite pas la faisabilité d'un tel projet¹⁸⁴⁷.

¹⁸⁴¹ « Pénurie de soignants : quelles sont les causes et solutions ? », *Medelse*, 23/09/2022, <https://www.medelse.com/actualites/penurie-de-soignants-causes-et-solutions/?utm> ; « La pénurie de soignants en France : causes et conséquences », *Moment care*, 27/07/2023, <https://moment.care/2023/07/27/la-penurie-de-soignants-en-france-causes-et-consequences/?utm>

¹⁸⁴² A. VAN EFFENTERE, M. AZOULAY, F. CHAMPION, X. BRIFFAULT, « La formation aux psychothérapies des internes de psychiatrie en France : résultats d'une enquête nationale », *L'Encéphale*, juin 2013.

¹⁸⁴³ Article L. 141-1 du Code de l'éducation : « Comme il est dit au treizième alinéa du Préambule de la Constitution du 27 octobre 1946 confirmé par celui de la Constitution du 4 octobre 1958, «la Nation garantit l'égal accès de l'enfant et de l'adulte à l'instruction, à la formation et à la culture; l'organisation de l'enseignement public gratuit et laïque à tous les degrés est un devoir de l'État ».

¹⁸⁴⁴ Avis du Conseil économique, social et environnemental (CESE) sur les disparités régionales en santé, 2022.

¹⁸⁴⁵ Cf Paragraphe précédent de la présente thèse

¹⁸⁴⁶ « Pratiques avancées à Maison Blanche », *Santé Mentale*, publié le 29 juin 2015, <https://www.santementale.fr/2015/06/pratiques-avancees-a-maison-blanche/>

¹⁸⁴⁷ P. GAMBERT, S. NOHRA et J. LOURDAIS, « Comment, seule, apaiser les angoisses des patients »... La psychiatrie publique manque de soignants », *Ouest France*, 26/04/2023, <https://www.ouest->

883. Soutenir et valoriser les filières de formation sociale et médico-sociale pour l'accompagnement des personnes en souffrance psychique permettrait également de renforcer la prise en charge en santé mentale. L'accompagnement social et médico-social des personnes avec des troubles psychiatriques exige des compétences spécialisées. Le développement d'une filière de formation dédiée est crucial pour accroître le nombre de professionnels capables de fournir un soutien personnalisé et de qualité. Par exemple, ALFAPSY (groupe Fabret)¹⁸⁴⁸ propose des formations variées pour les professionnels éducatifs, sociaux, et médico-sociaux intervenant auprès des personnes souffrant de troubles psychiques. Il serait intéressant de créer des filières de formation pour les *case managers* en santé mentale. Le case management représente une approche innovante de coordination des soins et des parcours de vie des patients. En France, il est principalement exercé par des infirmiers, alors que dans d'autres pays, comme le Royaume-Uni, des travailleurs sociaux occupent aussi cette fonction, réduisant ainsi les barrières entre secteurs sanitaire et social. Pour ce faire, la France pourrait s'inspirer des pratiques internationales pour concevoir un référentiel métier pour les futurs case managers en santé mentale, afin de structurer leur formation dans les secteurs sanitaire et social.

884. Enfin, soutenir la formation des usagers et des pairs aidants en santé mentale permettrait de favoriser la prise en charge de la maladie mentale plus facilement et efficacement, dès l'apparition des premiers symptômes. Un pair aidant se définit comme une personne ayant vécu l'expérience de troubles psychiques et ayant suivi une formation spécifique pour accompagner d'autres personnes confrontées à des situations similaires. Grâce à leur savoir expérientiel, les pairs aidants apportent un soutien unique et complémentaire aux équipes de soin, favorisant l'établissement d'une relation de confiance avec les patients¹⁸⁴⁹. L'Unafam propose deux types de formation à ses adhérents : l'une axée sur les troubles psychiques, pour sensibiliser à la psychiatrie et aux dispositifs d'aide disponibles ; l'autre, « Prospect famille », aide les familles à reconnaître leur savoir expérientiel et à comprendre l'impact de la maladie de leur proche. Le programme « Médiateur de Santé-Pair » (MSP), porté par le CCOMS, favorise également l'intégration d'anciens usagers de la psychiatrie dans les équipes de soin en santé mentale, en partenariat avec plusieurs agences régionales de santé et l'Université Paris 8. Un diplôme universitaire « Médiateur de Santé-Pair » a été mis en place en 2012 par le CCOMS avec la Fnapsy. En 2017, une licence « Médiateurs de Santé-Pairs » a été lancée à l'Université Paris 13/CCOMS. Enfin, le Centre de Formation au Rétablissement (CoFor), créé en 2016 par l'Association Solidarité Réhabilitation, contribue également à cette démarche¹⁸⁵⁰.

france.fr/sante/psycho/comment-seule-apaiser-les-angoisses-des-patients-la-psychiatrie-publique-manque-de-soignants-50d6f89e-df77-11ed-903a-9f7cc194f75b

¹⁸⁴⁸ ALFAPSY : <https://www.alfapsy.fr/>

¹⁸⁴⁹ « L'entraide et la pair-aidance », Psycom, 03/06/2024, <https://www.psycom.org/sinformer/le-retablissement/lentraide-et-la-pair-aidance/>

¹⁸⁵⁰ B. STAEDDEL, W. HUDE, « Programme médiateurs de santé-pairs », *adsp*, n°110, mars 2020

885. Ces initiatives représentent des avancées vers un accompagnement plus inclusif et efficace des personnes souffrant de troubles psychiques, impliquant aussi bien les professionnels que les pairs et familles dans le processus de soin et de rétablissement. En particulier, le recours aux pairs aidants s’inscrit pleinement dans une approche respectueuse de la liberté d’aller et venir des patients. En renforçant leur capacité à gérer leur propre rétablissement, les pairs aidants contribuent à limiter les mesures de contrainte et à favoriser une prise en charge ambulatoire. Ils participent ainsi à concilier les impératifs de sécurité publique avec le respect des droits fondamentaux des patients, notamment leur autonomie et leur mobilité¹⁸⁵¹. Ainsi, en formant des pairs aidants, on renforce la capacité des patients à participer activement à leur propre parcours de soins, en respectant leur autonomie et leur liberté.

B. Encourager les avancées de la recherche dans le cadre de la prise en charge psychiatrique

886. Afin de favoriser la recherche en psychiatrie, il est primordial d’augmenter les financements publics pour atteindre les niveaux européens permettrait d’accélérer les progrès des équipes françaises. Malheureusement, de telles dépenses ne sont pas envisagées à l’heure actuelle¹⁸⁵². Pourtant, cela s’avère crucial dans un contexte de développement global de la recherche psychiatrique. Les priorités identifiées incluent : la recherche de biomarqueurs diagnostiques et pronostiques, une meilleure compréhension des origines et mécanismes des troubles, l’utilisation des Big Data pour de nouvelles hypothèses¹⁸⁵³, les dispositifs digitaux, les innovations thérapeutiques (immuno-modulation, biothérapies, e-santé), ainsi que les études épidémiologiques et médico-économiques¹⁸⁵⁴.

887. Il s’agirait de structurer une politique de recherche orientée par programmes, avec un soutien aux partenariats public-privé. Pour ce faire, il faudrait identifier les pôles de recherche en psychiatrie qui rassemblent des hôpitaux de référence et des unités de recherche labellisées, en vue d’un continuum entre soins et recherche. Il faudrait également mettre en place de grands programmes de recherche fondamentale, translationnelle, et clinique, en lien avec les priorités

¹⁸⁵¹ L. DAVIDSON, C. BELL AMY, K. GUY, R. a MILLER er, “Peer support among persons with severe mental illnesses: A review of evidence and experience”, *World Psychiatry*, Volume 11, Issue 2, June 2012, Pages 123-128

¹⁸⁵² « PHRC : 68 projets financés en psychiatrie entre 2012 à 2019 », *Santé mentale*, 01/02/2024, <https://www.santementale.fr/2024/02/de-2012-a-2019-68-projets-hospitaliers-de-recherche-clinique-en-psychiatrie/?utm>

¹⁸⁵³ Z. OBERMEYER & EJ. EMANUEL, « Prédire l’avenir - Big Data, apprentissage automatique et médecine clinique. », *Le Journal de médecine de la Nouvelle-Angleterre*, 2016

¹⁸⁵⁴ « L’Inserm et le CNRS vont piloter un programme d’envergure sur la recherche en psychiatrie », *Inserm salle de presse*, 18 juillet 2022, <https://presse.inserm.fr/linserm-et-le-cnrs-vont-piloter-un-programme-denvergure-sur-la-recherche-en-psychiatrie/45639/> ; B. BIOULAC, P. DEBRE, J.J. HAUW, F. GALIBERT, au nom de la commission I (Biologie – Génétique – Technologie biomédicale), Rapport 19-13. Les biomarqueurs en psychiatrie, novembre 2019

internationales, et lancer des appels à projets (ANR, PHRC) avec des financements adaptés pour répondre aux enjeux majeurs de la discipline. Un soutien sera accordé aux équipes françaises qui participent aux appels à projets européens. Il faudrait aussi développer des travaux médico-économiques et épidémiologiques en s'appuyant sur des outils existants et en créant ceux qui manquent¹⁸⁵⁵. Par exemple, exploiter la cartographie des pathologies établie par la CNAMTS pour obtenir une estimation précise de la prévalence et du coût des pathologies psychiatriques en France, utile pour des recherches novatrices sur les parcours des patients. Ou encore, utiliser le Système national des données de santé (SNDS), qui centralise des données médico-administratives dans le secteur psychiatrique et permet de suivre les parcours de soins des patients en ambulatoire et en hospitalisation. En outre, la recherche devra également s'intéresser aux aspects juridiques et éthiques liés à la psychiatrie, notamment en ce qui concerne la liberté d'aller et venir des patients, les mesures de contrainte, et les moyens de concilier sécurité publique et respect des droits fondamentaux. Les études en sciences humaines et sociales seront essentielles pour aborder ces dimensions et proposer des solutions innovantes respectueuses des droits des patients¹⁸⁵⁶.

888. Cependant, le développement des bases de données et l'utilisation des Big Data en psychiatrie soulèvent d'importantes questions de conformité au Règlement général sur la protection des données (RGPD). L'article 9 du RGPD interdit le traitement des données de santé, sauf sous conditions strictes (consentement explicite de la personne concernée, obligations ou droits liés au droit du travail et à la protection sociale, sauvegarde des intérêts vitaux, activités d'organisations à but non lucratif, données rendues publiques par la personne concernée, constatation, exercice ou défense d'un droit en justice, motifs d'intérêt public important médecine préventive, diagnostics ou gestion des soins de santé pour des motifs d'intérêt public liés à la santé publique, recherche scientifique, historique, statistiques, ou archivage d'intérêt public, professionnels de santé soumis au secret, conditions supplémentaires des États membres)¹⁸⁵⁷. Si les bases de données comme le SNDS facilitent la recherche, elles doivent s'inscrire dans une gouvernance transparente pour éviter des risques de détournement ou de violations des droits des patients. De plus, la centralisation de ces données expose à des risques de cybersécurité, comme l'a démontré le piratage récent de plusieurs plateformes de données de santé en France¹⁸⁵⁸.

889. De plus, promouvoir la recherche en psychiatrie implique de favoriser l'accès aux infrastructures de recherche d'excellence. Pour ce faire, il faut développer et faciliter l'accès à des ressources centralisées de haute qualité, telles que des bases de données de cohorte, des

¹⁸⁵⁵ « PROPSY - Programme-Projet en Psychiatrie de Précision », ANR, <https://anr.fr/en/france-2030/programmes-et-equipements-prioritaires-de-recherche-pepr/propsy-psychiatrie-de-precision/>

¹⁸⁵⁶ Op. cit. « 25 propositions pour sortir la psychiatrie de l'état d'urgence »

¹⁸⁵⁷ Article 9 du RGPD

¹⁸⁵⁸ Rapports CNIL sur les violations de données de santé, 2023

biobanques, et des plateformes de recherche, pour offrir aux chercheurs les outils nécessaires à des travaux de pointe en psychiatrie. Enfin, il faut mettre en place des incitations et un environnement propice pour attirer des partenaires industriels, dans le but de renforcer les collaborations et de stimuler l'innovation dans les traitements et dispositifs en psychiatrie. Ces orientations visent à renforcer la place de la psychiatrie française dans la recherche mondiale et à garantir des avancées significatives pour le diagnostic, le traitement, et la compréhension des troubles psychiatriques¹⁸⁵⁹.

890. En conclusion, l'ensemble de ces propositions vise à améliorer la prise en charge des personnes souffrant de troubles psychiatriques en France, tout en respectant leurs droits fondamentaux, notamment la liberté d'aller et venir. Il s'agit de concilier les exigences de sécurité publique avec le respect des droits des patients, en développant des pratiques cliniques, organisationnelles et législatives qui favorisent l'autonomie, l'inclusion sociale et le rétablissement des personnes concernées.

C. Inclure les nouvelles technologies dans la prise en charge psychiatrique : des enjeux à venir

891. La télémédecine désigne l'utilisation de technologies de l'information et de la communication pour la fourniture de services de santé à distance¹⁸⁶⁰. À ses débuts, elle reposait essentiellement sur des consultations téléphoniques (si tant est que l'on puisse considérer cette pratique comme de la « télémédecine » au sens sus évoqué du terme) et des transferts de données simples. Avec les avancées technologiques, elle a évolué pour inclure des fonctionnalités comme la vidéoconférence, la surveillance à distance des patients et l'utilisation d'applications mobiles pour la gestion de la santé. La télémédecine en psychiatrie offre des solutions concrètes pour assurer un suivi régulier des patients tout en préservant leur liberté de mouvement. Par exemple, les consultations par vidéoconférence permettent aux patients de recevoir des soins sans se déplacer, ce qui est particulièrement bénéfique pour ceux vivant dans des zones reculées ou ayant des difficultés de mobilité. De plus, des applications mobiles dédiées peuvent aider à surveiller l'humeur et les symptômes, offrant aux professionnels de santé des données en temps réel pour adapter les traitements. Ces outils numériques facilitent également la communication entre le patient et le soignant, renforçant l'alliance thérapeutique et permettant des interventions précoces en cas de besoin. Sur le plan juridique, la télémédecine est encadrée en France par la loi dite "HPST" (Hôpital, Patients, Santé et Territoires)¹⁸⁶¹, qui reconnaît la télémédecine comme une pratique médicale à part entière. Le décret du 19 octobre

¹⁸⁵⁹ « PHRC : 68 projets financés en psychiatrie entre 2012 à 2019 », *Santé mentale*, 1^{er} février 2024, <https://www.santementale.fr/2024/02/de-2012-a-2019-68-projets-hospitaliers-de-recherche-clinique-en-psychiatrie/>

¹⁸⁶⁰ « La télésanté : Pour l'accès de tous à des soins à distance », Sante.gouv.fr, 15/12/2020, <https://sante.gouv.fr/soins-et-maladies/prises-en-charge-specialisees/telesante-pour-l-acces-de-tous-a-des-soins-a-distance/article/la-telesante?utm>

¹⁸⁶¹ Loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009, dite "HPST" (Hôpital, Patients, Santé et Territoires)

2010¹⁸⁶² précise les conditions de mise en œuvre des actes de télémédecine, incluant la téléconsultation, la téléexpertise, la télésurveillance médicale, la téléassistance médicale et la réponse médicale d'urgence. Ces textes assurent que les actes de télémédecine respectent les mêmes exigences de qualité et de sécurité que les soins en présentiel. Concernant la protection des données personnelles, le RGPD impose des obligations strictes aux professionnels de santé utilisant la télémédecine. Ils doivent garantir la confidentialité et la sécurité des informations échangées, en mettant en place des mesures techniques et organisationnelles appropriées. Les patients doivent également être informés de l'utilisation de leurs données et donner leur consentement éclairé. En ce qui concerne l'utilisation de dispositifs de géolocalisation pour le suivi des patients psychiatriques, le cadre juridique est plus délicat. La loi du 28 mars 2014 relative à la géolocalisation¹⁸⁶³ encadre strictement l'utilisation de ces technologies, principalement dans le cadre judiciaire. Toute application en psychiatrie nécessiterait une base légale claire et le respect des droits fondamentaux des patients, notamment le respect de la vie privée et la liberté d'aller et venir. Toute mesure de ce type devrait être proportionnée, justifiée par des impératifs de sécurité, et faire l'objet d'un contrôle judiciaire ou administratif approprié¹⁸⁶⁴. La médecine numérique apporte donc des perspectives avantageuses pour la poursuite des soins dans le respect de la liberté d'aller et venir du patient.

892. Les premiers usages de la télémédecine consistaient principalement en des consultations téléphoniques entre les patients et les professionnels de santé¹⁸⁶⁵. Progressivement, il est devenu possible de transmettre des données de base, telles que les résultats de tests de laboratoire et des images radiologiques, via fax ou e-mail, augmentant ainsi son utilité. Mais c'est l'avènement d'Internet et des technologies de communication plus avancées qui ont réellement transformé la télémédecine. L'apparition de la vidéoconférence a permis des consultations plus interactives et complètes, où médecins et patients pouvaient se voir et échanger plus efficacement. Pour les patients en psychiatrie, ce type de consultation à distance permet de réduire les hospitalisations sous contrainte en offrant un suivi préventif et personnalisé, permettant de concilier sécurité publique et respect des droits des patients. Cela s'est avéré particulièrement bénéfique pour des spécialités médicales nécessitant une évaluation visuelle, comme la dermatologie et la psychiatrie. L'utilisation de plateformes de vidéoconférence sécurisées a aussi permis d'assurer la confidentialité des données échangées¹⁸⁶⁶. Une autre avancée clé dans la télémédecine est la surveillance des patients à distance. Des dispositifs comme les capteurs portables et les applications mobiles permettent de surveiller en continu des paramètres de santé, tels que la

¹⁸⁶² Décret n° 2010-1229 du 19 octobre 2010 relatif à la télémédecine, JORF n°0245 du 21 octobre 2010

¹⁸⁶³ Loi n° 2014-372 du 28 mars 2014 relative à la géolocalisation, JORF n°0075 du 29 mars 2014

¹⁸⁶⁴ RL. BASHSHUR, GW. SHANNON, BR. SMITH, « Les fondements empiriques des interventions de télémédecine dans les soins primaires », *Télémédecine et e-Santé*, 2015

¹⁸⁶⁵ HAS, « Téléconsultation et téléexpertise : guide de bonnes pratiques », 20 juin 2019, mis à jour le 7 juin 2021

¹⁸⁶⁶ L. LAMOTHE, M-A. PAQUETTE, J-P. FORTIN, F. LABBÉ, D. MESSIKH, J. DUPLANTIE, « L'utilisation des télésoins à domicile pour un meilleur suivi des maladies chroniques. » *Santé Publique*, 2013/2 Vol. 25, p.203-211. DOI : 10.3917/spub.132.0203. URL : <https://stm.cairn.info/revue-sante-publique-2013-2-page-203?lang=fr>.

tension artérielle, le taux de glucose sanguin, la fréquence cardiaque et l'activité physique. En psychiatrie, la surveillance à distance grâce aux outils numériques permettrait d'intégrer des indicateurs variés de bien-être mental. Ces indicateurs pourraient inclure, par exemple, la fréquence et la qualité des interactions sociales (suivies par des capteurs sur des applications dédiées), les variations d'humeur détectées à travers des journaux de bord numériques, ou encore des anomalies dans les cycles de sommeil mesurées via des objets connectés. Ces données, collectées avec le consentement éclairé des patients, pourraient déclencher des alertes en cas de détection de comportements à risque, permettant ainsi une intervention rapide des professionnels de santé pour prévenir des épisodes aigus. Cela contribuerait à limiter le recours à des hospitalisations sous contrainte ou des mesures privatives de liberté, en mettant en œuvre des stratégies d'accompagnement préventif adaptées. Les données collectées sont automatiquement transmises aux professionnels de santé, qui peuvent ainsi suivre en temps réel l'état de santé des patients et intervenir si nécessaire. Ce type de surveillance est particulièrement précieux pour les patients atteints de maladies chroniques, comme le diabète et l'hypertension, nécessitant une attention constante. La détection rapide des changements de santé aide à prévenir les complications et à éviter des hospitalisations inutiles¹⁸⁶⁷. Le recours à ces technologies questionne directement la conciliation entre la liberté d'aller et venir et les exigences de sécurité publique. D'un côté, l'utilisation de ces dispositifs peut éviter des interventions lourdes, telles que les soins sans consentement en milieu fermé (articles L. 3211-1 et suivants du Code de la santé publique). Ces outils offrent une alternative respectueuse de l'autonomie des patients, en évitant des privations de liberté parfois ressenties comme traumatisantes. De l'autre, le traitement de données sensibles soulève des questions de consentement (article 9 du RGPD), notamment pour des patients en état de crise, et de proportionnalité (article L. 1110-1 du Code de la santé publique, qui garantit le respect des droits fondamentaux des malades dans toute prise en charge). Par exemple, une application comme *Mindstrong Health* (développée aux États-Unis)¹⁸⁶⁸ utilise des données collectées sur les smartphones pour analyser les schémas de frappe au clavier et d'utilisation des applications, identifiant les dégradations potentielles de la santé mentale. Ce type d'outil, en France, pourrait se déployer dans un cadre juridique garantissant la non-stigmatisation des patients et leur droit à la vie privée (article 8 de la Conv.EDH). De même, le programme anglais de *Crisis Resolution Teams* combine une surveillance à distance avec des visites à domicile pour éviter les hospitalisations¹⁸⁶⁹. En France, une approche similaire pourrait être encadrée juridiquement pour permettre une prise en charge ambulatoire sécurisée tout en respectant les dispositions sur

¹⁸⁶⁷ P. SIMON, D. ACKER, Rapport La place de la télémédecine dans l'organisation des soins, novembre 2008, https://sante.gouv.fr/IMG/pdf/Rapport_final_Telemedecine.pdf

¹⁸⁶⁸ R. PERLIS, "Mindstrong's demise and the future of mental health care", *STAT*, Feb. 6, 2023

¹⁸⁶⁹ B. LLOYD-EVANS, D. LAMB, J. BARNBY, M. ESKINAZI, A. TURNER, S. JOHNSON, "Mental health crisis resolution teams and crisis care systems in England: a national survey." *BJPsych Bull.* 2018 Aug;42(4):146-151. doi: 10.1192/bjb.2018.19. Epub 2018 May 24. PMID: 29792390; PMCID: PMC6436049.

la dignité et la liberté individuelle prévues par le Conseil constitutionnel¹⁸⁷⁰. Des bracelets connectés ou montres intelligentes, équipés de capteurs de rythme cardiaque et de stress, peuvent aussi surveiller des indicateurs physiologiques liés à des états d'anxiété ou de décompensation psychique. Ces outils, dans le cadre de soins psychiatriques, peuvent être proposés sur une base volontaire en France, mais leur usage impose un strict respect du principe de nécessité et de proportionnalité pour éviter toute dérive vers une surveillance excessive¹⁸⁷¹.

893. Plus généralement, les applications mobiles ont également apporté une nouvelle dimension à la gestion de la santé dans le cadre de la télémédecine. Ces applications permettent aux patients de planifier des rendez-vous, recevoir des rappels de médicaments, surveiller leurs signes vitaux et accéder à leur dossier médical électronique. De plus, elles facilitent la communication directe avec les professionnels de santé, permettant aux patients de poser des questions ou de recevoir des conseils sans avoir à consulter en personne¹⁸⁷². Ces outils numériques favorisent l'autonomie des patients en psychiatrie, leur permettant de gérer certains aspects de leur santé de manière indépendante, tout en conservant leur liberté de mouvement et en réduisant la nécessité de contraintes, pour un équilibre entre droits individuels et sécurité collective. La télémédecine a également bénéficié de l'expansion de l'Internet haut débit et de la prolifération des appareils mobiles, ainsi que du développement de plateformes de communication sécurisées. Un accès Internet rapide et fiable est essentiel pour organiser des vidéoconférences de qualité et pour transmettre de grandes quantités de données de santé. La popularité croissante des smartphones et des tablettes a joué un rôle clé en rendant ces technologies de télémédecine accessibles à un large public. Ainsi, les patients peuvent aisément communiquer avec leur médecin, indépendamment de leur localisation, ce qui simplifie grandement l'accès aux soins de santé et intervient en faveur du respect de leur liberté d'aller et venir.

894. La pandémie de COVID-19 a accéléré l'adoption de la télémédecine. Durant les périodes de confinement et d'isolement social, elle a représenté un outil essentiel pour limiter les risques de transmission tout en assurant la continuité des soins médicaux. En psychiatrie, la télémédecine a ainsi permis de poursuivre les soins sans interruption, préservant l'autonomie des patients tout en répondant aux enjeux de sécurité publique liés aux crises sanitaires. Avec la réduction des rendez-vous en personne pour minimiser l'exposition au virus, la télémédecine a offert une alternative sécurisée. En réponse, de nombreux systèmes de santé ont rapidement déployé des plateformes de télémédecine, et les réglementations ont été ajustées pour faciliter leur adoption. Les assurances ont également commencé à couvrir les consultations de

¹⁸⁷⁰ Décision n° 2010-71 QPC du 26 novembre 2010

¹⁸⁷¹ Décision n° 2005-527 DC du Conseil constitutionnel sur la loi relative à la sécurité intérieure

¹⁸⁷² ANSM, "Cybersécurité des Dispositifs Médicaux Intégrant du Logiciel Au cours de leur Cycle de Vie", septembre 2022, <file:///Users/celinegm/Downloads/20220923-recommandations-ansm-cybersecurite-des-dmil.pdf>

télé médecine, encourageant médecins et patients à recourir davantage à ces soins à distance. Bien que la pandémie de COVID-19 ait mis en avant la praticité et l'efficacité de la télé médecine, notamment dans le cadre de la psychiatrie¹⁸⁷³, il est essentiel d'en analyser les inconvénients pour mieux évaluer son impact sur la liberté d'aller et venir des patients. La télé médecine, tout en offrant des solutions pour maintenir la continuité des soins à distance, soulève des problématiques juridiques, techniques et sociales qui peuvent limiter son efficacité et son acceptabilité. La généralisation de la télé médecine peut renforcer des inégalités d'accès aux soins psychiatriques. En France, la télé médecine doit garantir des soins de qualité accessibles à tous¹⁸⁷⁴. Or, les disparités en matière d'accès à Internet haut débit, particulièrement dans les zones rurales ou les territoires ultramarins, rendent cette promesse difficile à tenir. Selon un rapport de l'ARCEP en 2023, 10 % de la population française ne bénéficie pas encore d'un accès Internet de qualité suffisante pour des consultations vidéo régulières¹⁸⁷⁵. Cela pose un problème majeur pour les patients vivant dans des zones isolées, compromettant leur liberté de choix dans la manière dont ils souhaitent être pris en charge. La relation thérapeutique, essentielle en psychiatrie, repose en grande partie sur une interaction humaine directe. La télé médecine, bien qu'utile dans des contextes spécifiques, peut réduire la richesse des échanges, entraînant une diminution de la confiance du patient envers le praticien. Une étude réalisée par l'Institut Montaigne en 2022 a démontré que 30 % des patients ayant recours à des consultations à distance en santé mentale se sentent moins compris ou pris au sérieux que lors de consultations en face-à-face¹⁸⁷⁶. Cela peut compliquer la prise en charge des patients souffrant de troubles psychiatriques graves, où le suivi médical repose sur l'observation fine de la communication non verbale, impossible à retranscrire totalement par des moyens technologiques. Sur le plan juridique, la télé médecine en psychiatrie pourrait indirectement renforcer des pratiques de contrôle, notamment dans le cadre des soins sans consentement. Si la télé médecine permet un suivi rapproché, elle peut aussi conduire à une surveillance accrue des patients à distance, notamment via des technologies de tracking ou des applications de monitoring en temps réel. Ces pratiques soulèvent des questions fondamentales en matière de respect des droits et libertés individuels garantis par la Constitution française (articles 1 et 66) et par la Convention européenne des droits de l'homme (articles 5 et 8). Les juridictions européennes ont rappelé dans plusieurs arrêts, notamment *Big Brother Watch and Others v. United Kingdom*¹⁸⁷⁷, que tout dispositif de surveillance doit être strictement proportionné et

¹⁸⁷³ OMS, « Une nouvelle étude montre que la télé médecine présente des avantages évidents pour les patients européens », 31 octobre 2022, <https://www.who.int/europe/fr/news/item/31-10-2022-telemedicine-has-clear-benefits-for-patients-in-european-countries--new-study-shows>

¹⁸⁷⁴ Article L. 6316-1 du CSP

¹⁸⁷⁵ « L'ARCEP annonce que 90% des locaux sont désormais raccordables en France », *Univers Freebox*, 12/12/2024, <https://www.universfreebox.com/article/574824/larcep-annonce-que-90-des-locaux-desormais-raccordables-en-france?utm>

¹⁸⁷⁶ A. MALATRE-LANSAC, Etude « Santé mentale : faire face à la crise », *Institut Montaigne*, décembre 2020, <https://www.institutmontaigne.org/publications/sante-mentale-faire-face-la-crise?utm>

¹⁸⁷⁷ CEDH, *Affaire Big Brother Watch et autres c. Royaume-Uni*, 2018, n° 001-186317

justifié pour éviter des ingérences excessives dans la vie privée. Le recours accru à des plateformes numériques en psychiatrie soulève également des préoccupations liées à la sécurité des données de santé, qui constituent des données particulièrement sensibles au regard du RGPD¹⁸⁷⁸. La multiplication des interfaces de télémédecine, souvent hébergées par des prestataires tiers, expose les informations médicales à des risques de piratage ou de détournement. En 2021, la CNIL a signalé plusieurs failles de sécurité concernant des plateformes de santé en ligne, menaçant directement la confidentialité des patients. Ces risques peuvent affecter la confiance des patients dans les soins à distance, restreignant de fait leur acceptation de ces dispositifs, et impactant leur liberté d'aller et venir si des alternatives présentes deviennent inaccessibles¹⁸⁷⁹. Enfin, le cadre juridique actuel de la télémédecine reste partiellement inadapté aux spécificités de la psychiatrie. Par exemple, l'article R. 6316-2 du Code de la santé publique impose que toute consultation de télémédecine s'effectue avec l'accord explicite du patient. Cependant, dans le cadre des soins psychiatriques sans consentement, cette exigence est difficile à respecter, car les décisions médicales sont parfois imposées par des considérations de sécurité publique ou d'urgence thérapeutique. Cette tension entre le droit du patient à consentir et les exigences de sécurité publique n'a pas encore fait l'objet d'une analyse approfondie par le législateur ou les juridictions françaises. Cette tension se retrouve également avec l'usage progressive de l'intelligence artificielle.

895. L'intelligence artificielle (IA) en médecine correspond à l'utilisation d'algorithmes et de logiciels capables d'analyser les données médicales, d'assister dans la prise de décision clinique et d'automatiser certaines tâches administratives. L'IA peut traiter de vastes ensembles de données et identifier des schémas souvent invisibles à l'œil humain, offrant des perspectives précieuses pour les diagnostics, les pronostics et le choix des traitements¹⁸⁸⁰. Les applications de l'IA sont multiples et couvrent des domaines variés de la médecine. Dans le domaine de la santé mentale, par exemple, l'IA est utilisée dans des assistants virtuels, tels que des chatbots et des applications mobiles, qui soutiennent à la fois les médecins et les patients. Les systèmes d'aide à la décision clinique (CDSS), en s'intégrant aux dossiers médicaux électroniques (DME), fournissent aux cliniciens des alertes et des rappels, contribuant ainsi à l'amélioration de la qualité des soins et au renforcement de la sécurité des patients. Cependant, leur utilisation soulève des questions juridiques et éthiques, notamment en psychiatrie, où la conciliation entre sécurité publique et respect des droits des patients, tels que la liberté d'aller et venir, est cruciale¹⁸⁸¹. L'intégration des CDSS en psychiatrie peut influencer les décisions concernant les

¹⁸⁷⁸ Articles 4 et 9 du RGPD

¹⁸⁷⁹ CNIL, « Les principaux avis et recommandations de la CNIL sur la Plateforme des données de santé », 31/01/2024, <https://www.cnil.fr/fr/les-principaux-avis-et-recommandations-de-la-cnil-sur-la-plateforme-des-donnees-de-sante?utm>

¹⁸⁸⁰ EJ. TOPOL, "High-performance medicine: the convergence of human and artificial intelligence". *Nat Med* 2019 ; J. HE, SL. BAXTER, J. XU, et al. "The practical implementation of artificial intelligence technologies in medicine", *Nat Med*, 2019

¹⁸⁸¹ Rapport d'élaboration. Intégration des dispositifs médicaux numériques à usage professionnel dans la pratique

restrictions de liberté des patients, comme les hospitalisations sans consentement ou les limitations de déplacement au sein des établissements. Il est donc essentiel que ces systèmes respectent les droits fondamentaux des patients, conformément aux dispositions légales en vigueur¹⁸⁸². En France, 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 encadre strictement les conditions de soins sans consentement, en insistant sur le respect des libertés individuelles et la nécessité d'une évaluation médicale rigoureuse. L'utilisation des CDSS doit également se conformer au RGPD, qui impose des obligations strictes en matière de traitement des données personnelles, y compris les données de santé. Les systèmes doivent garantir la confidentialité, l'intégrité et la disponibilité des informations, tout en assurant que les décisions automatisées n'entraînent pas de discrimination ou de violation des droits des patients. Par ailleurs, l'article L. 1110-4 du CSP français dispose que toute personne prise en charge par un professionnel de santé a droit au respect de sa vie privée et au secret des informations la concernant. Les CDSS doivent donc être conçus et utilisés de manière à respecter ces principes, en évitant toute atteinte à la confidentialité des données médicales. En somme, l'intégration des CDSS dans la pratique psychiatrique offre des avantages significatifs pour la qualité des soins et la sécurité des patients. Néanmoins, elle nécessite une vigilance particulière quant au respect des cadres juridiques et éthiques, afin de concilier l'utilisation de ces technologies avec les droits fondamentaux des patients, notamment leur liberté d'aller et venir¹⁸⁸³.

896. Les réglementations relatives à la télémédecine et à l'intelligence artificielle en médecine varient fortement entre les pays, reflétant des approches culturelles, juridiques et technologiques différentes. Dans l'Union Européenne, la réglementation en matière de télémédecine et d'IA est harmonisée entre les États membres. Le RGPD établit des normes strictes pour la protection des données personnelles, y compris les données de santé, en exigeant le consentement explicite des patients et en définissant des lignes directrices claires pour leur transfert, stockage et sécurité. Le RGPD garantit également aux patients un droit d'accès, de rectification et de suppression de leurs données¹⁸⁸⁴. L'Agence européenne des médicaments (EMA), en partenariat avec d'autres autorités de santé nationales, supervise la mise en œuvre des technologies d'IA en médecine. Elle évalue la sécurité et l'efficacité des dispositifs médicaux utilisant l'IA, en s'assurant qu'ils répondent aux normes européennes avant de les

État des lieux et perspectives d'aide au choix, HAS, 9 novembre 2022

¹⁸⁸² « Autorisations en psychiatrie : un décret ajuste la réforme en cours », *Santé Mentale*, 04/01/2024, <https://www.santementale.fr/2024/01/reforme-des-autorisations-en-psychiatrie-une-instruction-pour-guider-les-ars/>

¹⁸⁸³ D. GUILGOT, « Systèmes d'aide à la décision médicale : vers une nouvelle ère de pratiques médicales éclairées », DSIH, 07/05/2024, <https://dsih.fr/articles/5503/systemes-daide-a-la-decision-medicale-vers-une-nouvelle-ere-de-pratiques-medicales-eclairees>

¹⁸⁸⁴ Union européenne, Règlement Général sur la Protection des Données (RGPD). Journal officiel de l'Union européenne, 2016

approuver pour un usage clinique. En outre, l'interopérabilité des systèmes de santé est cruciale pour le succès de la télémédecine et de l'IA, les réglementations exigeant souvent la compatibilité avec des normes internationales pour garantir un échange d'informations efficace et sécurisé entre les plateformes. La cybersécurité est également une préoccupation majeure, en particulier pour les données sensibles de santé, ce qui impose des mesures de sécurité renforcées pour protéger contre les cyberattaques et les violations de données. L'éthique dans l'utilisation de l'IA, avec un accent sur la transparence des algorithmes et la compréhension des décisions prises par l'IA, est aussi un point central dans les réglementations pour assurer la confiance des professionnels et des patients envers ces technologies¹⁸⁸⁵. En somme, les réglementations sur la télémédecine et l'IA en médecine visent à garantir des pratiques sécurisées, efficaces et éthiques. Avec l'évolution constante de la télémédecine et de l'IA, il est attendu que les cadres réglementaires s'adaptent également, soutenant ainsi un environnement propice à l'innovation continue et à la fourniture de soins de qualité favorisant le respect de la liberté d'aller et venir du patient.

¹⁸⁸⁵ Rapport sur l'intelligence artificielle dans les soins de santé, Commission européenne, 11 novembre 2021

CONCLUSION

897. La question de la conciliation entre la liberté d'aller et venir des patients en psychiatrie et les impératifs de sécurité publique demeure un défi juridique, médical et éthique de premier ordre. Cette tension repose sur une contradiction apparente entre la nécessité de garantir les droits fondamentaux des patients et celle de protéger la société contre d'éventuels comportements dangereux liés à des troubles psychiatriques, sans oublier l'individu contre lui-même. L'évolution du cadre juridique et médical au fil des siècles illustre l'effort constant pour parvenir à un meilleur ? équilibre entre ces exigences, en veillant à ce que l'hospitalisation sous contrainte, l'isolement et la contention restent des mesures exceptionnelles, justifiées par un impératif thérapeutique et contrôlées rigoureusement par les autorités judiciaires et médicales.

898. Afin de structurer cette réflexion finale et d'apporter un éclairage plus précis sur les principaux enjeux soulevés, cette conclusion se décomposera en plusieurs axes : d'abord, une analyse des avancées et limites du cadre juridique et médical actuel, ensuite, un examen des tensions persistantes entre la nécessité des soins sous contrainte et le respect des droits fondamentaux des patients (A), puis une réflexion sur les évolutions possibles du modèle français à la lumière d'exemples étrangers et des innovations technologiques (B), enfin, une mise en perspective des enjeux éthiques et sociétaux liés à l'exploitation des données de santé à des fins sécuritaires (C).

A. Les avancées et limites du cadre juridique et médical français actuel

899. Si les soins libres constituent aujourd'hui la règle, garantissant ainsi le respect du principe d'autonomie du patient, l'existence des soins sans consentement révèle la persistance d'un encadrement restrictif de la liberté d'aller et venir. Les soins sans consentement en psychiatrie, bien que constituant une exception au principe d'autonomie du patient, sont strictement encadrés par la législation française. Selon l'article L3211-2-1 du Code de la santé publique, une personne atteinte de troubles mentaux ne peut être soumise à des soins psychiatriques sans consentement que si ses troubles rendent impossible son consentement et nécessitent des soins immédiats assortis d'une surveillance médicale constante ou régulière. Cet encadrement, bien que mis en œuvre par des procédures légales précises, relève d'une exception à l'effectivité du consentement éclairé du patient. L'objectif des réformes successives, notamment celles introduites ces dernières décennies, vise à réduire les pratiques privatives de liberté, en instaurant un contrôle judiciaire renforcé et en favorisant des alternatives thérapeutiques plus respectueuses des droits du patient. En effet, les réformes successives ont cherché à renforcer les droits des patients en instaurant des contrôles judiciaires systématiques. La loi n° 2011-803 du 5 juillet 2011 a introduit l'intervention du juge des libertés et de la détention (JLD) pour contrôler la nécessité des hospitalisations sans consentement au-delà de

12 jours. Cependant, malgré ces avancées, des défis persistent. De nombreux services font face à une augmentation des demandes de soins, entraînant une saturation des capacités d'accueil. Cette situation conduit parfois à des hospitalisations sous contrainte par défaut, faute de solutions alternatives disponibles¹⁸⁸⁶. La pénurie de professionnels de santé qualifiés en psychiatrie compromet la qualité de la prise en charge et limite les possibilités d'accompagnement personnalisé. Cette situation peut favoriser le recours à des mesures restrictives, telles que l'hospitalisation sous contrainte, en l'absence d'alternatives adaptées. La psychiatrie demeure marquée par une forme de contrôle social plus ou moins implicite, qui tend à considérer certains patients davantage sous l'angle du risque qu'ils représentent plutôt que sous celui de leur état de santé. Les patients psychiatriques rencontrent souvent des obstacles à leur réinsertion dans la société, notamment en raison de la stigmatisation et du manque de structures d'accompagnement. Ces difficultés peuvent entraîner des rechutes et des ré-hospitalisations, perpétuant un cycle de marginalisation. Ainsi, malgré un cadre légal visant à protéger les droits des patients, les réalités institutionnelles et sociétales entravent l'effectivité de ces protections, maintenant une tension entre sécurité publique et respect des libertés individuelles.

900. L'usage de l'isolement et de la contention reste sujet à débat en tant qu'outils de gestion des troubles psychiatriques. L'isolement et la contention sont des pratiques de dernier recours en psychiatrie, strictement encadrées par la loi. L'article L. 3222-5-1 du Code de la santé publique stipule que ces mesures ne peuvent concerner que des patients en hospitalisation complète sans consentement et doivent être décidées par un psychiatre pour une durée limitée. La réglementation récente tend à renforcer leur encadrement, notamment avec l'intervention du JLD, afin d'éviter tout abus. Pourtant, ces pratiques restent largement contestées par une partie de la doctrine et des professionnels de santé qui dénoncent des atteintes disproportionnées aux droits des patients. Certes, ces mesures sont le plus souvent justifiées et nécessaires. Mais le paradoxe réside dans le fait que, bien qu'encadrées juridiquement, elles continuent d'être appliquées de manière excessive dans certains établissements, faute d'alternatives viables. Certaines voix au sein de la communauté médicale et des associations de défense des droits des patients dénoncent l'usage excessif de l'isolement et de la contention, les considérant comme des atteintes aux droits fondamentaux et à la dignité des patients. Des alternatives, telles que les approches de réhabilitation psychosociale, sont proposées pour réduire le recours à ces mesures coercitives¹⁸⁸⁷. L'utilisation de l'isolement et de la contention varie significativement d'un établissement à l'autre, reflétant des différences dans les pratiques cliniques, les ressources

¹⁸⁸⁶ M. BATTAGLIA & C. STROMBONI, « Crise de l'hôpital : la difficile gestion des patients « psy » aux urgences », *Le Monde*, 1^{er} sept 2024, https://www.lemonde.fr/societe/article/2024/09/01/crise-de-l-hopital-la-difficile-gestion-des-patients-psy-aux-urgences_6300755_3224.html

¹⁸⁸⁷ G. VIDON et al., *La réhabilitation psychosociale en psychiatrie*, Paris, Editions Frison-Roche, 1995 ; Instruction N° DGOS/R4/2019/10 du 16 janvier 2019 relative au développement des soins de réhabilitation psychosociale sur les territoires

disponibles et les cultures institutionnelles. Cette variabilité interroge sur l'équité de la prise en charge des patients à l'échelle nationale. Ces controverses mettent en lumière la nécessité d'une réflexion approfondie sur les pratiques cliniques en psychiatrie, afin de concilier efficacité thérapeutique et respect des droits des patients.

901. Dans ce contexte, il devient essentiel de repenser l'approche thérapeutique pour offrir des solutions mieux adaptées aux patients souffrant de troubles psychiatriques sévères. L'orientation vers des soins plus ouverts, fondés sur une prise en charge personnalisée et une meilleure coordination entre les acteurs médicaux, sociaux et judiciaires, apparaît comme une nécessité impérieuse. L'exemple de certains modèles étrangers, tels que ceux du Canada ou des pays scandinaves, démontre que des alternatives efficaces à l'enfermement et aux soins sous contrainte peuvent être mises en place, sans compromettre la sécurité publique. Des pays comme la Finlande ont développé des approches innovantes, telles que le "Dialogue Ouvert", qui privilégie une intervention précoce et une implication active du réseau social du patient, réduisant ainsi le recours à l'hospitalisation sous contrainte¹⁸⁸⁸. Le modèle français de prise en charge des patients en psychiatrie oscille encore entre la nécessité de garantir un soin adapté et la contrainte imposée par les impératifs sécuritaires. La mise en place de dispositifs de soins variés, tels que les UMD ou les UHSA, tente d'apporter une réponse plus adaptée à certains profils de patients, mais ces initiatives demeurent ponctuelles et ne répondent pas toujours aux enjeux globaux de la psychiatrie moderne. Il apparaît alors nécessaire d'envisager une réforme structurelle visant à harmoniser les pratiques psychiatriques avec le respect des libertés fondamentales. Cette réforme pourrait notamment passer par un renforcement des dispositifs d'accompagnement en ambulatoire, un accroissement des moyens alloués à la psychiatrie et une meilleure formation des professionnels aux enjeux du consentement et du respect de l'autonomie des patients. L'intégration de la prise en compte des droits du patient dans la logique médicale ne doit pas être perçue comme un frein à l'efficacité des soins, mais comme un moyen de repenser la relation thérapeutique sous un prisme plus respectueux de la dignité humaine.

B. Vers un modèle de prise en charge plus respectueux des libertés ?

902. Dans cette perspective d'amélioration de la prise en charge psychiatrique, le développement des outils numériques et de l'intelligence artificielle constitue une piste prometteuse. L'IA, en facilitant le suivi personnalisé des patients et en permettant une meilleure anticipation des crises, pourrait contribuer à réduire le recours aux soins sous contrainte. De même, la télémédecine et les applications de suivi psychologique offrent des alternatives

¹⁸⁸⁸ R. Y PAVLOVIC, A. PAVLOVIC, S. DONALDSON, "Open Dialogue for psychosis or severe mental illness", *Cochrane Library*, 4 octobre 2016, doi/10.1002/14651858.CD012384

permettant d'assurer une continuité des soins tout en respectant la liberté d'aller et venir du patient. Cependant, ces avancées technologiques ne doivent pas occulter les enjeux éthiques et juridiques qu'elles soulèvent, notamment en matière de protection des données et d'acceptabilité par les patients eux-mêmes. En effet, les avancées technologiques en psychiatrie ouvrent des perspectives fascinantes pour améliorer le diagnostic et le traitement des troubles mentaux. L'IA offre déjà plusieurs applications prometteuses en psychiatrie. Les algorithmes d'apprentissage automatique peuvent analyser de grandes quantités de données médicales pour identifier des schémas complexes et fournir des diagnostics plus précis. Par exemple, des outils comme le système IBM Watson Health¹⁸⁸⁹ sont déjà utilisés pour assister les professionnels de la santé dans l'évaluation des troubles mentaux¹⁸⁹⁰. Des plateformes numériques équipées de capteurs peuvent surveiller en temps réel les signes avant-coureurs de crise chez les patients atteints de troubles bipolaires ou schizophréniques. En analysant les données comportementales et physiologiques, ces systèmes peuvent alerter les professionnels de santé en cas de risque élevé, permettant ainsi une intervention précoce afin d'éviter une hospitalisation complète et la limitation de la liberté d'aller et venir du patient qui en découle. Les chatbots basés sur l'IA, comme Woebot ou Tess, offrent une assistance psychologique et des thérapies cognitivo-comportementales (TCC) via des interfaces numériques¹⁸⁹¹. Une étude de Fitzpatrick et al. (2017) a montré que Woebot pouvait réduire les symptômes de dépression et d'anxiété chez les étudiants universitaires en fournissant des interventions TCC accessibles et abordables¹⁸⁹². Ces outils peuvent fournir un soutien immédiat et accessible, en complément des thérapies traditionnelles, sans contrainte de lieu, de temps. C'est également une évolution intéressante pour la liberté d'aller et venir du patient, qui peut désormais se soigner où et quand il le souhaite, bénéficier d'un échange en quelques clics, sans délai, directement depuis son lieu d'habitation. Cette approche peut donc réduire le besoin d'hospitalisations prolongées et améliorer la qualité de vie des patients. Mais ces algorithmes passent par l'analyse de données personnelles, des publications sur les réseaux sociaux (identifier les risques suicidaires, par exemple, comme Crisis Text Line¹⁸⁹³) aux données de santé pour certains. Une étude menée par Lejeune et al. (2016) a démontré que les modèles prédictifs basés sur l'IA pouvaient identifier avec précision les utilisateurs à risque de suicide, permettant des interventions plus rapides et potentiellement

¹⁸⁸⁹ A. BEKY, « IA et santé : IBM Watson Health n'est plus », *Silicon*, 1^{er} sept. 2022, <https://www.silicon.fr/ia-sante-ibm-watson-health-nest-plus-446075.html>

¹⁸⁹⁰ OMS, « L'intelligence artificielle dans la recherche en santé mentale : nouvelle étude de l'OMS sur les applications et les défis », Communiqué de presse, 6 février 2023, <https://www.who.int/europe/fr/news/item/06-02-2023-artificial-intelligence-in-mental-health-research--new-who-study-on-applications-and-challenges>

¹⁸⁹¹ MONNIER David, « Woebot : psychothérapie, suite et fin ? », *Psychothérapies*, 2020/2 (Vol. 40), p. 71-78. DOI : 10.3917/psys.202.0071. URL : <https://www.cairn.info/revue-psychotherapies-2020-2-page-71.htm>

¹⁸⁹² KK. FITZPATRICK, A. DARCY, M. VIERHILE, "Delivering Cognitive Behavior Therapy to Young Adults With Symptoms of Depression and Anxiety Using a Fully Automated Conversational Agent (Woebot): A Randomized Controlled Trial", *JMIR Ment Health*, 2017

¹⁸⁹³ S. GRAHAM, C. DEPP, E.E. LEE et al. « Artificial Intelligence for Mental Health and Mental Illnesses: an Overview. », *Curr Psychiatry*, Rep 21, 116 (2019). <https://doi.org/10.1007/s11920-019-1094-0>

salvatrices¹⁸⁹⁴. Certes, voilà un effet louable qui permettrait un évitement de situations de prise en charge lourdes, complètes, liberticides, mais cela implique une observation permanente qui entache quelque peu les avantages de ces logiciels.

903. L'utilisation de l'IA en psychiatrie soulève donc des questions concernant les aspects négatifs, y compris envers la liberté d'aller et venir des patients. Par exemple, la surveillance continue des patients par des dispositifs d'IA peut être perçue comme une atteinte à leur vie privée et à leur liberté individuelle. Est-on réellement libre de ses mouvements, de ses actes, lorsqu'on se sait observé ? Les dispositifs de suivi et de surveillance doivent être utilisés de manière proportionnée et respectueuse des droits des patients. L'utilisation de l'IA pour surveiller les patients doit donc être encadrée par des régulations strictes pour éviter toute dérive. De fait, l'intégration de l'IA en psychiatrie pose des défis juridiques importants. La protection des données personnelles des patients est l'un des principaux enjeux. Le Règlement Général sur la Protection des Données (RGPD) de l'Union Européenne impose des obligations strictes aux entités qui traitent des données sensibles, telles que les informations médicales. Les articles 9 et 22 du RGPD¹⁸⁹⁵ sont particulièrement pertinents, car ils encadrent le traitement des données de santé et les décisions automatisées basées sur ces données¹⁸⁹⁶. En France, la Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés (CNIL) veille à l'application du RGPD et à la protection des données personnelles. Les hôpitaux et les professionnels de santé utilisant des systèmes d'IA doivent se conformer aux exigences de la CNIL en matière de consentement éclairé et de sécurité des données. Toute violation de ces réglementations peut entraîner des sanctions sévères¹⁸⁹⁷. Un autre défi juridique concerne la responsabilité en cas d'erreur de diagnostic ou de traitement. La question de savoir qui est responsable – le développeur de l'algorithme, le fournisseur de services de santé, ou le professionnel de santé – est complexe¹⁸⁹⁸. La jurisprudence française et européenne devra évoluer pour offrir un cadre clair et équitable.

904. De même, les neurosciences appliquées à la psychiatrie permettent de mieux comprendre les mécanismes biologiques sous-jacents aux troubles mentaux. Plusieurs technologies et techniques ont émergé. Les technologies d'imagerie, telles que l'imagerie par résonance magnétique fonctionnelle (IRMf) et la tomographie par émission de positons (TEP), permettent de visualiser les structures et les activités cérébrales. L'IRMf mesure les variations

¹⁸⁹⁴ A. LEJEUNE, A. LE GLAZ, P-A. PERRON et al., « Artificial intelligence and suicide prevention: A systematic review. », *European Psychiatry*. 2022;65(1):e19. doi:10.1192/j.eurpsy.2022.8

¹⁸⁹⁵ Ibid : RGPD, articles 9 et 22 : <https://www.cnil.fr/fr/reglement-europeen-protection-donnees>

¹⁸⁹⁶ CNIL, « Artificial intelligence: the action plan of the CNIL », 16 May 2023, <https://www.cnil.fr/en/artificial-intelligence-action-plan-cnil>

¹⁸⁹⁷ CNIL, « Artificial intelligence: the opinion of the CNIL and its counterparts on the future European regulation », 08 July 2021, <https://www.cnil.fr/en/artificial-intelligence-opinion-cnil-and-its-counterparts-future-european-regulation>

¹⁸⁹⁸ T. MÉNISSIER, « Responsabilité du médecin face aux progrès de l'IA ». 29èmes journées de la Fédération Française d'Etude de la Reproduction, *Fédération Française d'Etude de la Responsabilité*, Sep 2024, Brest, France. halshs-04710230

de l'oxygénation du sang pour identifier les régions du cerveau activées par différentes tâches mentales¹⁸⁹⁹. La TEP, quant à elle, utilise des traceurs radioactifs pour observer les processus métaboliques dans le cerveau. Ces outils aident à diagnostiquer des conditions telles que la dépression, la schizophrénie et le trouble bipolaire en identifiant les anomalies fonctionnelles et structurelles du cerveau. Par exemple, une étude menée par Frodl et al. (2008) a utilisé l'IRMf pour identifier des réductions volumétriques dans l'hippocampe chez les patients dépressifs, fournissant des indices importants pour le diagnostic et le traitement de la dépression¹⁹⁰⁰. Ces outils pourraient permettre une détection des pathologies psychiatriques en amont, une prise en charge précoce efficace et, de fait, une réduction des hospitalisations complètes, notamment en urgence par manque de traitement préalable approprié. En ce sens la recherche sur les biomarqueurs biologiques et génétiques permet de prédire la susceptibilité aux troubles mentaux et de personnaliser les traitements. Par exemple, le projet européen "PRISM" (Psychiatric Ratings using Intermediate Stratified Markers) vise à développer des biomarqueurs pour améliorer le diagnostic et le traitement des troubles mentaux¹⁹⁰¹. Mais l'intégration des neurosciences en psychiatrie pose aussi des défis juridiques importants. La question de la responsabilité en cas de dommages causés par les traitements neuroscientifiques est notamment cruciale. La loi du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé¹⁹⁰², ainsi que la directive européenne relative aux dispositifs médicaux¹⁹⁰³, fournissent un cadre pour la responsabilité médicale et la sécurité des dispositifs. Mais la jurisprudence française doit évoluer pour clarifier les responsabilités des professionnels de santé et des fabricants de dispositifs médicaux.

905. Par ailleurs, l'exploitation des avancées du numérique en santé mentale (et en santé en générale) pour assurer la sécurité publique constitue un objectif pertinent mais non dénué de risques. L'illustration la plus emblématique de cette dynamique se manifeste dans l'évolution du fichier Hopsyweb¹⁹⁰⁴. Ce dernier résulte de la fusion, en 2018, de plusieurs bases de données auparavant détenues à l'échelle régionale par les agences régionales de santé, dans une volonté de centralisation et de généralisation. Sa fonction principale est de permettre le suivi des hospitalisations sous contrainte en milieu psychiatrique¹⁹⁰⁵. En raison de son objet, il contient

¹⁸⁹⁹ G. BARBALAT, N. FRANCK, « Apport de la neuro-imagerie dans le diagnostic », dans F. THIBAUT, *Apport des neurosciences à la psychiatrie clinique*, Springer Paris, 2014, p. 55-68

¹⁹⁰⁰ D. CHRONES, G.C. MARTIN, E. BEESON, "The Eyes and Emotion Regulation: Helpful Tips for Counselors", *Journal of EMDR Practice and Research*, Volume 12, Number 2, 2018.

¹⁹⁰¹ M. BENOIT, P. H. ROBERT, « Intérêt des marqueurs biologiques dans l'approche psychiatrique de la maladie d'Alzheimer », dans F. THIBAUT, *Apport des neurosciences à la psychiatrie clinique*, Springer Paris, 2014, p. 201-216

¹⁹⁰² Op. cit. : Loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé (1), JORF du 5 mars 2002

¹⁹⁰³ Directive 93/42/CEE du Conseil, du 14 juin 1993, relative aux dispositifs médicaux

¹⁹⁰⁴ Décret n°2018-383 du 23 mai 2018 autorisant les traitements de données à caractère personnel relatifs au suivi des personnes en soins psychiatriques sans consentement, JORF n°0117 du 24 mai 2018

¹⁹⁰⁵ Ibid, article 1^{er}

des données particulièrement sensibles, l'information relative à une hospitalisation sous contrainte étant en elle-même d'une nature très intime. Quelques mois seulement après la mise en place de cette base, un texte réglementaire¹⁹⁰⁶ a autorisé son interconnexion avec le fichier des signalements pour la prévention de la radicalisation à caractère terroriste, principal outil de suivi de la radicalisation¹⁹⁰⁷. D'un côté, il s'agit donc d'un fichier à vocation purement sanitaire, tandis que de l'autre, il est question d'une base de données exclusivement orientée vers la sécurité. L'objectif affiché de ce rapprochement est d'identifier automatiquement les individus radicalisés pour lesquels on suppose que la radicalisation pourrait être liée à un trouble mental. Le Conseil d'État a d'ailleurs retenu cette finalité comme un élément justifiant l'exclusion de l'application des deux textes européens relatifs aux données personnelles¹⁹⁰⁸. Un autre cas significatif est celui du fichier REDEX¹⁹⁰⁹, instauré en 2016, qui compile les informations concernant les « *expertises, évaluations et examens psychiatriques, médico-psychologiques, psychologiques et pluridisciplinaires* »¹⁹¹⁰ des individus suspectés d'avoir commis une infraction pouvant entraîner un suivi socio-judiciaire. L'objectif de ce fichier est exclusivement sécuritaire puisqu'il vise à « *faciliter et fiabiliser la connaissance de la personnalité et l'évaluation de la dangerosité des personnes poursuivies ou condamnées* »¹⁹¹¹. Pourtant, bien que son usage soit focalisé sur la sécurité, il repose directement sur des informations de santé, y compris certaines données médicales au sens strict. Les données y sont conservées durant trois ans et peuvent être consultées par l'autorité judiciaire. Or, en permettant la conservation de telles informations dans des bases de données sécuritaires, ces dispositifs fragilisent la distinction entre mesure thérapeutique et mesure coercitive, ce qui peut affecter directement la liberté d'aller et venir du patient psychiatrique. La conservation et l'exploitation de ces données dans des logiques de surveillance pourraient, à terme, influencer les décisions d'admission ou de sortie en soins sous contrainte. La crainte d'une surveillance postérieure pourrait ainsi dissuader certains patients d'accepter un suivi, par peur d'une restriction prolongée de leurs libertés, notamment en matière de circulation. D'autres fichiers présentent encore davantage de problématiques en matière de protection des données. C'est notamment le cas des bases PASP¹⁹¹², GIPASP¹⁹¹³ et EASP¹⁹¹⁴ qui recensent des informations sur les individus susceptibles de représenter une menace pour la sécurité publique. Ces bases sont principalement utilisées

¹⁹⁰⁶ Décret n° 2019-412 du 6 mai 2019 modifiant le décret n° 2018-383 du 23 mai 2018 autorisant les traitements de données à caractère personnel relatifs au suivi des personnes en soins psychiatriques sans consentement, JORF n°0106 du 7 mai 2019

¹⁹⁰⁷ Décret du 5 mars 2015 portant création d'un traitement automatisé de données à caractère personnel dénommé « Fichier de traitement des signalements pour la prévention de la radicalisation à caractère terroriste », modifié par le décret du 15 mars 2021, JORF n°0076 du 30 mars 2021.

¹⁹⁰⁸ CE, 9^e-10^e chambres, 27 mars 2020, req. N°431350.

¹⁹⁰⁹ Décret n° 2016-1338 du 7 octobre 2016 modifiant le code de procédure pénale et relatif au répertoire des données collectées dans le cadre d'une procédure judiciaire, JORF n°0236 du 9 octobre 2016

¹⁹¹⁰ Article R. 53-21-7 du code de procédure pénale

¹⁹¹¹ Article R. 706-56-2 du code de procédure pénale

¹⁹¹² Articles R. 236-11 à R. 236-20 du code de sécurité intérieure (CSI)

¹⁹¹³ Articles R. 236-21 à R. 236-30 du CSI

¹⁹¹⁴ Articles R. 236-1 à R. 236-10 du CSI

dans le cadre des enquêtes administratives préalables à l'accès à certaines professions sensibles, notamment dans les secteurs de la sécurité ou de l'énergie. Elles intègrent un volume considérable d'informations sur les activités et les relations des personnes concernées, et, depuis 2020, elles peuvent également contenir des « *données de santé révélant une dangerosité particulière* »¹⁹¹⁵, sans qu'aucune précision ne soit apportée quant à la nature exacte de ces informations. Dans cette logique, le simple fait d'avoir été hospitalisé sans consentement peut être perçu comme un indicateur de dangerosité, indépendamment de toute évaluation médicale actualisée. Un tel mécanisme risque de produire des effets délétères sur les patients concernés, en particulier en limitant leur capacité à retrouver une autonomie complète après une hospitalisation sous contrainte. La stigmatisation qui en découle pourrait les priver d'opportunités professionnelles, mais aussi de certaines démarches administratives nécessitant une enquête de sécurité, réduisant ainsi leur liberté effective de se mouvoir dans la société¹⁹¹⁶. Plus récemment, le Système informatisé de suivi des politiques pénales prioritaires (SISPoPP) a été mis en place pour « *faciliter et améliorer le suivi actualisé des affaires, événements, territoires ou des personnes majeures ou mineures dans le cadre des politiques pénales prioritaires* »¹⁹¹⁷. Ce dispositif prévoit également l'enregistrement de données relatives à la santé. Le texte réglementaire régissant ce système autorise en effet la conservation des « *informations relatives à la prise en charge pluridisciplinaire de la personne, portées à la connaissance de l'autorité judiciaire : existence d'une expertise psychiatrique ou psychologique déjà réalisée, suivi médical, psychiatrique ou psychologique antérieur ou en cours, antécédents d'hospitalisation sans consentement, nécessité d'un suivi médical, psychologique ou psychiatrique, addictions* »¹⁹¹⁸. Bien que la description de ces données soit plus précise que pour les autres fichiers mentionnés, leur champ d'application demeure particulièrement étendu. En consignnant ces éléments dans des bases de données pénales, le risque est de faire évoluer la perception sociale du patient psychiatrique, qui ne serait plus seulement un sujet de soins, mais aussi un individu placé sous surveillance étroite. À terme, cela pourrait justifier des restrictions disproportionnées sur sa liberté d'aller et venir, notamment à travers des mesures d'assignation à résidence ou des restrictions administratives basées sur des risques présumés plutôt que sur des faits avérés.

¹⁹¹⁵ Décrets n°2020-1510, 2020-1511 et 2020-1512 du 2 décembre 2020.

¹⁹¹⁶ Ce qui irait à l'encontre d'acquis juridiques déjà anciens : La Convention de l'ONU relative aux droits des personnes handicapées (CDPH), du 13 décembre 2006 (entrée en vigueur 3 mai 2008), ratifiée par la France, exige que les États parties prennent des mesures pour lutter contre la stigmatisation des personnes handicapées, y compris celles ayant des troubles mentaux ; CrEDH, Glor c. Suisse, 30 avril 2009, requête n° 13444/04 : la CrEDH a statué contre la discrimination basée sur le handicap, établissant un précédent pertinent pour les troubles mentaux.

¹⁹¹⁷ Décret n° 2023-935 du 10 octobre 2023 autorisant la création d'un traitement automatisé de données à caractère personnel dénommé « Système informatisé de suivi de politiques pénales prioritaires », JORF n°0236 du 11 octobre 2023 : article 1^{er}

¹⁹¹⁸ Ibid, article 3

C. Les défis éthiques et sociétaux de la psychiatrie numérique et des bases de données sécuritaires

906. L'usage croissant des données de santé à des fins sécuritaires ne relève pas du hasard, mais illustre une tendance de fond qui dépasse ces cas particuliers. Cette approche repose notamment sur la notion de « dangerosité », laquelle est omniprésente, de manière explicite ou implicite, dans la plupart des bases de données évoquées. Or, cette notion entre en contradiction avec un certain idéal humaniste porté par le droit pénal moderne, lui-même inspiré des principes issus des Lumières et du libéralisme classique¹⁹¹⁹. En effet, la dangerosité désigne un état supposé d'un individu, et non un acte concret. Pourtant, dans une conception classique du droit pénal, seul un acte accompli peut fonder une responsabilité juridique. Ce cadre repose sur l'idée que l'individu n'est responsable que s'il a agi librement, en exerçant son libre arbitre. À l'inverse, la notion de dangerosité désigne un individu comme potentiellement menaçant sans qu'aucun acte répréhensible n'ait nécessairement été commis. Si une approche préventive à l'échelle collective peut être envisagée par des actions de sensibilisation ou d'accompagnement, son application coercitive au niveau individuel traduit une philosophie radicalement différente. Cette dérive soulève des inquiétudes spécifiques pour les personnes atteintes de troubles psychiatriques, dont la liberté d'aller et venir peut être contrainte non pas en raison d'actes précis, mais sur la base d'un soupçon de dangerosité. Cette logique de restriction anticipée s'inscrit en rupture avec les principes de nécessité et de proportionnalité qui devraient encadrer toute limitation des libertés individuelles. L'introduction de la dangerosité dans des dispositifs de contrôle sécuritaire n'est toutefois pas une nouveauté. Une première brèche a été ouverte avec la loi du 25 février 2008¹⁹²⁰, souvent désignée comme la loi sur les « *criminels dangereux* »¹⁹²¹, qui a instauré la rétention et la surveillance de sûreté¹⁹²². Ces dispositifs permettent la prolongation de la prise en charge pénale d'un individu après l'exécution de sa peine, en raison d'une « *probabilité très élevée de récidive* »¹⁹²³ attribuée à un « *trouble grave de la personnalité* »¹⁹²⁴, sans qu'aucune définition précise de ce trouble ne soit fournie. Dans ce cadre, deux dimensions distinctes de la dangerosité se trouvent confondues : la dangerosité criminologique et la dangerosité psychiatrique. Assimiler le crime à une maladie implique qu'il serait possible de le traiter, ou à tout le moins de le prévenir. En multipliant la collecte et l'analyse de « signaux faibles », on espère ainsi pouvoir anticiper le passage à l'acte. L'intégration des données de santé dans cette logique s'appuie sur une approche qui se veut « objective », voire scientifique, d'un phénomène pourtant imprévisible. Cette approche évoque d'ailleurs les théories

¹⁹¹⁹ V. THERY, *Qu'est-ce que le libéralisme pénal ?*, ed. Panthéon-Assas, 2022.

¹⁹²⁰ Loi n° 2008-174 du 25 février 2008 relative à la rétention de sûreté et à la déclaration d'irresponsabilité pénale pour cause de trouble mental, JORF n°0048 du 26 février 2008

¹⁹²¹ J. PRADEL, « Double révolution en droit pénal français avec la loi du 25 février 2008 sur les criminels dangereux », *Doctrine*, 2008, Chronique 1000

¹⁹²² Article 706-53-13 à 706-53-22 du CPP

¹⁹²³ Article 706-53-13 du CPP

¹⁹²⁴ Ibid

lombrosiennes, qui voyaient dans le criminel un être fondamentalement différent, à neutraliser plutôt qu'à comprendre et accompagner¹⁹²⁵. Pourtant, cette perspective est largement contestable. La pertinence même du lien entre maladie mentale et dangerosité criminelle est rarement interrogée lorsqu'il s'agit d'évaluer ces fichiers devant le Conseil d'État¹⁹²⁶ alors que cette question devrait être centrale dans l'analyse de leur légitimité¹⁹²⁷. Les études démontrant une corrélation entre troubles psychiatriques, dangerosité réelle et passage à l'acte sont rares, voire inexistantes, en particulier dans le cadre du terrorisme. Au contraire, les recherches indiquent que les personnes atteintes de troubles mentaux sont moins représentées parmi les condamnés pour faits de terrorisme que dans le reste de la population carcérale¹⁹²⁸. De manière plus générale, ces individus sont bien plus souvent victimes d'infractions pénales que leurs auteurs¹⁹²⁹.

907. En définitive, la notion d'« homme dangereux » repose avant tout sur une construction sociale et juridique, qu'elle soit ponctuelle, dans le cadre d'un procès pénal, où des données de santé partielles sont mises en avant, ou durable, à travers des fichiers constitués sur le long terme et susceptibles d'avoir des conséquences préjudiciables pour les personnes concernées. Cette notion sert également de justification à une société de plus en plus axée sur le contrôle et la surveillance, traduisant une intolérance croissante au risque. Cependant, l'exploitation sécuritaire des données de santé ne saurait constituer une réponse efficace aux aléas inhérents au système libéral. Si la protection de la société demeure un objectif légitime, elle ne saurait justifier une restriction systématique de la liberté d'aller et venir des patients psychiatriques, d'autant plus lorsque ces mesures reposent sur des critères flous et une présomption de dangerosité plutôt que sur une évaluation médicale rigoureuse et individualisée. Elle relève davantage d'une illusion que d'une véritable solution aux enjeux de sécurité légitimes, et devrait, par conséquent, être strictement limitée.

908. Ainsi, la psychiatrie contemporaine se trouve à la croisée des chemins, entre la nécessité de garantir des soins adaptés aux patients et celle de préserver la sécurité publique. La conciliation entre la liberté d'aller et venir et les impératifs sécuritaires reste un défi permanent, nécessitant une réflexion constante et des ajustements progressifs du cadre législatif et médical. Si des avancées notables ont été réalisées, l'équilibre entre protection et autonomie demeure fragile, soumis aux contraintes institutionnelles et aux évolutions sociétales. Dès lors, la

¹⁹²⁵ C. LAZERGES, « La dangerosité de la notion de dangerosité en droit pénal », *Criminocorpus*, vol.20, 2022.

¹⁹²⁶ CE, 9^e-10^e chambres, 27 mars 2020, req n°431350.

¹⁹²⁷ C. CASTAING, « Soins psychiatriques sans consentement et terrorisme », *AJDA*, Dalloz, 2020, p.1622

¹⁹²⁸ D. VIRIOT-BARRIAL, « Secret médical et terrorisme », *Revue de droit sanitaire et social*, Dalloz, 2019, p. 236

¹⁹²⁹ J-L. SENON et al., « États dangereux, délinquance et santé mentale : représentations, insécurité et peurs sociétales comme sources de la stigmatisation des malades mentaux », *L'information psychiatrique*, vol. 83, n°8, 2007, p.655-662.

question fondamentale qui se pose est celle du regard que nous souhaitons porter sur la souffrance psychique : voulons-nous continuer à l’appréhender sous le prisme de la contrainte et de la dangerosité, ou sommes-nous prêts à envisager un modèle de prise en charge fondé sur la confiance, la prévention et la dignité du patient ? C’est un dilemme quasi inextricable, la recherche d’un idéal utopique. Pourtant, la médecine et la psychiatrie de demain ne cesseront de nous confronter à ces paradoxes. La réponse à cette interrogation déterminera les orientations futures de la psychiatrie, qui devront être favorables à la place accordée aux patients dans notre société. C’est en réaffirmant toujours les principes de justice et de respect des droits fondamentaux que nous pourrons réellement dépasser cette tension historique et œuvrer à une psychiatrie plus humaine, où la liberté d’aller et venir ne serait plus un enjeu perpétuel, mais un droit fondamental préservé.

ANNEXES

Annexe 1 : Tableau récapitulatif des différents modes d'hospitalisation

Source : <https://entraide-esi-ide.com/modes-dhospitalisation-en-soins-psychiatriques/#:~:text=Elle%20met%20%C3%A0%20jour%20les,d'un%20repr%C3%A9sentant%20de%20l'>

	Indications	Documents nécessaires	Autres renseignements
Soins psychiatriques libres SPL (anciennement HL)	Troubles mentaux Le patient est conscient de ses troubles ou de la nécessité de soins immédiats. Le patient consent à son hospitalisation	Carte d'identité du patient Demande d'hospitalisation en soins libres signée par le patient	L'hospitalisation en soins psychiatriques libres peut être réévaluée à tout moment (sortie du patient ou maintien de l'hospitalisation sans consentement)
Soins psychiatriques à la demande d'un tiers SPDT (anciennement HDT)	Troubles mentaux Consentement aux soins impossible Besoin de soins immédiats et d'une surveillance constante	Demande du tiers manuscrite, signée, datée par une personne proche susceptible d'agir dans l'intérêt du patient Carte d'identité du tiers et du patient 1er certificat médical datant de moins de 15 jours attestant de l'état mental du patient <ul style="list-style-type: none"> • Il est rédigé par médecin extérieur à l'établissement, pas obligatoirement un psychiatre 2ème certificat médical <ul style="list-style-type: none"> • rédigé par un médecin psychiatre du service • confirme les raisons de l'hospitalisation • tout médecin 	Un 3ème certificat est rédigé dans les 24h afin de réévaluer la nécessité du maintien de l'hospitalisation Levée de la mesure sur avis du psychiatre, décisions préfectorales ou judiciaires, demande du tiers ayant signé, sur non-renouvellement des certificats médicaux Dans la pratique, le 1er certificat médical est fait par un généraliste ou médecin urgentiste et le 2ème par un psychiatre de l'unité d'accueil

Soins psychiatriques à la demande d'un tiers en urgence SPDTU	IDEM SPDT + Risque grave d'atteinte à l'intégrité du patient	Demande de tiers signée et manuscrite Carte d'identité du tiers et du patient 1 seul certificat médical circonstancié <ul style="list-style-type: none"> • rédigé par un médecin extérieur • par tout médecin avant ou concomitant à l'hospitalisation 	Dans la pratique, le certificat médical est fait par un médecin urgentiste ou par le psychiatre de l'établissement d'accueil
Soins psychiatriques pour péril imminent SSPI	Idem SPDTU + Absence d'un tiers	1 seul certificat médical par un médecin extérieur à l'établissement d'accueil	Pas de tiers ou impossibilité ou refus et 1 seul certificat médical circonstancié, par un médecin n'exerçant pas dans l'établissement, avant ou concomitant à l'hospitalisation Dans la pratique le certificat médical est fait par un médecin urgentiste ou SOS médecin

<p>Soins psychiatriques à la demande du représentant de l'état</p> <p>SPDRE (ex HO)</p>	<p>Troubles mentaux nécessitant des soins et compromettant l'ordre public ou la sûreté des personnes</p>	<p>Certificat médical circonstancié (médecin extérieur, psychiatre pas dans l'établissement)</p> <p>Un arrêté préfectoral motivé ou à défaut un avis du maire ou des commissaires de police à Paris si péril imminent (l'arrêt préfectoral doit alors être prononcé dans les 24h)</p> <p>certificat 24h puis 15j puis 1 mois puis tous les mois</p>	<p>Levée de la mesure le directeur de l'établissement, le préfet, par non-renouvellement des certificats médicaux, par demande des personnes proches au premier degré</p> <p>Maintien de la mesure sur décision préfectorale, décision judiciaire ou décision de 2 psychiatres experts</p>
<p>SPDRE municipale</p>		<p>1 certificat médical circonstancié ou 1 avis médical</p> <p>Pour le certificat médical il ne peut pas être rédigé par un psychiatre de l'établissement</p> <p>L'avis médical peut être rédigé par n'importe quel médecin</p>	<p>L'arrêté du maire et le certificat médical doivent être transmis dans les 24h au préfet (ARS)</p> <p>Si l'arrêté est décidé sur avis médical il faut faire venir un généraliste de l'établissement d'accueil ou un médecin extérieur pour le certificat médical (SOS médecin par exemple)</p> <p>Dans la pratique ces deux documents sont transmis avec le certificat médical de 24h. L'arrêté du maire est valable 48h</p>
<p>SPDRE préfectorale ordinaire</p>		<p>1 certificat médical circonstancié</p> <p>Il ne peut pas être rédigé par un psychiatre de l'établissement d'accueil mais il peut l'être par un généraliste de l'établissement</p>	<p>Le certificat médical est souvent rédigé par un généraliste de l'établissement d'accueil ou par un médecin urgentiste du CHU associé</p>
<p>SPDRE préfectorale UMD (Unité pour Malades Difficiles)</p>		<p>1 certificat médical détaillé</p> <p>Accord du psychiatre responsable de l'UMD</p>	<p>Le psychiatre doit gérer une UMD, les modalités et règles d'admission sont spécifiques à chacune des UMD de France</p>
<p>SPDRE préfectorale détenu</p>		<p>1 certificat médical circonstancié</p> <p>Il ne peut pas être rédigé par un psychiatre exerçant dans l'établissement</p>	<p>Dans la pratique, le certificat médical est fait par un médecin de l'unité de soins en milieu pénitentiaire en charge de la maison d'arrêt ou du centre de détention</p> <p>S'il n'y a pas de place en UHSA (Unité Hospitalière Spécialement Aménagée), la personne incarcérée peut sortir de détention provisoirement pour être admise sur une place en secteur ordinaire</p> <p>En raison du potentiel danger présenté par ces patients, les règles relatives au JLD, accompagnement, modification de</p>

			la forme de prise en charge, levée de la mesure sont très particulières.
SDRE pénalement irresponsable préfectorale		<p>Demande de l'autorité judiciaire au préfet et certificat médical circonstancié</p> <p>Il ne peut pas être rédigé par un psychiatre de l'établissement mais par un médecin généraliste de l'établissement</p> <p>Avec ce certificat médical, le préfet peut prononcer l'admission</p>	En raison du potentiel danger présenté par ces patients, les règles relatives au JLD, accompagnement, modification de la forme de prise en charge, levée de la mesure sont très particulières
SDRE pénalement irresponsable judiciaire		Admission prononcée directement par l'autorité judiciaire, le préfet en est avisé	En raison du potentiel danger présenté par ces patients, les règles relatives au JLD, accompagnement, modification de la forme de prise en charge, levée de la mesure sont très particulières

Annexe 2 : Evolution du nombre de lits et places par statuts d'établissement entre 1994 et 2006, en France.

Source : Rapport Larcher, 2008, https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/rapport_Larcher_definitif.pdf

Tableau 3 : évolution du nombre de lits et places par statut d'établissement, 1994 et 2006

	Etablissements publics		Etablissements privés à but non lucratif		Etablissements privés à but lucratif		Ensemble des établissements	
	1994	2006	1994	2006	1994	2006	1994	2006
Nombre de lits en hospitalisation complète								
Soins de courte durée (MCO)	170 503	146 461	28 459	19 251	72 010	56 278	270 972	221 990
Psychiatrie	55 292	38 594	12 653	7 418	12 358	10 797	80 303	56 809
Soins de suite et de réadaptation	39 773	38 622	34 667	30 331	19 706	24 104	94 146	93 057
Soins de longue durée	71 770	61 526	5 234	5 572	817	811	77 821	67 909
Total	337 338	285 203	81 013	62 572	104 891	91 990	523 242	439 765
Nombre de places en hospitalisation partielle								
Soins de courte durée (MCO)	5 309	9 126	1 140	2 017	6 065	8 849	12 514	19 992
Psychiatrie	20 539	21 244	5 189	4 631	169	325	25 897	26 200
Soins de suite et de réadaptation	683	1 461	2 242	3 061	787	1 298	3 712	5 820
Total	26 531	31 831	8 571	9 709	7 021	10 472	42 123	52 012

Note de lecture : les places ne sont dénombrées que depuis 1994. D'autre part, pour les années 1992 à 1998, les lits (et les places) de toxicologie ont été comptés avec la psychiatrie par convention.

Champ : France métropolitaine

Sources : DREES, EHP et H80 pour 1992, SAE 1994-2006, données statistiques

Annexe 3 : La répartition du nombre de médecins psychiatres par département

Source : Conseil national de l'ordre des médecins, Atlas de la démographie médicale en France, 2008

Départements Régions	Hommes Nbr	Femmes Nbr	Ensemble Nbr	Part Remplaçants	Part Femmes	Var 07/06	Départements Régions	Hommes Nbr	Femmes Nbr	Ensemble Nbr	Part Remplaçants	Part Femmes	Var 07/06
Bas Rhin	124	87	211	0%	41%	4%	Meurthe et Moselle	47	62	109	2%	57%	3%
Haut Rhin	64	45	109	0%	41%	12%	Meuse	6	6	12	0%	50%	-8%
ALSACE	188	132	320	0%	41%	7%	Moselle	65	46	111	0%	41%	14%
Dordogne	22	14	36	3%	39%	-8%	VOISGES	16	18	34	0%	53%	13%
Grande Gironde	213	175	388	1%	45%	2%	LOIRRAINE	134	132	266	1%	50%	8%
Landes	23	13	36	0%	36%	3%	Arège	8	10	18	0%	56%	0%
Lot et Garonne	22	11	33	0%	33%	0%	Aveyron	18	8	26	0%	31%	4%
Pyrénées Atlantiques	76	39	115	0%	34%	-1%	Haute Garonne	126	142	268	0%	53%	2%
AQUITAINE	356	252	608	1%	41%	1%	Gers	12	10	22	0%	45%	0%
Allier	20	15	35	0%	43%	-5%	Lot	15	11	26	0%	42%	4%
Cantal	8	5	13	0%	38%	8%	Hautes Pyrénées	18	6	24	4%	31%	-4%
Haute Loire	12	6	18	0%	33%	-5%	Tarn	34	28	62	2%	45%	-2%
Puy de Dôme	66	62	128	0%	48%	4%	Tarn et Garonne	12	15	27	0%	56%	-4%
AUVERGNE	106	89	195	0%	46%	2%	MIDI PYRENEES	243	232	475	1%	49%	1%
Calvados	55	54	109	1%	50%	-2%	Nord	213	135	349	1%	39%	2%
Manche	26	20	46	0%	43%	-8%	Pas de Calais	60	52	112	0%	46%	3%
Orne	16	12	28	0%	43%	-7%	NORD PAS DE CALAIS	273	188	461	1%	41%	2%
BASSE NORMANDIE	97	86	183	1%	47%	-4%	Loire Atlantique	134	91	225	0%	40%	1%
Côte d'Or	58	35	93	0%	36%	-1%	Maine et Loire	68	53	121	0%	44%	-2%
Nievre	17	2	19	0%	11%	6%	Mayenne	15	13	28	0%	46%	8%
Saône et Loire	40	29	69	0%	42%	1%	Sarthe	35	23	58	0%	40%	0%
Yonne	26	12	38	3%	32%	6%	Vendée	26	19	45	0%	42%	0%
BOURGOGNE	141	78	219	0%	36%	1%	PAYS DE LA LOIRE	278	199	477	0%	42%	1%
Côtes d'Armor	49	22	71	0%	31%	3%	Alsace	35	12	47	0%	26%	-2%
Finistère	82	81	163	0%	50%	7%	Alsace	55	43	98	0%	44%	-3%
Ille et Vilaine	90	80	170	1%	47%	3%	Somme	32	39	71	1%	55%	0%
Morbihan	59	42	101	0%	42%	2%	PICARDIE	122	94	216	0%	44%	-2%
BRETAGNE	280	225	505	0%	45%	4%	Charente	26	15	41	0%	37%	0%
Cher	26	17	43	0%	40%	-2%	Charente Maritime	36	33	69	0%	48%	-4%
Eure et Loir	15	10	25	0%	40%	-7%	Deux Sèvres	16	15	31	0%	48%	-6%
Indre	17	10	27	0%	37%	8%	Vienne	38	34	72	0%	47%	1%
Indre et Loire	61	60	121	1%	50%	3%	POITOU CHARENTES	116	97	213	0%	46%	-2%
Loir et Cher	30	17	47	0%	36%	9%	Alpes de Haute Provence	12	3	15	0%	20%	-17%
Loiret	46	33	79	1%	42%	4%	Hautes Alpes	7	7	14	0%	50%	-7%
CENTRE	195	147	342	1%	43%	3%	Alpes Maritimes	156	129	285	2%	45%	3%
Ardennes	12	11	23	0%	49%	15%	Bouches du Rhône	308	223	531	1%	42%	1%
Aube	12	18	30	4%	57%	4%	Var	90	60	150	1%	40%	5%
Mame	37	29	66	2%	44%	-1%	Vaucluse	63	41	104	0%	39%	-1%
Haute Mame	12	3	15	0%	20%	7%	PACA	636	463	1099	1%	42%	1%
CHAMPAGNE ARDENNE	73	59	132	2%	45%	3%	Ain	34	29	63	2%	46%	3%
Corse du Sud	13	12	25	0%	48%	9%	Ardèche	18	11	29	0%	38%	4%
Haute Corse	13	7	20	5%	35%	0%	Drôme	41	25	66	2%	39%	-4%
CORSE	26	19	45	2%	42%	5%	Isère	112	114	226	0%	50%	1%
Doubs	47	46	93	1%	49%	2%	Loire	73	43	116	0%	37%	1%
Jura	16	19	35	0%	54%	9%	Rhône	246	229	475	0%	48%	5%
Haute Saône	15	17	32	0%	53%	3%	Savoie	26	39	65	2%	60%	7%
Territoire de Belfort	9	7	16	0%	44%	7%	Haute Savoie	59	42	101	1%	42%	6%
FRANCHE COMTE	87	89	176	1%	51%	4%	RHONE ALPES	629	532	1161	1%	47%	3%
Eure	22	21	43	0%	49%	10%	Total France Métropolitaine	6167	5104	11271	1%	45%	1%
Seine Maritime	90	79	169	1%	47%	-3%	Guadeloupe	32	12	44	0%	27%	-8%
HAUTE NORMANDIE	112	100	212	1%	47%	0%	Guyane	6	2	8	0%	25%	-11%
Paris	904	810	1714	1%	47%	0%	Martinique	22	16	38	0%	42%	0%
Seine et Marne	91	70	161	2%	43%	5%	Réunion	54	23	77	3%	30%	0%
Yvelines	146	152	298	0%	51%	0%	DOM	114	53	167	1%	32%	-3%
Essonne	112	113	225	0%	50%	3%	Mayotte	1	1	2	0%	50%	-50%
Hauts de Seine	160	135	295	1%	46%	-1%	Pacifique Sud	14	2	16	6%	13%	-20%
Seine Saint Denis	108	141	249	1%	57%	-2%	Polynésie Française	16	1	17	6%	6%	6%
Val de Marne	173	177	350	1%	51%	-4%	Saint Pierre et Miquelon	0	0	0	-	-	-
Val d'Oise	95	75	170	0%	44%	0%	Wallis et Futuna	0	0	0	-	-	-
ILE DE FRANCE	1786	1673	3459	1%	48%	0%	TOM	31	4	35	6%	11%	-13%
Aude	20	9	29	0%	31%	0%	DOMTOM	145	57	202	2%	28%	-5%
Gard	57	39	96	1%	41%	-1%	Total Métropole + DOM + TOM	6312	5161	11473	1%	45%	1%
Hérault	122	98	220	1%	45%	0%	Liste Spéciale	20	16	36	3%	44%	6%
Lozère	8	1	9	0%	11%	50%	LISTE SPECIALE	20	16	36	3%	44%	6%
Pyrénées Orientales	41	29	70	0%	41%	4%	Total Général	6332	5177	11509	1%	45%	1%
LANGUEDOC ROUSSILLON	248	176	424	1%	42%	1%							
Corse	13	7	20	0%	35%	0%							
Creuse	13	5	18	0%	28%	0%							
Haute Vienne	35	31	66	0%	47%	2%							
LIMOUSIN	61	43	104	0%	41%	1%							

Annexe 4 : Résultats des demandes de contrôle obligatoire périodique de la nécessité d'une mesure d'hospitalisation complète traitées au cours des années 2012 et 2013.

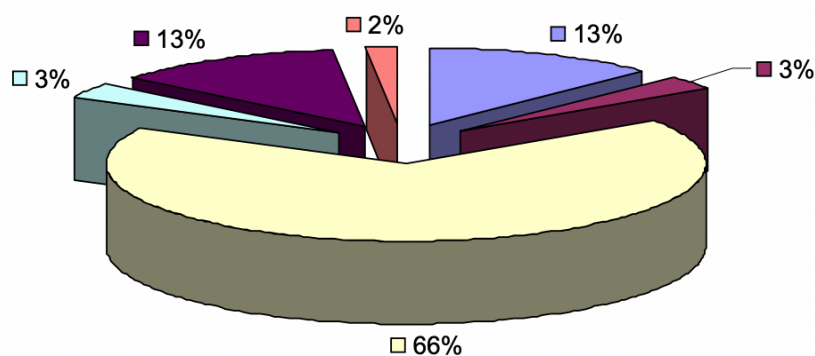
*Source : SDSE-RGC-Champ : France hors TGI de Fort de France, Béziers, Metz
Données provisoires, extraites au 13 mars 2014*

Résultats des demandes de contrôle obligatoire périodique de la nécessité d'une mesure d'hospitalisation complète traitées au cours des années...	2012			2013		
	Effectifs	Sur 100 décisions	Sur 100 décisions statuant sur la demande	Effectifs	Sur 100 décisions	Sur 100 décisions statuant sur la demande
Ensemble des décisions	49 661	100,0			60 476	
Décisions ne statuant pas sur la demande	5 247	10,6		5 419	9,0	
- dont désistement	2 025	4,1		1 801	3,0	
- dont caducité	952	1,9		1 134	1,9	
- dont dessaisissement au titre de l'article 384 du CPC (y compris décès)	1023	2,1		1 121	1,9	
Décisions statuant sur la demande	44 414	89,4	100,0	55 057	91,0	100,0
Maintien de la mesure	40 594	81,7	91,4	50 069	82,8	90,9
Mainlevée de la mesure	3 820	7,7	8,6	4 988	8,2	9,1

Annexe 5 : Taux de mainlevée d'une mesure d'hospitalisation sous contrainte par le juge d'appel, en fonction du grief soulevé

Source : Delphine Legohérel, "Etude sur les soins psychiatriques sans consentement", Service de documentation des études et du rapport de la Cour de cassation, Bureau des relations avec les Cours d'appel et du fonds de concours, décembre 2014

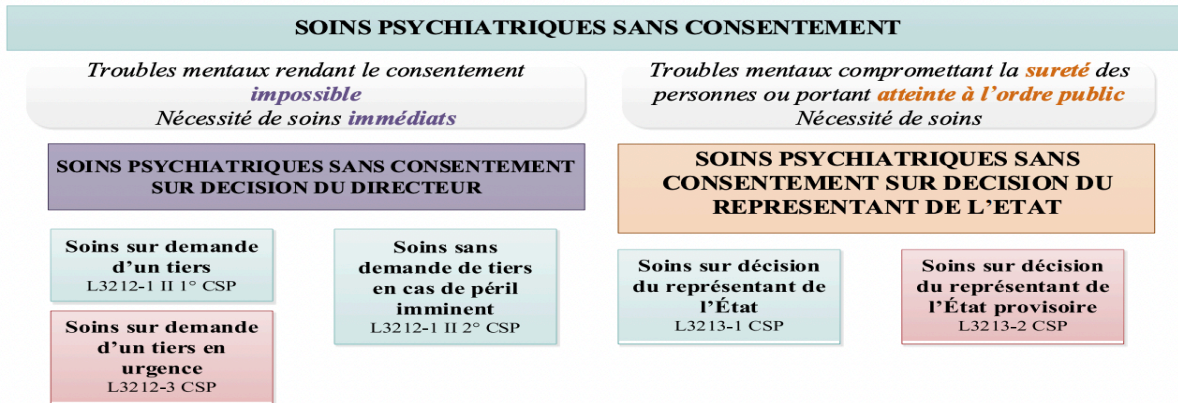
Motivations sur le grief



- En l'absence de preuve de l'existence d'un grief, la mainlevée ne peut être ordonnée
- Pas de motivation sur la nécessité d'un grief mais juge d'appel tire les conséquences de l'irrégularité et prononce la mainlevée de la mesure
- L'irrégularité affectant l'acte administratif porte nécessairement grief
- L'absence de motivation d'un acte administratif d'admission en soins porte nécessairement grief
- L'absence d'information ou de consultation du patient sur le maintien de la mesure porte nécessairement grief
- L'impossibilité du patient de s'adresser à l'équipe médicale de son choix porte nécessairement grief

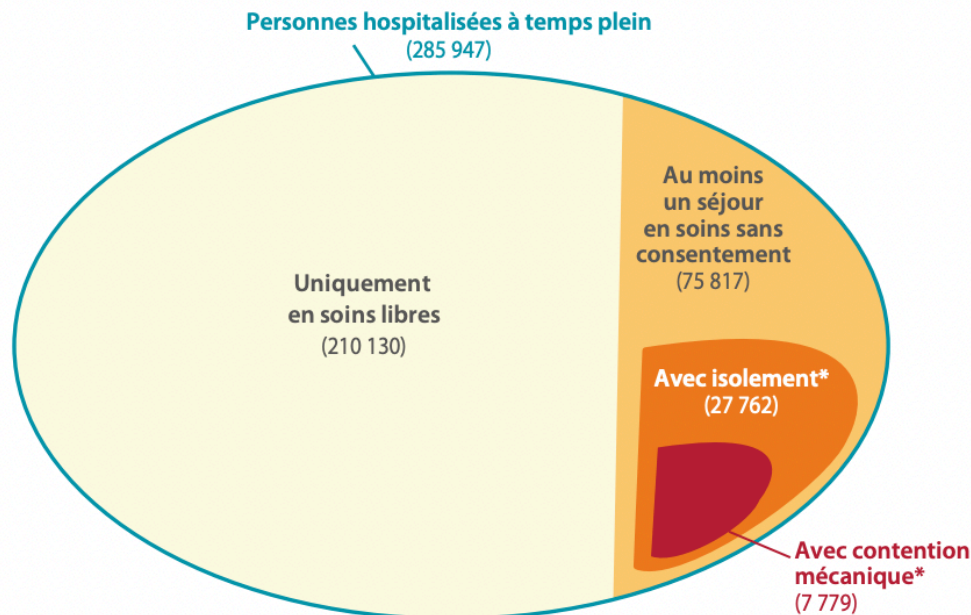
Annexe 6 : Schémas récapitulatif des différents soins psychiatriques sans consentement

Source : HAS, Programme de soins psychiatriques sans consentement, mars 2021



Annexe 7 : Recours aux mesures d'isolement et de contention mécanique en psychiatrie en 2022

Source : E. TOUITOU-BURCKARD, C. GANDRE, M. COLDEFY, en collaboration avec A. ELLINI, S. SAETTA et le consortium Plaid-Care, « Isolement et contention en psychiatrie en 2022 : un panorama inédit de la population concernée et des disparités d'usage entre établissements », *Questions d'économie de la santé*, n° 286 - Février 2024



Champ : Personnes adultes hospitalisées à temps plein en psychiatrie, dont patients avec des hospitalisations en soins sans consentement (hors celles réalisées dans des établissements non désignés pour réaliser de tels soins), France entière, en 2022. Les mesures d'isolement et de contention rapportées dans le recueil dédié mais réalisées hors soins sans consentement sont exclues du calcul du recours à ces mesures.

* Personnes avec au moins une mesure d'isolement/contention lors d'une hospitalisation sans consentement

Source : Rim-P

Annexe 8 : Caractéristiques socio-démographiques et cliniques des patients hospitalisés en soins sans consentement et des séjours correspondants en 2022, en fonction de la mise en œuvre ou non de mesures d'isolement et de contention

Source : E. TOUITOU-BURCKARD, C. GANDRE, M. COLDEFY, en collaboration avec A. ELLINI, S. SAETTA et le consortium Plaid-Care, « Isolement et contention en psychiatrie en 2022 : un panorama inédit de la population concernée et des disparités d'usage entre établissements », Questions d'économie de la santé, n° 286 - Février 2024

	Patients avec au moins un séjour d'hospitalisation à temps plein en soins sans consentement en 2022 (n = 75 817)							
	Avec au moins une mesure d'isolement n = 27 762		Sans n = 48 055		Avec au moins une mesure de contention mécanique parmi les personnes avec au moins une mesure d'isolement n = 7 979		Sans parmi les personnes avec au moins une mesure d'isolement n = 19 783	
	Médiane (± EI) ¹ ou n (%)		Médiane (± EI) ¹ ou n (%)		Médiane (± EI) ¹ ou n (%)		Médiane (± EI) ¹ ou n (%)	
Âge (années).....	37 ± 22 ***		45 ± 26 ***		35 ± 21 ***		38 ± 22 ***	
Sexe masculin.....	18 843 67,9 % ***		25 523 53,1 % ***		5 645 70,8 % ***		13 198 66,7 % ***	
Bénéficiaire de la Couverture santé solidaire (C2S).....	7 949 28,6 % ***		11 078 23,1 % ***		2 228 27,9 %		5 721 28,9 %	
Nombre de journées de prise en charge en hospitalisation à temps plein annuel.....	47 ± 87 ***		29 ± 51 ***		53 ± 101 ***		45 ± 80 ***	
	Séjours d'hospitalisation à temps plein en soins sans consentement en 2022 (n = 108 225)							
	Avec au moins une mesure d'isolement n = 34 220		Sans n = 74 005		Avec au moins une mesure de contention mécanique parmi les séjours avec au moins une mesure d'isolement n = 9 116		Sans parmi les séjours avec au moins une mesure d'isolement n = 25 104	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Admission par les urgences	14 302	41,8 % ***	29 226	39,5 % ***	4 043	44,4 % ***	10 259	40,9 % ***
Groupe diagnostique principal ayant conduit à l'hospitalisation (code de la Classification internationale des maladies, Cim-10)								
Troubles mentaux organiques (F0).....	498	1,5 % ***	1 264	1,7 % ***	164	1,8 % ***	334	1,3 % ***
Troubles liés à l'utilisation de substances psychoactives (F1)...	1 940	5,7 % ***	4 839	6,5 % ***	494	5,4 % ***	1 451	5,8 % ***
Trouble psychotique (F2).....	16 065	47,0 % ***	33 822	45,7 % ***	4 216	46,2 % ***	11 864	47,2 % ***
Episode maniaque et trouble bipolaire (F30-31).....	3 977	11,6 % ***	7 656	10,4 % ***	977	10,7 % ***	3 000	11,9 % ***
Trouble dépressif (F32-33).....	1 695	5,0 % ***	6 682	9,0 % ***	364	4,0 % ***	1 337	5,3 % ***
Autres troubles de l'humeur (F34 à F39).....	165	0,5 % ***	452	0,6 % ***	38	0,4 % ***	128	0,5 % ***
Troubles névrotiques, liés à des facteurs de stress, et somatoformes (F4).....	1 940	5,7 % ***	5 102	6,9 % ***	500	5,5 % ***	1 446	5,8 % ***
Syndromes comportementaux (F5).....	91	0,3 % ***	289	0,4 % ***	30	0,3 % ***	61	0,2 % ***
Troubles de la personnalité et du comportement (F6).....	2 688	7,9 % ***	4 764	6,4 % ***	818	9,0 % ***	1 872	7,4 % ***
Retard mental (F7).....	900	2,6 % ***	1 096	1,5 % ***	314	3,4 % ***	586	2,3 % ***
Trouble du développement psychologique (F8).....	587	1,7 % ***	537	0,7 % ***	211	2,3 % ***	377	1,5 % ***
Troubles du comportement et troubles émotionnels apparaissant habituellement durant l'enfance et l'adolescence (F9).....	255	0,8 % ***	271	0,4 % ***	98	1,1 % ***	158	0,6 % ***
Autres (diagnostics somatiques ou bilans, examens, non renseigné...)	3 419	10,0 % ***	7 231	9,8 % ***	895	9,8 % ***	2 532	10,1 % ***
Type de mode légal du séjour								
Soins à la demande d'un tiers.....	16 714	48,8 % ***	41 431	56,0 % ***	4 541	49,8 % ***	12 173	48,5 % ***
Soins sur décision d'un représentant de l'État.....	5 690	16,6 % ***	10 339	14,0 % ***	1 564	17,2 % ***	4 126	16,4 % ***
Soins pour péril imminent.....	9 248	27,0 % ***	20 060	27,1 % ***	2 438	26,7 % ***	6 810	27,1 % ***
Soins aux personnes jugées pénalement irresponsables.....	378	1,1 % ***	1 136	1,5 % ***	84	0,9 % ***	294	1,2 % ***
Soins aux détenus.....	2 190	6,4 % ***	1 039	1,4 % ***	489	5,4 % ***	1 701	6,8 % ***
Antécédents dans les deux années précédant le début du séjour d'hospitalisation à temps plein en 2022								
Antécédents de prise en charge pour addiction (diagnostic d'addiction rapporté lors d'une prise en charge hospitalière en Médecine, chirurgie, obstétrique (MCO) ou en psychiatrie ou d'un contact ambulatoire en psychiatrie publique).....	11 591	33,9 % **	25 713	34,7 % **	3 018	33,1 %	8 573	34,2 %
Antécédents de tentative de suicide (avec hospitalisation en MCO).....	3 558	10,4 % ***	9 321	12,6 % ***	1 021	11,2 % **	2 537	10,1 % **
Antécédents d'hospitalisation à temps plein en soins sans consentement dans le même établissement (« patient connu »).....	17 548	51,3 %	38 079	51,5 %	4 665	51,2 %	12 883	51,3 %
Antécédents de séjour en Unité pour malades difficiles (UMD)	555	1,6 % ***	943	1,3 % ***	178	2,0 % **	377	1,5 % **
Antécédents de mesures d'isolement et contention mécanique en psychiatrie.....	11 443	33,4 % ***	15 710	21,2 % ***	3 245	35,6 % ***	8 198	32,7 % ***
Champ : Hospitalisations à temps plein en soins sans consentement en psychiatrie (hors celles réalisées dans des établissements non désignés pour réaliser de tels soins) pour des patients adultes, France entière, en 2022. Les mesures d'isolement et de contention rapportées dans le recueil dédié mais réalisées hors soins sans consentement sont aussi exclues du calcul du recours à ces mesures. Source : Rim-P								
¹ EI : Écart intercartile								
*** P-valeur inférieure à 0,0001 ; ** P-valeur inférieure à 0,01 ; * P-valeur inférieure à 0,05 (tests de Fisher, Wilcoxon ou Chi-2 selon la nature des variables), comparant d'une part les personnes hospitalisées sans leur consentement selon qu'elles ont eu ou non des mesures d'isolement et d'autre part les personnes mises à l'isolement selon qu'elles ont eu ou non des mesures de contention mécanique.								
Télécharger les données								

Annexe 9 : SANTÉ MENTALE - POPULATION GÉNÉRALE - LES SOINS SANS CONSENTEMENT ; hospitalisation à l'isolement (hors UMD)

Hospitalisation à l'isolement (hors UMD)

Part de patients en programmes de soins

Indicateurs	Haute-Garonne		France
Part de patients hospitalisés à temps plein mis à l'isolement (%)	6,4	▼	7,5
Part de journées d'hospitalisation temps plein avec mise à l'isolement (%)	5,6	▲	5,3
Part de patients en programmes de soins** (% (hors UMD, USMP, D398))	39,6	▼	40,5
Part des mainlevées des JLD (%)	3,3	▼	8,7

Source : RIM-P + Rim-P - 2015

** parmi les patients en soins sans consentement

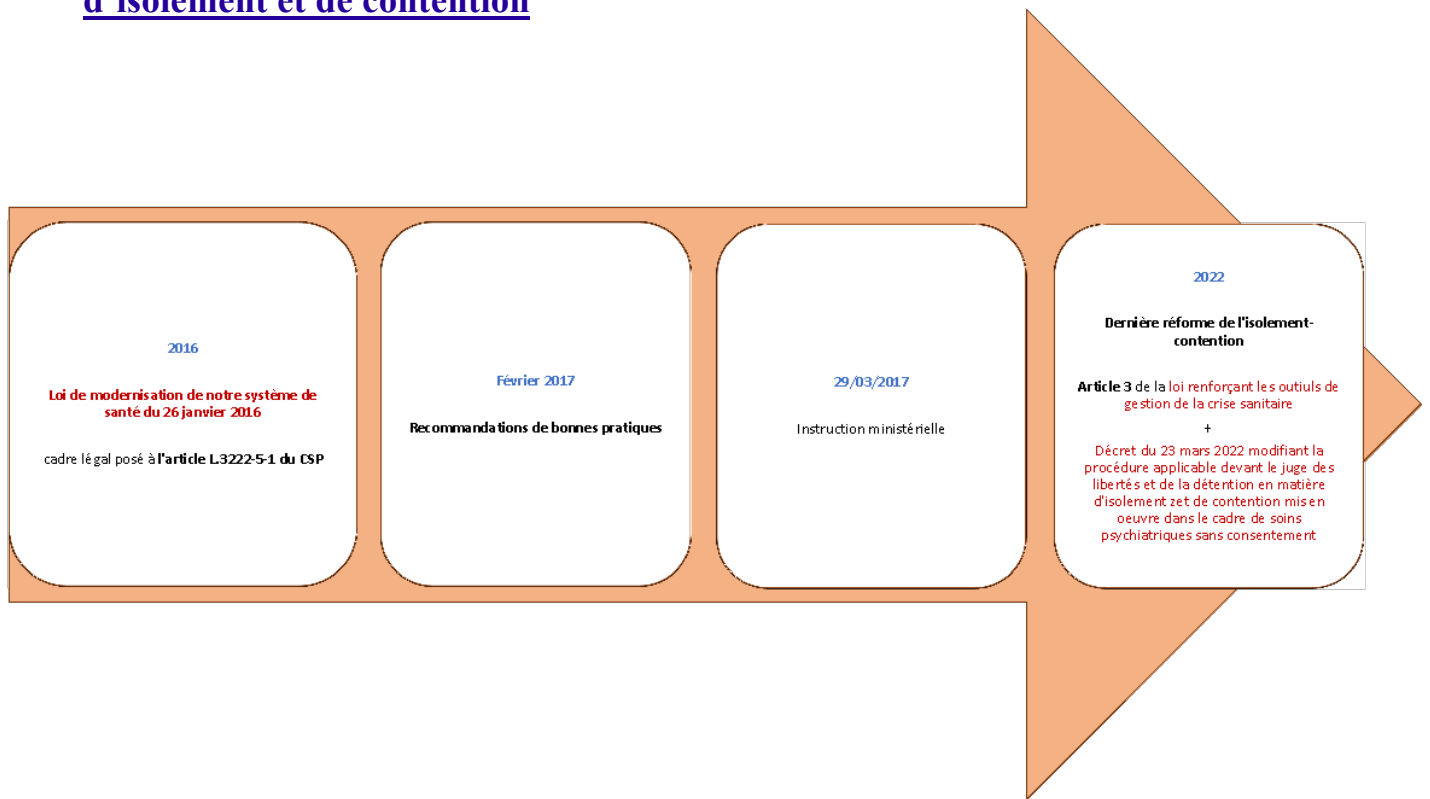
Annexe 10 : SANTÉ MENTALE - POPULATION GÉNÉRALE - LA PRISE EN CHARGE EN ÉTABLISSEMENT DE SANTÉ : admission par les urgences

Admission par les urgences

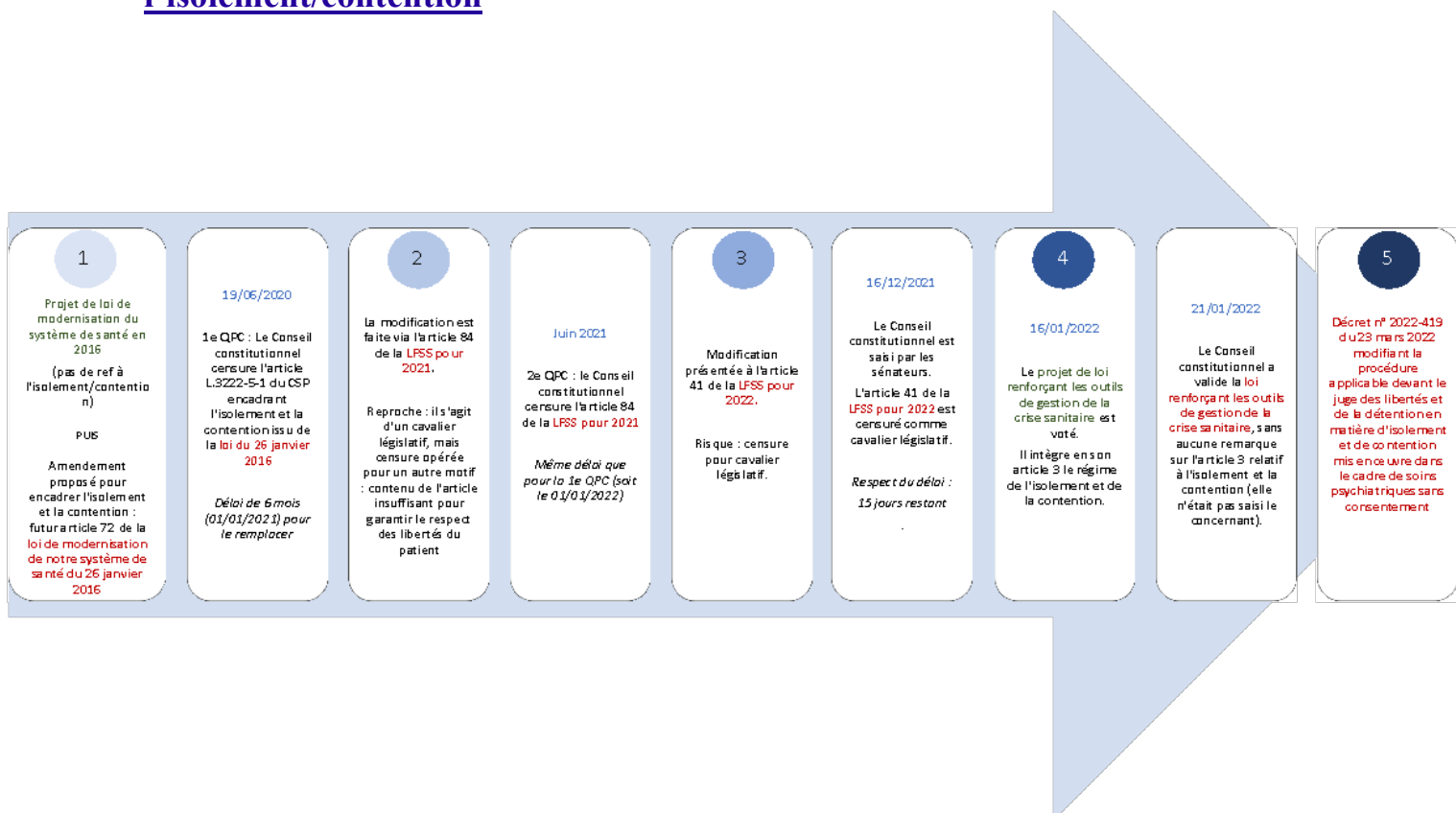
Indicateurs	Haute-Garonne		France
Addiction (%)	4,0	▼	12,1
Troubles de l'humeur (%)	6,5	▼	11,7
Troubles mentaux sévères (%)	10,3	▼	12,7
Autres TMS (%)	15,5	▲	10,6

Source : RIM-P - 2015

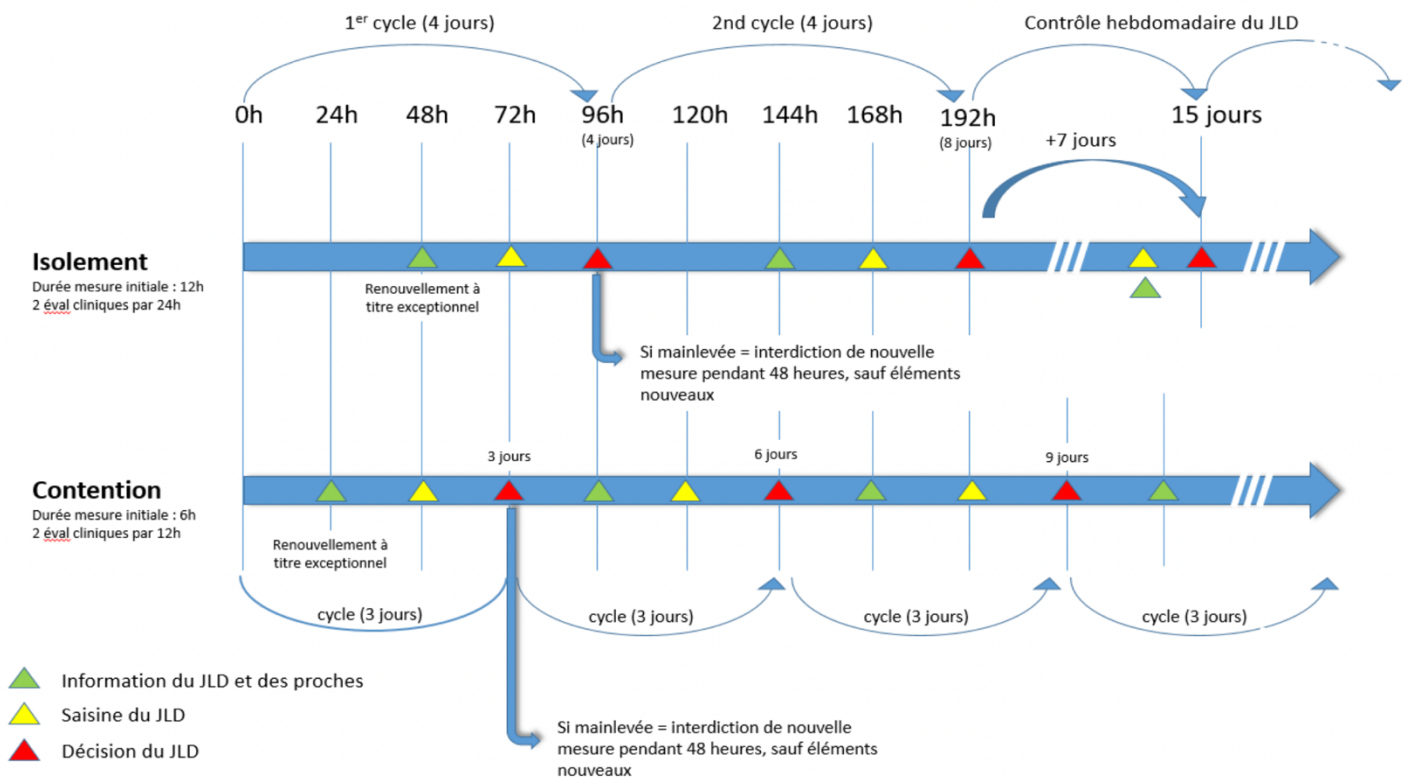
Annexe 11 : Schéma de l'évolution législative encadrant les mesures d'isolement et de contention



Annexe 12 : Schéma du processus législatif de la dernière réforme sur l'isolement/contention



Annexe 13 : Schéma récapitulatif de l'encadrement des mesures d'isolement et de contention



Annexe 14 : Tableau récapitulatif de l'information sur le renouvellement de la mesure d'isolement ou de contention

Source : Circulaire de présentation des dispositions du décret n° 2022-419 du 23 mars 2022 modifiant la procédure applicable devant le juge des libertés et de la détention en matière d'isolement et de contention mis en œuvre dans le cadre de soins psychiatriques sans consentement

Lorsque la mesure d'isolement est renouvelée au-delà de 48 heures ou la mesure de contention au-delà de 24 heures, l'article L. 3222-5-1 du CSP prévoit que deux types d'informations doivent être délivrées sans délai.

<p>Le directeur d'établissement doit informer le JLD. (art. R. 3211-31)</p> <p>Cette information est donnée par tout moyen permettant de dater sa réception (art. R. 3211-31 du CSP) afin de permettre le contrôle de l'exigence légale d'une transmission « sans délai » (art. L. 3222-5-1 II- du CSP).</p>	<p><u>Cette information est délivrée :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Lorsque la mesure d'isolement est renouvelée au-delà de 48 heures <input type="checkbox"/> Lorsque la mesure de contention est renouvelée au-delà de 24 heures <input type="checkbox"/> Lorsqu'une nouvelle mesure est prise, moins de 48 heures après une décision de mainlevée, motivée par la survenance d'un élément nouveau dans la situation du patient rendant impossibles d'autres modalités de prise en charge. <p><u>Cette information est réitérée :</u></p>
<p>Le médecin doit informer au moins un membre de la famille du patient, en priorité son conjoint, le partenaire lié à lui</p>	

<p>par un pacte civil de solidarité ou son concubin, ou une personne susceptible d'agir dans son intérêt dès lors qu'une telle personne est identifiée, du renouvellement envisagé de la mesure d'isolement ou de contention. (art. R. 3211-31-1)</p>	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Lorsque le médecin renouvelle une mesure d'isolement après une décision de maintien du JLD, au-delà de 48 heures après l'expiration du délai dont le juge disposait pour statuer. <input type="checkbox"/> Lorsque le médecin renouvelle une mesure de contention après une décision du JLD, au-delà de 24 heures après l'expiration du délai dont le juge disposait pour statuer, puis à l'occasion de chaque renouvellement ultérieur de la même mesure par le médecin.
---	---

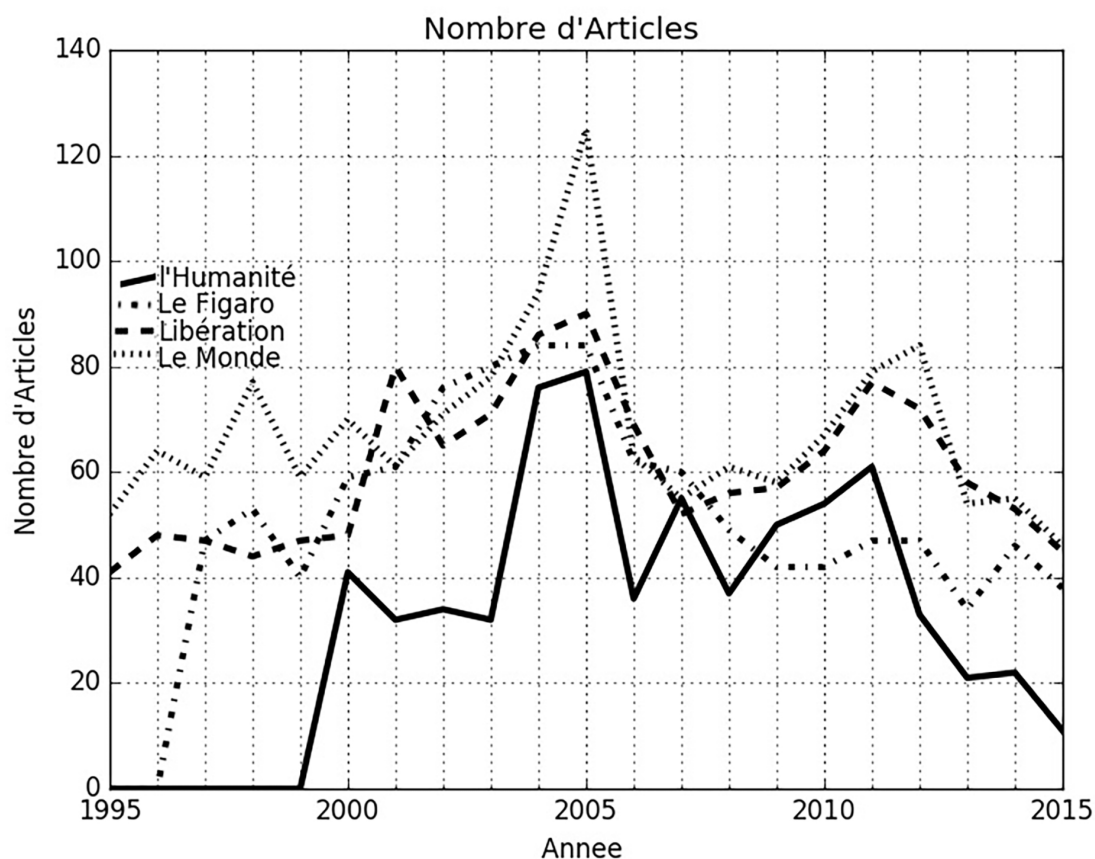
Annexe 15 : Tableau récapitulatif des délais de saisine du JLD concernant le contrôle des mesures d'isolement et de contention

Source : Circulaire de présentation des dispositions du décret n° 2022-419 du 23 mars 2022 modifiant la procédure applicable devant le juge des libertés et de la détention en matière d'isolement et de contention mis en œuvre dans le cadre de soins psychiatriques sans consentement

<p>Première saisine du JLD</p> <ul style="list-style-type: none"> ⇒ Avant l'expiration de la 72^{ème} heure <u>d'isolement</u> ⇒ Avant l'expiration de la 48^{ème} heure <u>de contention</u> <p>Le juge statue dans un délai de 24 heures à compter du terme de ces mesures.</p>
<p>Saisine après une première décision de maintien</p> <ul style="list-style-type: none"> ⇒ Avant l'expiration de la 72^{ème} heure <u>d'isolement</u> effectif après l'expiration du délai dont le juge disposait pour statuer ⇒ Avant l'expiration de la 48^{ème} heure <u>de contention</u> effective après l'expiration du délai dont le juge disposait pour statuer
<p>Saisine après une seconde décision de maintien, et pour les renouvellements ultérieurs</p> <ul style="list-style-type: none"> ⇒ au moins 24 heures avant l'expiration d'un délai de 7 jours <u>d'isolement</u> suivant le dernier cycle au cours duquel la décision du JLD est intervenue. Le juge doit statuer avant l'expiration du délai de 7 jours. ⇒ Avant l'expiration de la 48^{ème} heure <u>de contention</u> suivant le dernier cycle au cours duquel la décision du JLD est intervenue

Annexe 16 : Nombre d'articles par année traitant de la psychiatrie, entre 1995 et 2015, pour quatre quotidiens français

Source : Caroline Guïbet Lafaye and Pierre Brochard, « Entre faits divers et débats publics : comment la presse écrite aborde la psychiatrie ? », *Questions de communication*, 30 | 2016, 261-285.



Annexe 17 : Nombre d'articles du corpus psychiatrie mentionnant huit affaires criminelles

Source : Caroline Guïbet Lafaye and Pierre Brochard, « Entre faits divers et débats publics : comment la presse écrite aborde la psychiatrie ? », *Questions de communication*, 30 | 2016, 261-285.

	Guy Georges (1991-1998)	Michel Fourniret (1987-2001)	Richard Durn (2002)	Romain Dupuy (2004)	Francis Évrard (2007)	Jean-Pierre Guillaud (2008)	Stéphane Moitoret (2008)	Andy (2009)
L'Humanité	1	1	2	1	0	5	0	0
Libération	2	2	5	3	2	8	3	0
Le Monde	3	2	7	3	7	7	0	0
Le Figaro	9	7	6	6	5	9	2	0

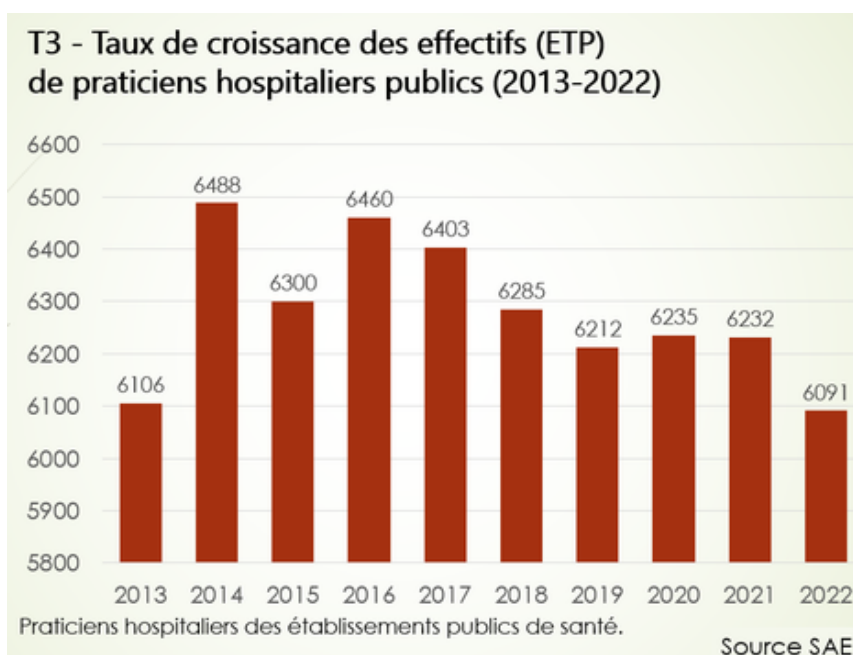
Annexe 18 : Années phare et ratio des types d'articles publiés

Source : Caroline Guibet Lafaye and Pierre Brochard, « Entre faits divers et débats publics : comment la presse écrite aborde la psychiatrie ? », *Questions de communication*, 30 | 2016, 261-285.

Journaux	Nombre d'articles													
	1998		2000		2001		2004		2005		2011		2012	
L'Humanité							70		66		61			
Libération					70		85		87		74			
Le Monde	74		69						112					84
Le Figaro	51						83		81		49			46
	Articles de fond (AF) versus faits divers (FD)													
	AF	FD	AF	FD	AF	FD	AF	FD	AF	FD	AF	FD	AF	FD
L'Humanité							56	13	42	4	49	3		
Libération					42	7	34	9	41	4	43	6		
Le Monde	20	2	35	5					70	4			41	4
Le Figaro	17	9					32	21	31	9				

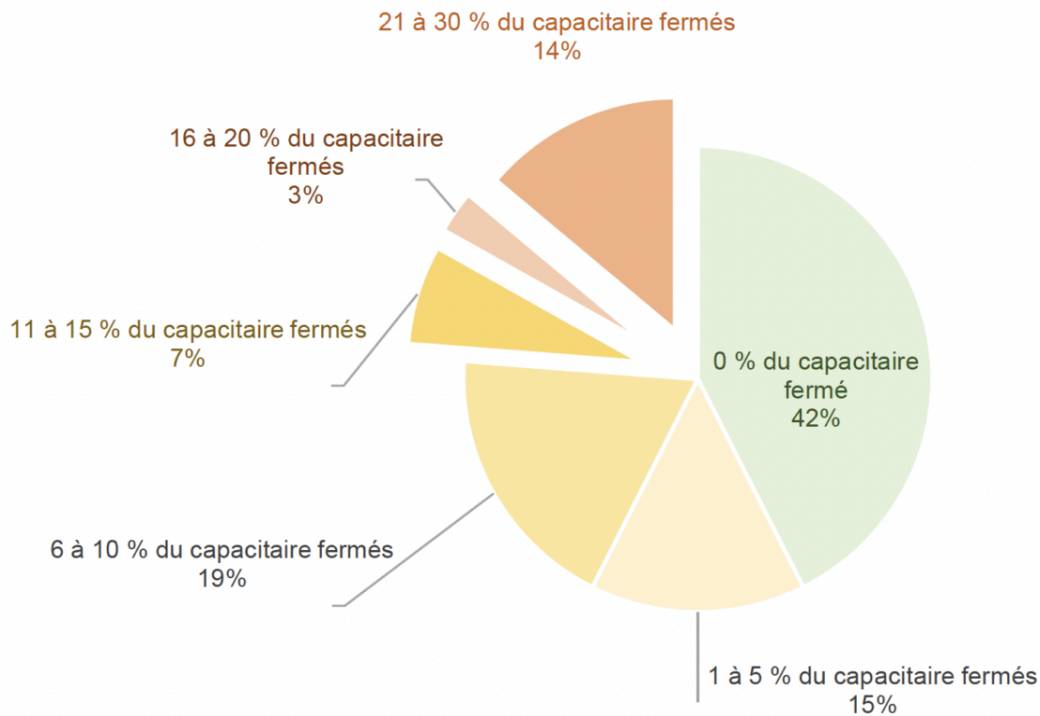
Annexe 19 : Évolution de l'effectif des praticiens hospitaliers des établissements publics de psychiatrie 2013-2022

Source : SAE de la DREES



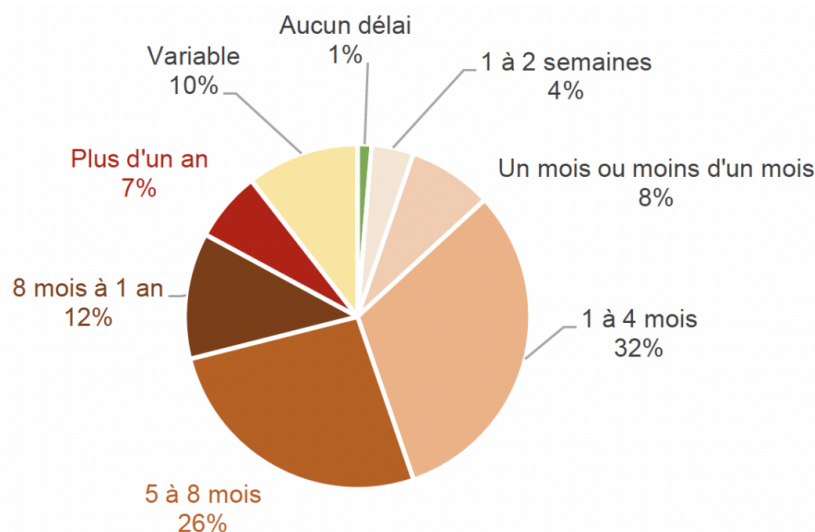
Annexe 20 : Proportion d'établissements selon la part de capacitaire fermé, au 31 décembre 2022 (101 répondants sur les 110 établissements interrogés)

Source : « Un quart des établissements de psychiatrie ont fermé entre 11 et 30% de leur capacité », Santé Mentale, 06/12/2023, d'après les Résultats de l'enquête FHF Psychiatrie, diffusés en conférence de presse le 5 septembre 2023, <https://www.santementale.fr/2023/09/un-quart-des-etablissements-de-psychiatrie-ont-ferme-de-10-a-30-de-leur-capacite/>



Annexe 21 : Proportion d'établissements selon le délai de prise en charge en ambulatoire en psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent (76 répondants sur les 110 établissements interrogés)

Source : « Un quart des établissements de psychiatrie ont fermé entre 11 et 30% de leur capacité », Santé Mentale, 06/12/2023, d'après les Résultats de l'enquête FHF Psychiatrie, diffusés en conférence de presse le 5 septembre 2023, <https://www.santementale.fr/2023/09/un-quart-des-etablissements-de-psychiatrie-ont-ferme-de-10-a-30-de-leur-capacite/>



Annexe 22 : Exemple de formulaire VRAG

Source : <https://pourlepsy.fr/echelles/vrag.php>

Violence Risk Appraisal Guide (VRAG)

Date de passation :

1- A vécu avec ses parents jusqu'à l'âge de 16 ans	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non
2- Difficultés durant la scolarité primaire	<input type="radio"/> Aucun problème <input type="radio"/> Problèmes légers ou modérés <input type="radio"/> Problèmes sévères
3- Antécédents de problèmes de consommation d'alcool (un point par item : Abus d'alcool chez un parent biologique, problème d'alcool durant l'adolescence, problème d'alcool durant la vie adulte, alcool impliqué dans une agression antérieure, alcool impliqué dans l'agression actuelle)	<input type="radio"/> 0 point <input type="radio"/> 1 ou 2 points <input type="radio"/> 3 points <input type="radio"/> 4 ou 5 points
4- Statut marital (au moment de l'agression actuelle)	<input type="radio"/> Marié ou équivalent <input type="radio"/> Pas marié
5- Antécédents criminels concernant des condamnations ou des inculpations pour des délits non violents antérieurs à l'agression actuelle	<input type="radio"/> Score de 0 <input type="radio"/> Score de 1 ou 2 <input type="radio"/> Score de 3 ou plus
6- Échec d'une libération conditionnelle antérieure	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non
7- Âge lors de l'agression actuelle	<input type="radio"/> ≥ à 39 <input type="radio"/> entre 34 et 38 <input type="radio"/> entre 28 et 33 <input type="radio"/> 27 ans <input type="radio"/> < 26
8- Blessures de la victime	<input type="radio"/> Mort <input type="radio"/> Hospitalisation <input type="radio"/> Traité et retour à domicile <input type="radio"/> Absence de victime <input type="radio"/> Aucune ou légère, y compris absence de victime
9- Victime de sexe féminin	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non
10- Trouble de la personnalité (critère DSM)	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non
11- Diagnostic de schizophrénie (critère DSM)	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non
12- Score à la PCL-R	<input type="radio"/> ≤ à 4 <input type="radio"/> entre 5 et 9 <input type="radio"/> entre 10 et 14 <input type="radio"/> entre 15 et 24 <input type="radio"/> entre 25 et 34 <input type="radio"/> ≥ 35

Valider

Effacer le formulaire

Imprimer

Annexe 23 : Entretien Maître DEVERS, réalisé en mars 2021

1. En quoi consiste votre métier ? Dans quelle(s) mesure(s) intervenez-vous dans le domaine de la psychiatrie ?

J'étais infirmier à l'origine et je suis avocat depuis 1985. J'ai exercé une grande partie de mon activité juridique dans la santé et en particulier en psychiatrie. Et j'ai aussi été avocat de la Fédération des Associations Psy.

2. Quels sont les droits du patient en psychiatrie ? (préciser à l'oral qu'il faut une réponse plutôt synthétique)

Les mêmes droits que les autres patients, que tout le monde, et pas plus de droit qu'ailleurs non plus.

3. Qu'évoque, pour vous, la notion de "liberté d'aller et venir", et plus particulièrement en psychiatrie ? Et, en complément, qu'évoque pour vous la notion de "sécurité publique", notamment dans le domaine de la psychiatrie ?

La liberté est la règle et l'atteinte à la liberté l'exception.

L'ordre public est une donnée qui existe vis à vis de la société. En France depuis 1838, pour protéger la société de comportements qui peuvent avoir des conséquences pour les tiers, pour la famille ou éventuellement pour la personne.

4. Etes-vous régulièrement confronté à ces notions dans l'exercice de vos fonctions ? Si oui, sous quelle(s) forme(s) ?

Oui, en formations, lors des audiences du JLD.

Évidemment ce sont des choses qui sont décrites même si elles ressortent peu car les bénéfices d'une procédure judiciaire sont minces par rapport à son délai et aux difficultés de faire admettre d'éventuels excès. En moyenne, un patient peut mettre jusqu'à 2 ans pour avoir un jugement du tribunal qui dit qu'il a été injustement enfermé dans un service et qu'il peut prétendre à 500 € de dommages et intérêts. Les gens tournent donc la page.

5. Pour vous, quelles sont les limites de la liberté d'aller et venir du patient en psychiatrie ? Ces limites sont-elles justifiées et, si oui, pourquoi ?

Le dérapage est majeur depuis la Loi Sarkozy de 2017 ; le concept de soin sans consentement s'est rependu en toute normalité. Il s'agit d'une dérive puisque le soin sans consentement n'existe pas juridiquement ; cela n'a pas de sens, hormis dans le cas d'une urgence vitale.

Peut-on considérer que la psychiatrie peut, de temps en temps, être une urgence vitale, pour le patient ou pour son entourage ? pourquoi pas, mais certainement pas dans de telles

ampleurs. Le péril imminent est une notion bien trop vague, bien trop large pour pouvoir l'employer sérieusement comme motif décisionnel concernant l'internement ou non d'une personne, d'un être humain. Et pourtant, c'est ce que l'on fait, ni plus ni moins !

Je ne nie pas du tout les mesures de soins contraints et leur bénéfice. Ce qui ne va pas c'est la protocolisation de la sécurité que je vois galopante, notamment à travers les rapports de psychiatre. Surtout avec le système du JLD, le psychiatre devient une machine à faire des certificats sur des patients qu'il ne connaît pas.

6. Selon vous, la sécurité publique est-elle suffisamment garantie par les procédures actuelles de soins contraints ?

La sécurité publique est très mal garantie parce qu'on laisse beaucoup de patients souffrir vu que l'effort financier et humain n'est pas mis sur ce qui est important dans la prise en charge.

7. Y a-t-il des pratiques ou des procédures de soin qui vous paraissent trop restrictives de la liberté d'aller et venir du patient ? Si oui, lesquelles et en quoi vous paraissent-elles inappropriées ?

Le contrat de soin peut être un très bon moyen éducatif mais juridiquement ça n'a aucune valeur. Il y a toute cette micro réglementation, ces pratiques grises, qui dans beaucoup de services atteignent un nouveau inadmissible.

Quand on va en hôpital psychiatrique, suivant les secteurs, j'ai parfois l'impression d'être dans un bloc plus sécurisé que la prison elle-même. --> manque de parole, d'explication donnée au patient.

8. Que pensez-vous des mesures d'isolement et de contention ? (enjeux et difficultés) Vous font-elles réagir sur le plan du respect des libertés du patient et principalement de sa liberté d'aller et venir ? Qu'avez-vous à dire sur le contrôle de ces mesures ?

Je pense qu'il y a une certaine banalisation du concept de l'isolement. Je déplore la nouvelle loi sur l'isolement-contention puisque, pour moi, elle est totalement inutile. Ce qui importe c'est la décision du psychiatre qui engage déjà la responsabilité de l'hôpital voir sa responsabilité personnelle si elle est abusive. Avec cette loi, le psychiatre n'agira plus que dans le cadre légal uniquement, avec un contrôle du JLD en supplément, ce qui va complètement freiner les mesures de soin, à tel point qu'il n'exercera plus aussi librement et facilement sa profession. Ce contrôle par le juge sera impossible au quotidien !

Il y a des abus, comme des services fermés qui ne devraient pas l'être, un isolement comme mesure d'ordre et non pas thérapeutique.

9. Quelle est votre appréciation de la procédure de contrôle du respect de la liberté d'aller et venir du patient par le JLD ? Selon vous, est-elle justifiée dans le cadre de soins psychiatriques ? Suffisante ? Légitime ? Correctement appliquée ?

Je suis opposé à système donc je refuse généralement ces permanences-là.

Ce système a fait que toutes les contraintes ont augmentées, que la procédure d'hospitalisation sans consentement est bien plus complexe. Pourtant il ne me semble pas que le nombre d'hospitalisation ait diminuée pour autant ; donc l'intérêt est tout relatif. Il y a des procédures de référé qui existe déjà dans le code civil ; autant s'en service aussi dans ce contexte, en accélérant un peu les procédures pour ce cadre de soin contraints, histoire de ne pas faire attendre le patient trop longtemps, surtout si sa demande est légitime.

10. Connaissez-vous d'autres formes de contrôles du respect de la liberté d'aller et venir du patient ?

Le système qu'il y avait auparavant était pas mal. Il faudrait revenir à ce système en ajouter/clarifiant ces points :

- notifier l'arrêt d'hospitalisation sous contrainte au patient, avec sa possibilité de faire un recours contre cette décision*
- former un panel d'avocats sur ces questions*
- aller devant les tribunaux en utilisant le référé d'heure à heure ou le référé liberté, avec des juges qui étaient au courant de ces cas spécifiques.*

11. Considérez-vous que ces contrôles soient efficaces pour préserver les libertés et droits du patient ? Pour le fonctionnement de l'établissement ? Sur quel(s) point(s) ?

Les inconvénients de mon point de vue sont ultra-dominants par rapport aux quelques avantages qu'il peut y avoir.

12. Vous arrive-t-il d'éprouver des difficultés à remplir votre rôle ? (points de relance : contrainte éthique, légale, de terrain, etc.) Si oui, dans quelles situations ? Quelles solutions pourriez-vous imaginer ?

J'ai du mal à voir quel est mon rôle. Je ne vois pas quel est mon rôle dans ce cadre-là ; aller discuter une décision médicale devant un juge sans que le patient concerné l'ait demandé, je trouve cela dramatique. Je pense que c'est un grand péril du droit de la santé depuis 20 ans que de s'être laissé envahir non pas par le contrôle du juge mais par la décision du juge.

13. En pratique, vous arrive-t-il de vous sentir mal à l'aise face aux demandes de liberté des patients, tout en sachant qu'une liberté totale est impossible ? Si oui, comment réagissez-vous ? Quels sont les "conseils" que vous leur donner alors ?

Non.

14. Quel effet pensez-vous que le contrôle du JLD a sur le patient ?

Néfastes, car le patient ne comprend pas ce qui lui arrive, et surdimensionne le pouvoir du juge.

15. Pensez-vous qu'il faille, dans certains cas, limiter davantage la liberté d'aller et venir du patient ? (faits divers commis par des malades psychiatriques)

Il y a des situations qui nécessitent des mesures énergiques, tranchées, d'autorité. Par ailleurs, aller passer 48h à Saint Jean de Dieu quand on est en crise c'est quand mieux que de passer plusieurs jours en réanimation.

16. En sachant le caractère parfois traumatisant de certains soins, qu'est-ce qui vous paraît le plus important ; garantir la sécurité publique ou les droits des patients en psychiatrie ?

Ce qui engendre des conflits et des réprimandes c'est l'absence de mise en balance ; du moment qu'elle a été faite, c'est que la décision a été réfléchie et donc sûrement légitime.

17. Concernant les mesures d'isolement et de contention, quelles améliorations suggèreriez-vous concernant leur procédure et/ou leur contrôle ?

Il faudrait supprimer/abroger la législation nouvelle de janvier 2021. Il afficher dans toutes les salles de soin que les êtres humains sont libres, égaux et responsables.

18. Globalement, quelles critiques feriez-vous vis-à-vis de la législation en vigueur concernant la notion de liberté d'aller et venir du patient en psychiatrie ?

On a remplacé le recours contre une mesure qui fait grief par la prise de décision par le juge.

19. Quelles améliorations aimeriez-vous apporter concernant la conciliation du respect de la liberté d'aller et venir du patient et de la sécurité publique ? (suivant la réponse, demander les améliorations potentielles des procédures de soins contraints ou des contrôles)

Il faudrait d'abord savoir parler de la souffrance psychique dans la société. On résoudra ces questions de sécurité que si on inverse le discours global. Il faut accepter l'idée que les maladies psychiatriques sont aussi courantes et "normales" que les maladies somatiques.

Annexe 24 : Entretien Maître ABEL, réalisé en mars 2021

1. En quoi consiste votre métier ? Dans quelle(s) mesure(s) intervenez-vous dans le domaine de la psychiatrie ?

Je suis avocate au barreau de Lyon et présidente de la commission hospitalisation sans consentement du barreau de Lyon.

2. Quels sont les droits du patient en psychiatrie ? (préciser à l'oral qu'il faut une réponse plutôt synthétique)

Les droits du patient sont tirés de la loi Kouchner, de la loi de 2002, de la DDHC, etc. Ce sont les mêmes droits que tous citoyens, les même droits que tout patient : consentir, choisir, etc.

3. Qu'évoque, pour vous, la notion de "liberté d'aller et venir", et plus particulièrement en psychiatrie ? Et, en complément, qu'évoque pour vous la notion de "sécurité publique", notamment dans le domaine de la psychiatrie ?

La liberté d'aller et venir est un droit constitutionnel qui implique le fait de se déplacer librement en France et à l'étranger, de choisir son lieu de vie, d'en changer.

En psychiatrie, la liberté d'aller et venir évoque le droit de choisir son praticien, le droit d'en changer, de choisir l'hôpital dans lequel on est et éventuellement le bâtiment, de refuser les soins s'ils contraignent les déplacements.

La sécurité publique en général est assurée par les pouvoirs de police ; ils sont chargés de maintenir l'ordre public pour garantir la sécurité publique. Possibilité de restreindre les libertés individuelles pour assurer la sécurité de tous.

La sécurité publique en milieu psychiatrique implique d'assurer la sécurité des patients, la sécurité des soignants et de toutes les personnes qui côtoient l'hôpital,"

4. Êtes-vous régulièrement confronté à ces notions dans l'exercice de vos fonctions ? Si oui, sous quelle(s) forme(s) ?

Dans le cadre des hospitalisations sans consentement, ces aspects sont régulièrement évoqués ; ce sont même des questions au centre du débat. Dans l'exercice de la profession d'avocat, le milieu de la psychiatrie est peu évoqué, hormis au pénal, dans certains cas très spécifiques.

5. Pour vous, quelles sont les limites de la liberté d'aller et venir du patient en psychiatrie ? Ces limites sont-elles justifiées et, si oui, pourquoi ?

Pour qu'un patient puisse choisir son lieu de soin, il lui faut se rendre en établissement privé. Dans le cadre des soins contraints, le choix est presque impossible puisque le patient est généralement orienté vers un hôpital public. Ces restrictions varient suivant le secteur

d'hospitalisation du malade ; plus le secteur est ouvert et réservé à des pathologies moindres, moins le niveau de restriction est élevé.

6. Selon vous, la sécurité publique est-elle suffisamment garantie par les procédures actuelles de soins contraints ?

Selon moi, oui, voir presque trop étant donné mon regard d'avocat.

7. Y a-t-il des pratiques ou des procédures de soin qui vous paraissent trop restrictives de la liberté d'aller et venir du patient ? Si oui, lesquelles et en quoi vous paraissent-elles inappropriées ?

Oui : interdiction de sortie d'un bâtiment, chambre d'isolement ou d'apaisement, la contention sont probablement les plus restrictives.

Le 1^e janvier 2021, il y a eu une évolution sur la compétence du JLD sur le contrôle des mesures d'isolement et de contention. Les associations de patients disent que le délai de 12 jours d'hospitalisation sous contrainte sans que le dossier du patient soit examiné par un tiers extérieur à l'établissement est un délai trop long ; comparaison avec la garde à vue : présence d'un avocat au bout d'1h.

8. Que pensez-vous des mesures d'isolement et de contention ? (enjeux et difficultés) Vous font-elles réagir sur le plan du respect des libertés du patient et principalement de sa liberté d'aller et venir ? Qu'avez-vous à dire sur le contrôle de ces mesures ?

Ce sont des mesures de soin avant tout. Depuis le 1er janvier 2021 : injonction du JLD. C'est un changement de mentalité parce que cela ne sera plus seulement une mesure de soins mais une mesure de soin sous couvert de l'injonction du JLD. Le texte donne des heures, un encadrement précis.

9. Quelle est votre appréciation de la procédure de contrôle du respect de la liberté d'aller et venir du patient par le JLD ? Selon vous, est-elle justifiée dans le cadre de soins psychiatriques ? Suffisante ? Légitime ? Correctement appliquée ?

Cette mesure est justifiée parce qu'il y a bel et bien une atteinte à la liberté d'aller et venir qui est importante. On se rapproche du concept de la détention mais sous couvert du soin dans le cadre de l'hospitalisation sous contrainte. Il me paraît très bien que ce soit le Juge Judiciaire qui effectue ce contrôle car il est le garant des libertés.

10. Connaissez-vous d'autres formes de contrôles du respect de la liberté d'aller et venir du patient ?

Lorsqu'ils sont sous contrainte de soin à domicile, il existe un contrôle.

11. Considérez-vous que ces contrôles soient efficaces pour préserver les libertés et droits du patient ? Pour le fonctionnement de l'établissement ? Sur quel(s) point(s) ?

Pour les patients, ces contrôles ne sont pas suffisants. C'est d'ailleurs sans doute pour cela qu'il y a une nouvelle modification de la loi sur l'isolement et la contention en janvier 2021 ; aucun contrôle n'était prévu jusqu'à présent, hormis celui des soignants chargés de la mesure. Sur la liberté d'aller et venir, le délai du contrôle par le JLD est un peu long à mon sens. Les contrôles, je ne les trouve pas assez poussés et immédiats, du point de vue du patient et du respect de ses libertés évidemment. Il n'y a pas de contre-pouvoir, de contre-expertise ; il est compliqué d'avoir une expertise supplémentaire extérieure à l'établissement de santé concerné.

12. Vous arrive-t-il d'éprouver des difficultés à remplir votre rôle ? (points de relance : contrainte éthique, légale, de terrain, etc.) Si oui, dans quelles situations ? Quelles solutions pourriez-vous imaginer ?

Au niveau éthique, le cadre légal étant quand même très restrictif, on reste sur des sujets qui sont légitimement de l'ordre de la justice. La seule chose que l'on puisse regretter c'est de ne pas avoir plus de temps pour voir le client. Je trouve qu'il n'y a pas de contrainte particulière pour l'accès du patient à ses droits.

13. En pratique, vous arrive-t-il de vous sentir mal à l'aise face aux demandes de liberté des patients, tout en sachant qu'une liberté totale est impossible ? Si oui, comment réagissez-vous ? Quels sont les "conseils" que vous leur donnez alors ?

Je relaye sa demande, j'essaie de lui expliquer les chances de succès ou plutôt l'absence de chance de succès. La position de l'avocat est plus facile que celle du juge il me semble, surtout d'un point de vue éthique ; la question de la remise en liberté est soumise à la décision du juge et non de l'avocat.

14. Quel effet pensez-vous que le contrôle du JLD a sur le patient ?

Ils reçoivent un livret d'accueil qui leur notifie leurs droits - donc ils savent en principe que leurs droits seront respectés le mieux possible - mais cela ne leur ait pas expliqué tout de suite. Ils se sentent écoutés et leurs droits sont respectés. Mais déception souvent puisque les pouvoirs du juge sont très limités dans ce cadre et ils n'en ont pas conscience.

15. Pensez-vous qu'il faille, dans certains cas, limiter davantage la liberté d'aller et venir du patient ? (faits divers commis par des malades psychiatriques)

Quid du soin en prison ? Il y a apparemment énormément de personnes qui sont atteintes de troubles ou de maladies mentales qui sont en prison ; c'est sans doute un point à développer.

De + en + d'UHSA en France ; ce qui est une bonne chose. Il faudrait des contre-pouvoirs, quoi qu'il arrive. Il faut pouvoir avoir accès à un contrôle extérieur si besoin ; un collègue d'experts.

16. En sachant le caractère parfois traumatisant de certains soins, qu'est-ce qui vous paraît le plus important ; garantir la sécurité publique ou les droits des patients en psychiatrie ?

En tant qu'avocate, je choisirais les droits !

17. Concernant les mesures d'isolement et de contention, quelles améliorations suggèreriez-vous concernant leur procédure et/ou leur contrôle ?

La nouvelle procédure de contrôle des mesures d'isolement et de contention par le JLD sera, a minima, une réponse écrite. C'est insatisfaisant ! Il faut que le JLD aille sur place, visite, et ait accès aux pièces dont il a besoin. Proposition : accès du JLD à tout le dossier médical ? Sur l'isolement et contention : il y a des pays où ces soins sont interdits ; sont-ils vraiment bénéfiques ?

18. Globalement, quelles critiques feriez-vous vis-à-vis de la législation en vigueur concernant la notion de liberté d'aller et venir du patient en psychiatrie ?

Les contrôles sur cette liberté d'aller et venir ne sont peut-être pas assez développés, systématiques et fréquents. L'organisme de contrôle par le JLD est cohérent. Il faudrait peut-être laisser plus de temps pour l'examen des dossiers, tant par les avocats que par le JLD.

19. Quelles améliorations aimeriez-vous apporter concernant la conciliation du respect de la liberté d'aller et venir du patient et de la sécurité publique ? (suivant la réponse, demander les améliorations potentielles des procédures de soins contraints ou des contrôles)

Plus de communication et de clarté sur ce sujet ; c'est ce qu'apporte l'évolution du droit.

Annexe 25 : Entretien Maître HEURTREY, réalisé en mars 2021

1. En quoi consiste votre métier ? Dans quelle(s) mesure(s) intervenez-vous dans le domaine de la psychiatrie ?

Je suis avocat depuis 2003 et inscrit en Allemagne en tant que Rechtsanwältin au barreau de Duffeldorf depuis 2008. J'ai été aussi membre du Conseil National des barreaux (instance représentative des avocats français) puis président de la Commission Internationale avant de présider, à compter de 2020, la Commission droits de l'Homme et libertés publiques, qui est une des toutes premières commissions qui a été créée en France en 1980.

2. Quels sont les droits du patient en psychiatrie ? (préciser à l'oral qu'il faut une réponse plutôt synthétique)

Les patients en psychiatrie ont ni plus ni moins que les mêmes droits que tout autre citoyen. Les patients en psychiatrie en ont peut-être même un peu, dès lors qu'il peut y avoir souvent privation de liberté.

3. Qu'évoque, pour vous, la notion de "liberté d'aller et venir", et plus particulièrement en psychiatrie ? Et, en complément, qu'évoque pour vous la notion de "sécurité publique", notamment dans le domaine de la psychiatrie ?

Une des libertés essentielles, sinon caractéristique des libertés publiques. En psychiatrie, on va pouvoir y porter atteinte sous réserve de certaines garanties et processus de recours. La question est surtout de savoir à quel stade de la maladie on restreint la liberté d'aller et venir du patient en psychiatrie. Tout dépend de la société et de son niveau d'acceptation de certaines restrictions ou pas à la liberté d'aller et venir de quelqu'un qui peut potentiellement être un danger pour lui-même et surtout pour les autres.

La sécurité publique c'est le droit qu'a tout un chacun de vivre en sécurité. C'est un droit légitime qui doit être assuré par un pouvoir démocratiquement élu (légitimité du pouvoir et du maintien de l'ordre qu'il peut exercer). En psychiatrie, la sécurité publique va appeler des restrictions des libertés des patients. La sécurité collective va être placée au-dessus des droits et libertés du patient en particulier.

4. Êtes-vous régulièrement confronté à ces notions dans l'exercice de vos fonctions ? Si oui, sous quelle(s) forme(s) ?

Non.

5. Pour vous, quelles sont les limites de la liberté d'aller et venir du patient en psychiatrie ? Ces limites sont-elles justifiées et, si oui, pourquoi ?

La limite à ne pas franchir est la suprématie du juge au détriment de l'avis scientifique, médicale. J'ai l'impression que la procédure de contrôle du JLD répond plutôt bien aux attentes juridiques et médicales de ce contrôle. Il y a des avocats et des professionnels du droit qui sont correctement formés ce qui semble être d'ores et déjà une bonne garantie.

6. Selon vous, la sécurité publique est-elle suffisamment garantie par les procédures actuelles de soins contraints ?

En tant que citoyen, j'ai le sentiment que la sécurité publique est suffisamment garantie par les procédures actuelles de soins contraints.

7. Y a-t-il des pratiques ou des procédures de soin qui vous paraissent trop restrictives de la liberté d'aller et venir du patient ? Si oui, lesquelles et en quoi vous paraissent-elles inappropriées ?

/

8. Que pensez-vous des mesures d'isolement et de contention ? (enjeux et difficultés) Vous font-elles réagir sur le plan du respect des libertés du patient et principalement de sa liberté d'aller et venir ? Qu'avez-vous à dire sur le contrôle de ces mesures ?

Les mesures d'isolement et de contention sont, moralement et juridiquement parlant, pour tout avocat, difficilement acceptables. Dans tous les cas d'isolement et de contention, il faudra justifier la proportionnalité de ces mesures par rapport à la dangerosité de la personne pour elle-même et à l'égard de la société.

9. Quelle est votre appréciation de la procédure de contrôle du respect de la liberté d'aller et venir du patient par le JLD ? Selon vous, est-elle justifiée dans le cadre de soins psychiatriques ? Suffisante ? Légitime ? Correctement appliquée ?

Nous avons beaucoup de textes, de protocoles, très bien rédigés mais qui, dans l'effectivité, ne sont pas très bien respectés ou mis en œuvre. Il y aurait légion d'autres exemples de contrôles qui sont là sur le papier mais qui n'existent pas dans la réalité. C'est le cas par exemple dans le milieu carcéral.

10. Connaissez-vous d'autres formes de contrôles du respect de la liberté d'aller et venir du patient ?

/

11. Considérez-vous que ces contrôles soient efficaces pour préserver les libertés et droits du patient ? Pour le fonctionnement de l'établissement ? Sur quel(s) point(s) ?

Il me semble que oui. En tout cas, la loi et les institutions françaises prévoient un certain nombre de contrôles ; le tout est qu'ils soient correctement réalisés, mais c'est très personne-dépendant.

12. Vous arrive-t-il d'éprouver des difficultés à remplir votre rôle ? (points de relance : contrainte éthique, légale, de terrain, etc.) Si oui, dans quelles situations ? Quelles solutions pourriez-vous imaginer ?

Non pas spécialement. Le travail de l'avocat est d'écouter son client et de le défendre. Le patient en psychiatrie a ce même droit.

13. En pratique, vous arrive-t-il de vous sentir mal à l'aise face aux demandes de liberté des patients, tout en sachant qu'une liberté totale est impossible ? Si oui, comment réagissez-vous ? Quels sont les "conseils" que vous leur donnez alors ?

Non pas spécialement. J'en ai peu fait, mais les rares fois où ça c'est produit, je prenais le temps d'expliquer au patient le contexte de l'audience et ce qu'il pouvait en attendre ou non.

14. Quel effet pensez-vous que le contrôle du JLD a sur le patient ?

pas d'avis précis sur la question.

15. Pensez-vous qu'il faille, dans certains cas, limiter davantage la liberté d'aller et venir du patient ? (faits divers commis par des malades psychiatriques)

A partir du moment où l'atteinte aux libertés d'aller et venir du patient est proportionnée aux risques qui émanent de la personne, qu'elle se base sur des données fiables et scientifiques qui puissent faire l'objet d'un contrôle par le juge compétent, la procédure actuelle de contrôle est sûrement suffisante et satisfaisante. Il ne faut surtout pas faire de de législation d'urgence, en réaction à des faits divers, aussi atroces soient-ils.

16. En sachant le caractère parfois traumatisant de certains soins, qu'est-ce qui vous paraît le plus important ; garantir la sécurité publique ou les droits des patients en psychiatrie ?

Si l'on cède sur les droits essentiels et fondamentaux du patient en psychiatrie, la société en payera le prix tôt ou tard au point de vue collectif ; il faut toujours répondre de ses actes.

17. Concernant les mesures d'isolement et de contention, quelles améliorations suggèreriez-vous concernant leur procédure et/ou leur contrôle ?

/

18. Globalement, quelles critiques feriez-vous vis-à-vis de la législation en vigueur concernant la notion de liberté d'aller et venir du patient en psychiatrie ?

/

19. Quelles améliorations aimeriez-vous apporter concernant la conciliation du respect de la liberté d'aller et venir du patient et de la sécurité publique ? (suivant la réponse, demander les améliorations potentielles des procédures de soins contraints ou des contrôles)

Faire évoluer les recours effectifs sur les entraves à la liberté d'aller et venir afin de rendre le juge judiciaire plus accessible qu'il ne l'est. Communiquer davantage sur les droits et libertés fondamentales, afin de réduire leur entrave au sein de la société, en sachant ce qu'on risque dans ce cas.

Annexe 26 : Entretien Maître VITAL-DURAND, réalisé en juin 2021

1. En quoi consiste votre métier ? Dans quelle(s) mesure(s) intervenez-vous dans le domaine de la psychiatrie ?

Je suis avocat au barreau de Lyon et suis impliqué dans les soins sans consentement en psychiatrie depuis le début de la mise en œuvre de la loi de 2011.

2. Quels sont les droits du patient en psychiatrie ? (préciser à l'oral qu'il faut une réponse plutôt synthétique)

Les droits du patient passent par une information sur ce qui relève de leurs possibilités de saisir leur propre conseil par exemple, de pouvoir saisir le juge. Le Code de la Santé Publique précise que la personne qui fait l'objet de soins psychiatriques, alors même qu'elle n'est pas en mesure de consentir aux soins au moment de son admission, dispose du droit de prendre conseil auprès d'un médecin ou d'un avocat de son choix. A nouveau, lors de l'audience à intervenir au-delà de 12 jours, la personne qui fait l'objet de soins psychiatrique est entendue, assistée ou représentée par un avocat choisi. Ça reste assez théorique à l'arrivée parce que très souvent la personne hospitalisée sans son consentement, est souvent dans une confusion qui ne lui permet pas raisonnablement d'aller réclamer immédiatement un avocat.

3. Qu'évoque, pour vous, la notion de "liberté d'aller et venir", et plus particulièrement en psychiatrie ? Et, en complément, qu'évoque pour vous la notion de "sécurité publique", notamment dans le domaine de la psychiatrie ?

DDHC + DUDH : c'est ce qui permet à tout un chacun de pouvoir circuler sur le territoire de la métropole sans être entravé par qui que ce soit. Pour le malade psychiatrique, évidemment c'est plus délicat parce qu'il va connaître un certain enfermement, lié à son hospitalisation sans consentement, qui peut prendre soit une forme dure avec l'isolement.

La sécurité publique est la sécurité à laquelle le citoyen peut s'attendre lorsqu'il sort dans l'espace public afin de ne pas être agressé, détroussé.

Dans le milieu de la psychiatrie, on est là avec - comme souvent - la rencontre d'intérêt différents ; l'internement du malade potentiellement dangereux et sa possibilité à lui d'aller et venir.

Tout va aujourd'hui dans ce sens de limiter l'internement et notamment avec des systèmes de psychiatrie mobile où les gens qui ont besoin d'un secours psychiatrique et qui ne nécessitent pas d'être hospitalisés, sont suivis par des équipes mobiles qui se rendent chez elles, ce qui est évidemment préférable dans la mesure du possible.

4. Êtes-vous régulièrement confronté à ces notions dans l'exercice de vos fonctions ? Si oui, sous quelle(s) forme(s) ?

/

5. Pour vous, quelles sont les limites de la liberté d'aller et venir du patient en psychiatrie ? Ces limites sont-elles justifiées et, si oui, pourquoi ?

Je pense que les limites sont dans le fait que, dans la balance du bénéfice et des risques, on doit essayer d'éviter que des personnes susceptibles de passer à l'acte puissent déambuler librement. Bien sûr, cela va être une atteinte à leur droit d'aller et de venir, d'un autre côté, c'est fait pour la protection d'autres groupes de personnes.

6. Selon vous, la sécurité publique est-elle suffisamment garantie par les procédures actuelles de soins contraints ?

La loi de Juillet 2011 a judiciarisé la discipline psychiatrique ; loi qui a été faite dans le sens de la protection des droits du malade dans l'esprit et la prolongation de ce qu'était, en définitive, la loi Kouchner du 4 mars 2002, qui avait posé le principe de l'information du malade, du recueil de son consentement, du respect de sa volonté.

Evidemment, avec le malade psychiatrique qui est hospitalisé sans son consentement, on fait échec à cette première règle mais, évidemment, lié à une considération supérieure qui est celle de la protection de sa personne qui reste le premier de ses droits !

A l'origine, la loi de 2011 avait été plutôt vue, dans les discussions préparatoires, comme devant permettre de mieux contrôler la sortie des malades mentaux et de la rendre plus difficile, notamment par un collègue d'Experts. L'idée c'était bien que la société enferme un peu plus, mais elle a eu plutôt l'effet contraire et notamment par d'autres alternatives que celle de l'enfermement stricte, en particulier par une hospitalisation ambulatoire, c'est-à-dire la possibilité pour le malade d'être considéré comme hospitalisé mais chez lui, un peu comme le serait l'hospitalisation à domicile finalement.

7. Y a-t-il des pratiques ou des procédures de soin qui vous paraissent trop restrictives de la liberté d'aller et venir du patient ? Si oui, lesquelles et en quoi vous paraissent-elles inappropriées ?

Il y a souvent une plainte sur des restrictions apportées à leurs libertés individuelles. Elles sont de sources diverses, d'origines diverses ; elles sont celles de devoir porter un pyjama par exemple. C'est une question qui ne fait pas du tout l'unanimité chez les psychiatres, dont certains estiment qu'il n'y a pas de raison en soit que les gens soient en pyjama et qu'ils peuvent déambuler avec leurs propres affaires. Les plus sécuritaires au contraire, estiment qu'en pyjama les patients ont moins la possibilité de se sauver par le portail et qu'on les retrouve plus vite.

Il y a des restrictions à l'usage du téléphone qui est souvent faite. En soit on peut dire que c'est une brimade inutile, mais pour le médecin qui veut apaiser son malade, le sortir de la turbulence dans laquelle il est, et donner à son asile sa projection la plus thérapeutique et apaisante, il vaut mieux couper le téléphone. J'allais dire, comme une personne saine déciderait à un moment de couper le téléphone, l'ordinateur, la télévision, pour s'accorder un moment de calme. Il se coupe de cette communication de l'extérieure qui peut encombrer le cerveau.

8. Que pensez-vous des mesures d'isolement et de contention ? (enjeux et difficultés)
Vous font-elles réagir sur le plan du respect des libertés du patient et principalement de sa liberté d'aller et venir ? Qu'avez-vous à dire sur le contrôle de ces mesures ?

Vu de l'extérieur, pour l'avocat qui ne serait pas spécialisé, il peut voir la cellule d'isolement comme, ce qu'on appelle pour le prisonnier de droit commun, le mitard, c'est à dire un lieu de punition, de sanction lorsqu'il a commis une violation du règlement de la prison (qu'il y a apporté un téléphone, qu'il y a consommé de la drogue, qu'il a agressé un codétenu ou un surveillant). Je crois qu'il ne faut pas du tout faire cette comparaison. Encore une fois, dans la notion d'asile, on a celle d'un havre de repos. Même des personnes qui ne sont pas frappées de maladie mentale ont parfois besoin de ce repos. On peut voir le succès des accueils monastiques où la personne qui a une vie trépidante va trouver quelques jours de tranquillité absolue, dans le silence absolu. Donc, pourquoi penser que ce qui est bon pour tout un chacun ne serait pas adapté pour le malade mental. Il est vrai que ces restrictions sont vécues de manière toujours difficile, à tel point que très souvent dans les hypothèses que j'ai vu de personnes qui étaient à la frontière de la maladie mentale et du droit commun - de la délinquance - qui avaient tendance à faire des aller et retour entre la prison et l'hôpital psychiatrique, demandaient invariablement à retourner en prison, où il y avait plus de libertés.

9. Quelle est votre appréciation de la procédure de contrôle du respect de la liberté d'aller et venir du patient par le JLD ? Selon vous, est-elle justifiée dans le cadre de soins psychiatriques ? Suffisante ? Légitime ? Correctement appliquée ?

Je ne peux pas contester le bienfait qu'a apporté la loi en permettant le contrôle des lieux où les personnes sont privées de la liberté d'aller et de venir.

Progressivement, le juge, l'avocat - et en particulier l'avocat - a pu rentrer dans les commissariats, a pu rentrer dans les prétoires des prisons (quand on jugeait un détenu pour un manquement au règlement). Donc, dans cette extension du contrôle des droits des citoyens, ce n'était pas normal que l'avocat et le juge ne puisse pas voir dans quelles conditions les personnes privées de la faculté d'aller et de venir vivaient sans pouvoir être entendues, dans l'hypothèse où ils auraient considéré qu'ils étaient là à mauvais escient.

10. Connaissez-vous d'autres formes de contrôles du respect de la liberté d'aller et venir du patient ?

Le malade psychiatrique peut s'adresser au CGLPL, il peut s'adresser directement au JLD. Il y a également les commissions départementales. Avant la loi de 2011, sur le département du Rhône, il y en avait en moyenne 15 saisines du JLD par an. Aujourd'hui il doit en avoir environ 4000 par an.

11. Considérez-vous que ces contrôles soient efficaces pour préserver les libertés et droits du patient ? Pour le fonctionnement de l'établissement ? Sur quel(s) point(s) ?

Evidemment, à l'origine, l'idée même que le juge puisse venir, ou l'avocat, au sein de l'établissement hospitalier, a totalement hérissé les médecins qui se demandaient ce que ces professionnels, totalement ignorants de la médecine générale et de la médecine psychiatrique, pouvaient venir apporter par rapport à leur propre évaluation. En réalité, ce sentiment premier

de relative hostilité s'est dissipé par le fait que ça a permis dans une certaine mesure d'apprécier à nouveau des méthodes qui étaient apprises et appliquées empiriquement, mais qui pouvaient être remises en question par un œil extérieur.

12. Vous arrive-t-il d'éprouver des difficultés à remplir votre rôle ? (points de relance : contrainte éthique, légale, de terrain, etc.) Si oui, dans quelles situations ? Quelles solutions pourriez-vous imaginer ?

L'avocat, à cet égard, défend le malade dans le souhait qu'il exprime de pouvoir rentrer chez lui, autrement dit d'avoir une décision de mainlevée, y compris si ça doit lier le juge par des considérations tout à fait juridiques, par le fait que le tiers, par exemple ne serait pas habilité, ou que l'arrêté ne serait pas signé ou pas motivé par l'ordonnance du médecin dont il doit s'approprier les motifs.

13. En pratique, vous arrive-t-il de vous sentir mal à l'aise face aux demandes de liberté des patients, tout en sachant qu'une liberté totale est impossible ? Si oui, comment réagissez-vous ? Quels sont les "conseils" que vous leur donnez alors ?

C'est le rôle de l'avocat. On peut dire que, dans une certaine mesure, le conflit personnel que peut avoir l'avocat à cet égard, est pondéré par le fait qu'une régularisation de restriction juridique peut intervenir dès lors que le juge peut différer à 24h la sortie et que, dans cet intervalle, il peut y avoir une correction de la mesure. Ce qui n'existe pas en droit commun.

14. Quel effet pensez-vous que le contrôle du JLD a sur le patient ?

On explique au patient que ce juge n'est pas un juge de punition ; on évite de lui donner tout son titre de juge des libertés « et de la détention ».

C'est un juge des libertés, c'est un juge protecteur, c'est un juge bienveillant, en charge d'un contrôle de ses droits. Il faut le voir, non pas comme un juge punitif (idée que les patients ont souvent en tête), mais comme un juge venu s'assurer que la liberté d'aller et venir du patient est entravée d'une manière légitime, sur le plan juridique. Finalement, ça permet souvent au malade de pouvoir s'exprimer et de pouvoir dire sa pensée sur son internement.

15. Pensez-vous qu'il faille, dans certains cas, limiter davantage la liberté d'aller et venir du patient ? (faits divers commis par des malades psychiatriques)

C'est un risque qui doit être réduit autant que possible mais qui existera toujours si l'on est dans une conception la plus libérale possible, pour pouvoir réduire au maximum les lieux d'enfermement psychiatrique. C'est l'Italie qui avait donné le LA à la sortie de la guerre ; il y a eu des expériences très importantes de fermeture des hôpitaux psychiatriques. Le corollaire c'est que, de temps en temps, on le paye d'un fait divers abominable et qui rebrasse toute la question.

16. En sachant le caractère parfois traumatisant de certains soins, qu'est-ce qui vous paraît le plus important ; garantir la sécurité publique ou les droits des patients en psychiatrie ?

L'un ne va pas sans l'autre ! Il faut tenter de concilier les deux.

17. Concernant les mesures d'isolement et de contention, quelles améliorations suggèreriez-vous concernant leur procédure et/ou leur contrôle ?

Les personnes les plus radicales dans le sens de l'évolution de la loi estimaient que, en définitive, si quelqu'un est interné dans un hôpital psychiatrique à mauvais escient, il faudrait que le juge puisse le contrôler dès l'entrée ; un jour en détention abusive serait un jour de trop. C'est beaucoup plus intéressant de le voir à 15 jours à l'origine en 2011, avait dit le législateur, mais pour entendre ceux qui voulaient réduire un peu ce délai, il l'a réduit à 12 jours en 2013. Je ne sais pas si ça aurait de l'intérêt de réduire encore ce délai ; sincèrement, je ne pense pas.

18. Globalement, quelles critiques feriez-vous vis-à-vis de la législation en vigueur concernant la notion de liberté d'aller et venir du patient en psychiatrie ?

/

19. Quelles améliorations aimeriez-vous apporter concernant la conciliation du respect de la liberté d'aller et venir du patient et de la sécurité publique ? (suivant la réponse, demander les améliorations potentielles des procédures de soins contraints ou des contrôles)

L'amélioration, je pense, passe par plus de personnel d'encadrement, plus de moyens pour l'hôpital. Mais la tendance est quand même à la réduction de la partie enfermement.

Annexe 27 : Entretien Madame Violaine FAURE, réalisé en juin 2021

1. En quoi consiste votre métier ? Dans quelle(s) mesure(s) intervenez-vous dans le domaine de la psychiatrie ?

Je suis directrice de la clinique de santé mentale de Mauron les Bains. Depuis début 2015, c'est une clinique d'hospitalisation libre qui accueille 80 patients avec, comme pathologie principale, plutôt la dépression.

2. Quels sont les droits du patient en psychiatrie ? (préciser à l'oral qu'il faut une réponse plutôt synthétique)

Bien qu'on soit en hospitalisation libre dans notre établissement, la notion de liberté d'aller et venir se pose notamment dans tout ce qui est permission de sortie ; elles sont accordées par les médecins en fonction de l'état de santé du patient. Bien entendu on freine un peu sa liberté d'aller et venir pour le bien du patient, par rapport à son état de santé. Il y a également le droit de s'exprimer via les commissions des usagers notamment, ou les questionnaires de satisfaction.

3. Qu'évoque, pour vous, la notion de "liberté d'aller et venir", et plus particulièrement en psychiatrie ? Et, en complément, qu'évoque pour vous la notion de "sécurité publique", notamment dans le domaine de la psychiatrie ?

La liberté d'aller et venir, c'est de pouvoir se déplacer, en tenant compte des contraintes juridiques, réglementaires et sociétales et puis les contraintes particulières liées à la psychiatrie. Nous sommes en hospitalisation libre, donc le patient vient chez nous parce qu'il l'a décidé. Au niveau de la psychiatrie, il y a certaines pathologies où le patient se met en danger ou met en danger autrui. On ne peut pas laisser le patient en crise ; on est contraint dans certains cas de faire parfois des transferts et d'envoyer des patients en hospitalisation sous contrainte.

La sécurité publique c'est garantir la sécurité de tous, en tout cas du plus grand nombre. En psychiatrie, il peut y avoir des doutes, notamment pour les psychiatres par rapport à certaines pathologies, certains patients.

4. Êtes-vous régulièrement confronté à ces notions dans l'exercice de vos fonctions ? Si oui, sous quelle(s) forme(s) ?

Enormément et particulièrement depuis 1 an avec le Covid. On propose au patient une prise en charge médicamenteuse et une prise en charge par le psychiatre. On travaille également de plus en plus avec des techniques non médicamenteuses ; ils ont un véritable parcours de soin avec le patient, avec une réunion d'accueil, une réunion de sortie. Pendant tout leur séjour ils vont faire de la médiation de pleine conscience, il vont avoir de la relaxation, du sport, de l'hypnose, de la béléno, de l'aromathérapie ; tout un tas d'activités dont ils doivent se saisir pour aller mieux et diminuer les traitements, activités qui peuvent continuer après leur sortie et qui sont très importantes.

5. Pour vous, quelles sont les limites de la liberté d'aller et venir du patient en psychiatrie ? Ces limites sont-elles justifiées et, si oui, pourquoi ?

Les limites se constituent à partir du moment où le patient se met en danger ou met en danger les autres, que ce soit la société ou le personnel soignant, les salariés. Le personnel soignant est toujours plein d'empathie, mais ils ne sont pas là non plus pour se faire taper dessus ou se faire injurier. Il y a un cadre à poser. Avant, sur mon établissement il y avait des chambres d'isolement, qui sont pourtant interdites en établissement ne dispensant pas de soins sous contrainte. On ne peut avoir que des chambres d'apaisement, qui sont des chambres ouvertes, contrairement aux chambres d'isolement.

6. Selon vous, la sécurité publique est-elle suffisamment garantie par les procédures actuelles de soins contraints ?

On leur demande de ne pas fumer dans la chambre ; pour certain c'est très difficile. Il y a un cadre précis concernant les visites. On a pas mal de patients qui sont dépressifs qui se sont mis à développer une addiction à l'alcool. Ce n'est pas parce que vous entrez dans la clinique que d'un coup vous n'avez plus envie de boire.

7. Y a-t-il des pratiques ou des procédures de soin qui vous paraissent trop restrictives de la liberté d'aller et venir du patient ? Si oui, lesquelles et en quoi vous paraissent-elles inappropriées ?

On va interdire des permissions à une personne parce que le médecin va penser que l'entourage peut lui être néfaste ; je pense que c'est la mesure la plus poussée de notre établissement.

8. Que pensez-vous des mesures d'isolement et de contention ? (enjeux et difficultés) Vous font-elles réagir sur le plan du respect des libertés du patient et principalement de sa liberté d'aller et venir ? Qu'avez-vous à dire sur le contrôle de ces mesures ?

Spontanément, pour moi la contention c'est quelque chose de dure ; se dire qu'on attache quelqu'un, ce n'est pas anodin. Mais les psychiatres disent que la contention apaise parfois le patient au bout d'un moment.

9. Quelle est votre appréciation de la procédure de contrôle du respect de la liberté d'aller et venir du patient par le JLD ? Selon vous, est-elle justifiée dans le cadre de soins psychiatriques ? Suffisante ? Légitime ? Correctement appliquée ?

Je n'ai pas d'avis réel sur la question. J'ai parfois entendu des familles qui trouvaient que le juge levait un peu trop rapidement la restriction de liberté, l'hospitalisation sous contrainte. Mais je ne peux pas tellement m'exprimer davantage sur le sujet puisque je suis peu concernée.

10. Connaissez-vous d'autres formes de contrôles du respect de la liberté d'aller et venir du patient ?

commission des usagers, visite de l'ARS

11. Considérez-vous que ces contrôles soient efficaces pour préserver les libertés et droits du patient ? Pour le fonctionnement de l'établissement ? Sur quel(s) point(s) ?

Oui et puis, nous on est en hospitalisation libre donc, si un patient ne veut vraiment pas rester alors que le patient pense que c'est bénéfique pour lui, il n'a qu'à signer une décharge pour s'en aller. Si le patient n'a pas envie de rester dans le cadre de l'hospitalisation libre, il est libre de partir.

12. Vous arrive-t-il d'éprouver des difficultés à remplir votre rôle ? (points de relance : contrainte éthique, légale, de terrain, etc.) Si oui, dans quelles situations ? Quelles solutions pourriez-vous imaginer ?

Oui, ça peut être compliqué parfois. Par exemple, dans le cadre du Covid, les patients étaient tous en chambre. On a beaucoup de choses qui sont fait en salle, comme les séances de relaxation qui sont fait à 5-6 dans une salle commune. Les séances de sport se font ainsi également. La psychologue faisait des ateliers photo-langage, groupe de parole, des séances d'improvisation ; tout cela a du être retravaillé de façon individuelle. On avait le même nombre de personnel ou pratiquement, donc forcément en termes de prise en charge, ça a été très compliqué.

13. En pratique, vous arrive-t-il de vous sentir mal à l'aise face aux demandes de liberté des patients, tout en sachant qu'une liberté totale est impossible ? Si oui, comment réagissez-vous ? Quels sont les "conseils" que vous leur donnez alors ?

Sur la procédure de transfert d'un patient en hospitalisation sous contrainte à la demande du directeur d'établissement), on a une procédure avec tous les papiers à remplir. Les médecins n'aiment pas trop ça évidemment. Il faut le faire parfois mais c'est un petit peu lourd. On explique au patient qu'il va partir en hospitalisation sous contrainte, qu'il va changer d'établissement. Quand on a un patient qui est agressif, c'est plutôt compliqué. Autrement en interne, c'est globalement bien géré puisqu'on a une équipe qui s'entend plutôt bien et qui travaille collectivement. Dans ce genre de situation, il y a toujours plusieurs soignants pour le patient concerné, pour des questions de sécurité mais aussi de soutien entre professionnels. On a aussi de bons rapports avec la gendarmerie. Globalement, ça s'est toujours bien passé. J'ai juste le souvenir d'une personne qui avait été extrêmement agressive ; il avait fallu que les soignants se mettent à plusieurs, avec le médecin, pour contenir la patiente et essayer de la calmer. C'est vrai que c'est un passage qu'on n'aime pas bien mais c'est parfois nécessaire. Sur le plan éthique, j'avais un soignant qui, récemment, m'a fait part de ses réserves vis à vis du caractère obligatoire de la présence du patient aux médiations qui sont prévues pour lui ; personnellement je trouve que c'est impératif, dans la mesure où c'est inscrit dans le parcours de soin signé par le patient, alors que ce soignant trouvait que c'était trop infantilisant de décider pour le patient ce à quoi il devait venir ou pas.

14. Quel effet pensez-vous que le contrôle du JLD a sur le patient ?

/

15. Pensez-vous qu'il faille, dans certains cas, limiter davantage la liberté d'aller et venir du patient ? (faits divers commis par des malades psychiatriques)

On est un établissement, certes privé, mais on n'a pas de souci de taux d'occupation. Ça se gère plutôt bien ; on n'a pas de lit vide. Mais effectivement il y a cet aspect qui rentre effectivement en ligne de compte puisque financièrement on n'a pas les mêmes moyens que le public, avec une différence qui est très importante. Les établissements privés travaillent donc plus sur une prise en charge d'hôtellerie qu'ils font payer au patient et qui permet de se rémunérer un peu plus par rapport aux aides que l'on reçoit. Je suis sur un établissement où je n'ai pas de souci de remplissage mais c'est vrai que c'est une question à laquelle on fait très attention. En psychiatrie il va y avoir une réforme du financement, avec plusieurs éléments qui rentrent en ligne de compte. Nous on a un tarif à la journée ; il est question que ce tarif soit dégressif quand on dépasse un certain laps de temps d'hospitalisation ; plus le patient restera moins son séjour sera financé. L'idée est de favoriser l'ambulatoire et de diminuer les séjours d'hospitalisation complète, qui sont quand même onéreux pour la sécurité sociale. Cela dit, le public s'y met également avec le principe de la T2A. Les hôpitaux se sont mis à faire également plus attention à toute cette partie de gestion.

16. En sachant le caractère parfois traumatisant de certains soins, qu'est-ce qui vous paraît le plus important ; garantir la sécurité publique ou les droits des patients en psychiatrie ?

La sécurité publique est l'affaire de tous et surtout du plus grand nombre. Après, je pense qu'on peut la garantir tout en assurant une prise en charge proportionnelle et adaptée au patient concerné.

17. Concernant les mesures d'isolement et de contention, quelles améliorations suggèreriez-vous concernant leur procédure et/ou leur contrôle ?

/

18. Globalement, quelles critiques feriez-vous vis-à-vis de la législation en vigueur concernant la notion de liberté d'aller et venir du patient en psychiatrie ?

Je n'en ai pas spécialement. En ce qui concerne notre type d'hospitalisation libre en tout cas...

19. Quelles améliorations aimeriez-vous apporter concernant la conciliation du respect de la liberté d'aller et venir du patient et de la sécurité publique ? (suivant la réponse, demander les améliorations potentielles des procédures de soins contraints ou des contrôles)

/

Annexe 28 : entretien Madame Karine BERARD, réalisé en avril 2021

1. En quoi consiste votre métier ? Dans quelle(s) mesure(s) intervenez-vous dans le domaine de la psychiatrie ?

Je suis directrice d'un hôpital de jour, PsyPro Lyon, spécialisé dans la prise en charge des psychopathologies du travail. Et j'étais anciennement directrice juridique de l'hôpital psychiatrique de Bourgoin-Jallieu ; l'établissement de santé mental Porte de l'Isère.

2. Quels sont les droits du patient en psychiatrie ? (préciser à l'oral qu'il faut une réponse plutôt synthétique)

liberté d'aller et venir, liberté d'information, qui passe souvent à la trappe à mon sens, liberté de communication

3. Qu'évoque, pour vous, la notion de "liberté d'aller et venir", et plus particulièrement en psychiatrie ? Et, en complément, qu'évoque pour vous la notion de "sécurité publique", notamment dans le domaine de la psychiatrie ?

La liberté d'aller et venir est attachée à la démocratie ; un citoyen est libre, peut circuler librement sur le territoire, et ne peut pas être arrêté et détenu sans motif légitime. La privation de cette liberté doit rester l'exception décidée par des instances légalement reconnues. Or, en psychiatrie cette liberté d'aller et venir, on a tendance à oublier, sous couvert du soin, que les patients sont des citoyens. D'où des mesures de contrôle très poussées.

En France, on a un régime des soins sans consentement qui est particulier par rapport au reste de l'Europe ; on fait intervenir le Préfet. Dans la plupart des pays, il n'y a que l'instance judiciaire qui entre en jeu, et non pas l'exécutif. Le préfet représente l'État et donc l'exécutif d'une certaine manière. Risque d'abus de pouvoir ? Évidemment, en psychiatrie on a des gens fragiles, influençables. Mais cela ne justifie pas de maintenir des gens en soins contraints sans raison clairement valables. Évidemment la sécurité publique est primordiale, pour nous protéger, mais je trouve que ce genre de dérive de maintenir des gens en hospitalisation sous contrainte est relativement fréquente, sur cet argument de la sécurité publique.

4. Êtes-vous régulièrement confronté à ces notions dans l'exercice de vos fonctions ? Si oui, sous quelle(s) forme(s) ?

Oui, beaucoup à l'hôpital psychiatrique notamment quand on avait des patients qui s'en allaient. D'ailleurs, j'ai déjà entendu des médecins dire que c'était plutôt sain qu'un patient claque la porte et s'en aille, parce qu'ils ont une certaine lucidité sur leur situation. On parlait de problème des ""fugues"" ; termes très infantilissants.

5. Pour vous, quelles sont les limites de la liberté d'aller et venir du patient en psychiatrie ? Ces limites sont-elles justifiées et, si oui, pourquoi ?

On parle souvent de "soins contraints" et ce n'est pas le bon terme : il s'agit de "soins sans consentement". Il y a la possibilité de faire des programmes de soin dans lesquels la contrainte

est interdite. J'ai vu des dérives avec des gens qui étaient en isolement et contention parfois, pendant des semaines voir des mois sans qu'on se pose trop la question de savoir quand on allait les sortir.

6. Selon vous, la sécurité publique est-elle suffisamment garantie par les procédures actuelles de soins contraints ?

Bien souvent, c'est l'isolement et la contention. Ce qui manque souvent ce sont les explications médicales autour de ces gestes. Parfois, le patient est trop délirant pour qu'on puisse lui faire comprendre. Mais les soignants ont souvent tendance à généraliser cet état de fait et surtout à oublier qu'après la crise le patient peut avoir besoin d'explication s'il est apte à les recevoir.

7. Y a-t-il des pratiques ou des procédures de soin qui vous paraissent trop restrictives de la liberté d'aller et venir du patient ? Si oui, lesquelles et en quoi vous paraissent-elles inappropriées ?

Toute mesure doit être justifiée sur une durée déterminée et proportionnée à son état de santé. Si la loi est bien respectée et si les soins sont bien réalisés, globalement, ça me paraît justifié d'obliger quelqu'un à se soigner surtout s'il est dangereux pour lui-même ou les autres.

8. Que pensez-vous des mesures d'isolement et de contention ? (enjeux et difficultés) Vous font-elles réagir sur le plan du respect des libertés du patient et principalement de sa liberté d'aller et venir ? Qu'avez-vous à dire sur le contrôle de ces mesures ?

Je suis favorable à ce contrôle, mais il intervient peut-être un peu trop tard ; 12 jours c'est long. 48h ou 72h seraient peut-être plus entendable juridiquement parlant. Il faudrait un contrôle plus rapide, comme dans le cas de la garde à vue.

9. Quelle est votre appréciation de la procédure de contrôle du respect de la liberté d'aller et venir du patient par le JLD ? Selon vous, est-elle justifiée dans le cadre de soins psychiatriques ? Suffisante ? Légitime ? Correctement appliquée ?

Les avocats ont plus tendance à vouloir libérer la personne, un peu comme si elle était en garde à vue, or les magistrats n'ont pas cette posture-là. Ils ont conscience qu'il y a des gens qui ont besoin de soin et que les remettre en liberté trop tôt c'est aussi prendre un risque pour la sécurité publique, pour certains.

10. Connaissez-vous d'autres formes de contrôles du respect de la liberté d'aller et venir du patient ?

commissions départementales des soins psychiatriques, CGLPL

11. Considérez-vous que ces contrôles soient efficaces pour préserver les libertés et droits du patient ? Pour le fonctionnement de l'établissement ? Sur quel(s) point(s) ?

La première année a été difficile mais je vois plus ça comme un problème de méconnaissance de la loi à l'origine et des problèmes de cultures ; la culture juridique est écrite et rigoureuse,

là où la culture médicale et psychiatrique est orale. La grosse difficulté reste le manque de psychiatres. Cela mettait vraiment à mal l'application convenable des procédures d'hospitalisation sous contrainte, contrôlée par le JLD.

12. Vous arrive-t-il d'éprouver des difficultés à remplir votre rôle ? (points de relance : contrainte éthique, légale, de terrain, etc.) Si oui, dans quelles situations ? Quelles solutions pourriez-vous imaginer ?

Le principal enjeu du Directeur d'établissement est d'arriver à concilier le soin, la liberté et la sécurité publique. Les textes sont bien faits, surtout depuis la loi de 2013 en complément de la loi de 2011. Ce qui pose question c'est leur application. La loi de 2011 seule était difficilement applicable parce qu'il y avait énormément de formalisme, mais celle de 2013 est venue l'adoucir, la compléter. Le système français fonctionne plutôt bien. Ce qui manque c'est des médecins en nombre pour faire un travail de qualité.

13. En pratique, vous arrive-t-il de vous sentir mal à l'aise face aux demandes de liberté des patients, tout en sachant qu'une liberté totale est impossible ? Si oui, comment réagissez-vous ? Quels sont les "conseils" que vous leur donnez alors ?

Oui ! C'est particulièrement compliqué les week-end ; le manque de lits était particulièrement important. On avait un système d'astreinte et bien souvent, là où c'était le plus compliqué c'était dans les cas où on avait besoin de chambres d'isolement et qu'on n'en avait pas assez, on improvisait une chambre d'isolement dans celle du patient - chose parfaitement illégale - ou bien les médecins faisaient sortir le "moins malade de tous" pour libérer une place pour le nouvel arrivant qui en avait besoin urgemment. C'est une des choses qui m'a le plus épuisée ; trouver une solution dans notre établissement ou se faire dépanner par un établissement voisin.

14. Quel effet pensez-vous que le contrôle du JLD a sur le patient ?

Globalement, l'effet est positif. Bien souvent, les patients nous rapportaient qu'ils se sentaient respectés. Pour les patients les plus paranoïaques, ils étaient ravis car ils se sentaient écoutés et ils satisfaisaient leur désir de procédure. Pour d'autres patients, le passage devant le JLD pouvait être très anxiogène ; pour eux ça voulait dire qu'ils avaient fait quelque chose de mal.

15. Pensez-vous qu'il faille, dans certains cas, limiter davantage la liberté d'aller et venir du patient ? (faits divers commis par des malades psychiatriques)

Le fait de remplir des tonnes et des tonnes de papiers me paraît fou. Dans mon petit établissement actuellement on délivre quasiment pas de médicament, mais on remplit des tonnes et des tonnes de paperasse pour un médicament qu'on délivre par semaine ; la même paperasse qu'on faisait en en délivrant quotidiennement alors qu'on n'a pas les mêmes moyens en interne.

16. En sachant le caractère parfois traumatisant de certains soins, qu'est-ce qui vous paraît le plus important ; garantir la sécurité publique ou les droits des patients en psychiatrie ?

Les deux ! Juste milieu...

17. Concernant les mesures d'isolement et de contention, quelles améliorations suggèreriez-vous concernant leur procédure et/ou leur contrôle ?

Il pourrait y avoir une amélioration concernant l'aménagement des chambres d'isolement. Le progrès devrait être plus humain que juridique de nos jours, puisque le juridique me semble déjà acquis.

18. Globalement, quelles critiques feriez-vous vis-à-vis de la législation en vigueur concernant la notion de liberté d'aller et venir du patient en psychiatrie ?

Il manquerait peut-être des contrôles plus larges, au-delà du soin sans consentement. C'est normalement le rôle du CGLPL de contrôler le reste ; les portables, l'état des lieux, etc. Mais ce contrôle n'est pas toujours fait ; le contrôle est souvent borné aux soins sans consentement.

19. Quelles améliorations aimeriez-vous apporter concernant la conciliation du respect de la liberté d'aller et venir du patient et de la sécurité publique ? (suivant la réponse, demander les améliorations potentielles des procédures de soins contraints ou des contrôles)

Comme la psychiatrie est sectorisée, si l'on a un préfet hyper sécuritaire, il sera plus difficile de faire sortir un patient que dans un autre département où le préfet est plus souple. Ce n'est trop personne-dépendante et donc trop variable suivant les départements. Aujourd'hui il y a des différences de traitement au niveau des territoires et je pense que c'est un axe d'amélioration sur lequel la loi devrait se pencher.

Annexe 29 : Entretien Dr CLAUDEL, réalisé en juin 2021

1. En quoi consiste votre métier ? Dans quelle(s) mesure(s) intervenez-vous dans le domaine de la psychiatrie ?

Je suis médecin psychiatre ayant exercé durant plusieurs années à l'hôpital public, dans différents services. Je suis également Expert près de la Cour d'Appel de Lyon et membre du CGLPL.

2. Quels sont les droits du patient en psychiatrie ? (préciser à l'oral qu'il faut une réponse plutôt synthétique)

Ce sont les mêmes que ceux de tout patient. La seule différence c'est la prise en charge.

3. Qu'évoque, pour vous, la notion de "liberté d'aller et venir", et plus particulièrement en psychiatrie ? Et, en complément, qu'évoque pour vous la notion de "sécurité publique", notamment dans le domaine de la psychiatrie ?

La liberté d'aller et venir c'est la liberté de se mouvoir, de circuler. En psychiatrie, ça consiste à contraindre la personne à se rendre à un rendez-vous de consultation. Il va éventuellement avoir à renouveler une prescription, à faire un entretien avec un infirmier, une consultation psychiatrique, et le psychiatre doit rendre compte de l'état de la personne par un certificat mensuel, attestant que l'état est stationnaire ou évolutif et que la contrainte de soin est toujours justifiée.

La sécurité publique c'est la sécurité de tous. En psychiatrie, ça passe par le respect du contrat de soin, par le suivi des soins par le patient, y compris en ambulatoire. Si ce n'est pas le cas, il retourne à l'hôpital.

4. Êtes-vous régulièrement confronté à ces notions dans l'exercice de vos fonctions ? Si oui, sous quelle(s) forme(s) ?

Oui bien sûr, je l'étais lorsque j'étais hospitalier. Surtout en tant que psychiatre ; les patients hospitalisés sous contraintes demandent forcément à sortir, à avoir des permissions. Le rôle du psychiatre est de le refuser quand c'est nécessaire.

5. Pour vous, quelles sont les limites de la liberté d'aller et venir du patient en psychiatrie ? Ces limites sont-elles justifiées et, si oui, pourquoi ?

Il y a des contre-indications à assister à l'audience pour certains patients, mais cela se produit seulement si la personne est très délirante, très agitée ou potentiellement agressive, instable.

6. Selon vous, la sécurité publique est-elle suffisamment garantie par les procédures actuelles de soins contraints ?

En gros, ce sont des gens qui ne veulent pas se soigner. Il ne supporte pas le simple fait de prendre un traitement. Il y a des gens qui font des formes aiguës et qui guérissent en trois jours.

7. Y a-t-il des pratiques ou des procédures de soin qui vous paraissent trop restrictives de la liberté d'aller et venir du patient ? Si oui, lesquelles et en quoi vous paraissent-elles inappropriées ?

Évidemment, on peut penser à l'isolement et la contention. Mais ce sont des mesures de soin avant tout, il ne faut pas l'oublier. La plupart du temps, quand le patient retrouve ses esprits, il a conscience du bienfait de ces traitements.

8. Que pensez-vous des mesures d'isolement et de contention ? (enjeux et difficultés) Vous font-elles réagir sur le plan du respect des libertés du patient et principalement de sa liberté d'aller et venir ? Qu'avez-vous à dire sur le contrôle de ces mesures ?

Abus de l'isolement ; recours pour des questions de manque de personnel ? Personnellement non, je n'ai pas vu ce type d'abus mais effectivement, j'imagine que la féminisation importante de la profession infirmière notamment il y a quelques années, a fait qu'indubitablement la capacité de contenance des équipes de soin a été diminuée. Donc c'est possible...

Concernant la contention, physique ou chimique, la principale difficulté est de la réaliser correctement. Parfois, il arrive qu'on utilise une chambre classique avec tous les risques que cela comporte.

Le vrai problème ce n'est pas le recours à l'isolement et à la contention, mais les moyens mis à disposition pour que ça se passe bien.

9. Quelle est votre appréciation de la procédure de contrôle du respect de la liberté d'aller et venir du patient par le JLD ? Selon vous, est-elle justifiée dans le cadre de soins psychiatriques ? Suffisante ? Légitime ? Correctement appliquée ?

Il y a une certaine confusion pour les patients parce qu'ils s'attendent à ce que le juge se prononce pratiquement sur l'indication de l'hospitalisation. Le juge n'est pas là pour ça ; il est là pour voir si la forme est là, si tout est respecté dans le droit. S'il donne un avis médical il est en dehors de son rôle. Alors, ça s'est vu au début de la mise en place de la loi.

10. Connaissez-vous d'autres formes de contrôles du respect de la liberté d'aller et venir du patient ?

CGLPL et CDSP

11. Considérez-vous que ces contrôles soient efficaces pour préserver les libertés et droits du patient ? Pour le fonctionnement de l'établissement ? Sur quel(s) point(s) ?

Oui je pense, d'ailleurs il y a une évolution. Les hospitalisations sont plus courtes désormais ; est-ce qu'on ne peut pas considérer qu'avant la loi et le contrôle par le JLD, les hospitalisations sous contraintes étaient plus abusives ? Moi je ne pense pas. Je ne vois pas vraiment de différence, si ce n'est une rigueur plus importante dans la tenue des dossiers. Moi j'ai pratiqué

la loi de 1990 puis la loi de 2011, je n'ai pas remarqué de changement dans le nombre d'hospitalisations et leur durée fondamentalement.

12. Vous arrive-t-il d'éprouver des difficultés à remplir votre rôle ? (points de relance : contrainte éthique, légale, de terrain, etc.) Si oui, dans quelles situations ? Quelles solutions pourriez-vous imaginer ?

Non, parce qu'on va toujours tenir compte du point de vue du patient dans la mesure où l'on voit comment il évolue. Donc, même s'il ne l'exprime pas directement, c'est en fonction de son évolution. Après, il y a des situations exceptionnelles, avec des patients très déstructurés ou qui ont commis des actes médico-légaux particuliers ; forcément tout le monde va être un petit peu frileux sur la levée de l'hospitalisation. Il faut vraiment qu'on ait des garanties importantes pour la suite. Mais le programme de soin peut durer parfois plusieurs années.

13. En pratique, vous arrive-t-il de vous sentir mal à l'aise face aux demandes de liberté des patients, tout en sachant qu'une liberté totale est impossible ? Si oui, comment réagissez-vous ? Quels sont les "conseils" que vous leur donnez alors ?

Non puisque, si le patient peut sortir on le fera, sinon c'est que sa sortie ne lui serait pas bénéfique. Il y a un turn over aujourd'hui qui est beaucoup plus important qu'avant ; la majorité des séjours sont des séjours courts.

14. Quel effet pensez-vous que le contrôle du JLD a sur le patient ?

Les patients ne comprennent rien. Ils vont voir un avocat le matin qui leur dit qu'il va les représenter à l'audience, et puis après ils voient un juge ; ils se demandent un peu où ils sont. Je pense que pour le patient c'est assez perturbant.

15. Pensez-vous qu'il faille, dans certains cas, limiter davantage la liberté d'aller et venir du patient ? (faits divers commis par des malades psychiatriques)

/

16. En sachant le caractère parfois traumatisant de certains soins, qu'est-ce qui vous paraît le plus important ; garantir la sécurité publique ou les droits des patients en psychiatrie ?

Il faut trouver un compromis entre les deux ; choisir est impossible. De toute façon c'est pour le bien du malade, avant tout.

17. Concernant les mesures d'isolement et de contention, quelles améliorations suggèreriez-vous concernant leur procédure et/ou leur contrôle ?

On pourrait peut-être améliorer certaines chambres d'isolement, faire plus attention à leur bonne tenue.

18. Globalement, quelles critiques feriez-vous vis-à-vis de la législation en vigueur concernant la notion de liberté d'aller et venir du patient en psychiatrie ?

Pas de critique à faire. Les mentalités ont beaucoup évoluées sur 15 ans. Il y a des suicides mais aussi des morts subites comme des troubles du rythme cardiaque qui peuvent être favorisés par des médicaments. Parfois effectivement il y a des suicides mais ce n'est pas que ça ; c'est pour cela qu'il y a une autopsie systématique à chaque décès en établissement psychiatrique.

19. Quelles améliorations aimeriez-vous apporter concernant la conciliation du respect de la liberté d'aller et venir du patient et de la sécurité publique ? (suivant la réponse, demander les améliorations potentielles des procédures de soins contraints ou des contrôles)

Globalement, je trouve que les contrôles sont suffisants, que ce soit pendant l'hospitalisation ou en cas de problème, comme je viens de le dire.

Annexe 30 : Entretien Dr LAMOTHE, réalisé en avril 2021

1. En quoi consiste votre métier ? Dans quelle(s) mesure(s) intervenez-vous dans le domaine de la psychiatrie ?

Je suis psychiatre. J'ai beaucoup travaillé en tant que psychiatre des prisons sur Lyon. Et je suis également Expert près la Cour d'Appel de Lyon.

2. Quels sont les droits du patient en psychiatrie ? (préciser à l'oral qu'il faut une réponse plutôt synthétique)

A priori on est en psychiatrie, beaucoup plus contraint que dans les autres secteurs parce qu'il y a un trouble du comportement qui affecte la manière de se comporter dans les déplacements, donc d'aller et venir dans l'espace ; agitation, anxiété, etc. Mêmes droits que tout patient mais les contraintes éthiques sont différentes. On peut très bien attacher quelqu'un qui est en réanimation sans aucun souci parce que c'est passager, mais en revanche, cela pose un problème éthique lorsqu'on aura à gérer des personnes atteintes d'Alzheimer ou des personnes qui ne sont pas sous le coup d'un traitement sous contrainte mais auxquels on va quand même appliquer sans état d'âme une restriction de la liberté d'aller et de venir. Il faut savoir que la contrainte n'est pas seulement imposée par le soin, elle l'est aussi par le protocole administratif. Le fait d'avoir instauré une décharge par exemple, pour désresponsabiliser le médecin si le patient décide de partir d'un service libre.

3. Qu'évoque, pour vous, la notion de "liberté d'aller et venir", et plus particulièrement en psychiatrie ? Et, en complément, qu'évoque pour vous la notion de "sécurité publique", notamment dans le domaine de la psychiatrie ?

La liberté d'aller et venir c'est la liberté de ne pas avoir un emploi du temps fixé et régit par d'autres, de ne pas respecter des contraintes de lieux associées à l'hospitalisation par exemple, mais cela peut aussi être associé au contrat de soin : le patient accepte de restreindre sa liberté d'aller et venir en participant aux activités proposées, en respectant les horaires, en l'échange du soin dont il a besoin. Dans le cadre d'une hospitalisation classique, le patient n'est pas pleinement libre non plus, simplement il est en principe conscient de ce qu'il vit, de sa maladie et accepte les soins qui lui sont prodigués, voir les choisit pleinement. Soit liberté d'aller et venir à l'intérieur du contrat thérapeutique soit liberté d'aller et venir hors du contrat thérapeutique.

La sécurité publique, soit on la menace de façon passive parce qu'on a un comportement qui peut faire en sorte qu'on se mette en danger soi-même ou qu'on mette en danger les autres de façon non délibérée, fortuite, aléatoire, circonstancielle – par exemple celui qui peut traverser une route sans regarder et qui n'a aucune notion du trafic – soit on la menace par un comportement volontairement agressif ou violent, dirigé contre une chose, une personne ou un groupe de personne.

Le maintien de la sécurité publique en psychiatrie passe par la prévention de l'aspect aléatoire d'une action et l'aspect délibéré d'un passage à l'acte qui peut être prédit plus facilement.

4. Êtes-vous régulièrement confronté à ces notions dans l'exercice de vos fonctions ? Si oui, sous quelle(s) forme(s) ?

A partir des années 70, la tradition va être de mettre les patients en prison et de les replacer en hôpital psychiatrique s'ils sont reconnus irresponsables, alors qu'avant c'était l'inverse ; on les mettait d'abord en hospitalisation d'office et si les médecins les déclaraient responsables de leurs actes alors on les mettait en prison après le jugement.

Deux écoles :

- il n'est pas question d'intervenir en force sur un patient emprisonné puisqu'en prison on ne doit travailler que dans le soin consenti.

- principe d'une intervention d'urgence, légitimé par l'urgence, c'est à dire sur le fondement de la non-assistance à personne en danger ; quelqu'un sui ne s'appartenait plus et qui pouvait donc être agressif, dangereux pour lui-même ou pour autrui, méritait de recevoir un soin immédiat exactement comme s'il était en état hémorragique

5. Pour vous, quelles sont les limites de la liberté d'aller et venir du patient en psychiatrie ? Ces limites sont-elles justifiées et, si oui, pourquoi ?

Dans l'imaginaire collectif, on ne peut pas utiliser comme but thérapeutique le fait de restreindre la liberté d'aller et venir. Or, il y a des patients qui sont excitables et excités. La maîtrise de l'excitation et l'auto-maîtrise de l'excitation doivent à tout prix être acquies. Le travail thérapeutique va constituer justement à « dresser » la maladie et ses conséquences. On nous dit que l'absence de moyen humain ne peut pas être un justificatif de la restriction aux déplacements du patient. Cela dit, quand on a une infirmière pour 20 malades et que l'un d'eux peut potentiellement passer à l'action, mieux vaut prévenir que guérir parce que l'absence de prévention nous sera aussi reproché.

6. Selon vous, la sécurité publique est-elle suffisamment garantie par les procédures actuelles de soins contraints ?

Très souvent, quand ça se passe bien le patient ne se rend même pas compte qu'on le contraint réellement. Il finit par comprendre qu'il a besoin de soin et il est souvent rassuré par la mesure. Il y a des patients qui vont ressentir comme extrêmement violent le fait qu'on leur confisque leurs cigarettes ; ça dépend du patient et de sa pathologie. Je crois que je n'ai jamais vu de gens qui attentaient à leurs jours parce qu'ils étaient injustement détenus ou contenu, ou ne jouissaient pas de leur liberté d'aller et de venir. Quand la méthode est abusive, ou considérée comme abusive, elle provoque plutôt des réactions de colère et de défense que des réactions de défaite ; le patient ne retourne pas sur lui l'impulsion violente.

7. Y a-t-il des pratiques ou des procédures de soin qui vous paraissent trop restrictives de la liberté d'aller et venir du patient ? Si oui, lesquelles et en quoi vous paraissent-elles inappropriées ?

Il a pu y en avoir des trop restrictives par le passé. Tous les patients n'ont pas la même capacité de révolte. Malheureusement, comme toujours, c'est souvent celui qui est le plus compliant qui va faire l'objet de la plus grande emprise, de la plus grande injustice. De nos jours, on ne peut pas maintenir quelqu'un dans une situation abusive sans que quelqu'un ne s'en rende

compte ; il y a des contrôles, différents intervenants, des lois et protocoles. On voit plus souvent des médecins condamnés pour n'avoir rien fait que des médecins condamnés pour internement abusif. Autre problème, beaucoup de patients disent que les neuroleptiques c'est la mort psychique ; ils n'en veulent pas. L'affaire Canarelli à Marseille était tout à fait exemplaire en la matière.

8. Que pensez-vous des mesures d'isolement et de contention ? (enjeux et difficultés) Vous font-elles réagir sur le plan du respect des libertés du patient et principalement de sa liberté d'aller et venir ? Qu'avez-vous à dire sur le contrôle de ces mesures ?

Le contrôle des mesures d'isolement et de contention est relativement bien fait. C'est une feuille de constante où l'on décrit les faits, l'état du patient, la conclusion de chaque visite ainsi que leurs horaires, etc.

9. Quelle est votre appréciation de la procédure de contrôle du respect de la liberté d'aller et venir du patient par le JLD ? Selon vous, est-elle justifiée dans le cadre de soins psychiatriques ? Suffisante ? Légitime ? Correctement appliquée ?

Ce contrôle par le JLD est justifié, légitime et suffisant. On pourrait complexifier davantage en demandant que le JLD se déplace, qu'il ait plus de contact avec le patient, mais à quoi ça servirait ? Le contrôle qui pourrait être amélioré c'est celui qui est fait par les collègues d'Experts, qui est parfois symbolique.

10. Connaissez-vous d'autres formes de contrôles du respect de la liberté d'aller et venir du patient ?

Oui, le consentement imposé. On peut faire un parallèle avec le mariage forcé : c'est la problématique de la relation d'emprise.

11. Considérez-vous que ces contrôles soient efficaces pour préserver les libertés et droits du patient ? Pour le fonctionnement de l'établissement ? Sur quel(s) point(s) ?

C'est impossible de garder quelqu'un qui est réellement en situation d'opposition. A quel moment est-ce qu'on est dans le passage à l'acte médical ? Il y a un passage à l'acte des médecins qui répond à celui du patient. Ce n'est pas quelque chose qui va se prolonger de manière très longue.

12. Vous arrive-t-il d'éprouver des difficultés à remplir votre rôle ? (points de relance : contrainte éthique, légale, de terrain, etc.) Si oui, dans quelles situations ? Quelles solutions pourriez-vous imaginer ?

Oui, c'est difficile bien sûr. On peut travailler de façon défensive en faisant des dossiers destinés à être saisis, mais quand on a été échaudé 2 ou 3 fois, on finit par forcer le trait et décrire les choses pour justifier la décision et non pas prendre une décision qui est justifiée par l'observation.

13. En pratique, vous arrive-t-il de vous sentir mal à l'aise face aux demandes de liberté des patients, tout en sachant qu'une liberté totale est impossible ? Si oui, comment réagissez-vous ? Quels sont les "conseils" que vous leur donnez alors ?

/

14. Quel effet pensez-vous que le contrôle du JLD a sur le patient ?

/

15. Pensez-vous qu'il faille, dans certains cas, limiter davantage la liberté d'aller et venir du patient ? (faits divers commis par des malades psychiatriques)

/

16. En sachant le caractère parfois traumatisant de certains soins, qu'est-ce qui vous paraît le plus important ; garantir la sécurité publique ou les droits des patients en psychiatrie ?

/

17. Concernant les mesures d'isolement et de contention, quelles améliorations suggèreriez-vous concernant leur procédure et/ou leur contrôle ?

/

18. Globalement, quelles critiques feriez-vous vis-à-vis de la législation en vigueur concernant la notion de liberté d'aller et venir du patient en psychiatrie ?

On a déjà l'arsenal juridique et thérapeutique. Les accidents ça arrive mais ils sont finalement peu fréquents par rapport au nombre de prises en charge. Il manque peut-être des unités d'intervention aptes à la maîtrise de corps, autre que la police qui est souvent non formée aux pathologies psychiatriques.

19. Quelles améliorations aimeriez-vous apporter concernant la conciliation du respect de la liberté d'aller et venir du patient et de la sécurité publique ? (suivant la réponse, demander les améliorations potentielles des procédures de soins contraints ou des contrôles)

Il n'y a rien à changer !

Loi Pradier + disposition de Janvier 2021 : parallèle avec les violences conjugales

C'est la logistique du 1er kilomètre.

Annexe 31 : Entretien Dr CANTERINO, réalisé en juin 2021

1. En quoi consiste votre métier ? Dans quelle(s) mesure(s) intervenez-vous dans le domaine de la psychiatrie ?

Je suis psychiatre. J'ai pratiqué moins de 5 ans à l'hôpital. Je suis aussi Expert psychiatre près de la Cour d'Appel de Lyon et j'intervient beaucoup en UHSA.

2. Quels sont les droits du patient en psychiatrie ? (préciser à l'oral qu'il faut une réponse plutôt synthétique)

Il y a d'abord les droits de tout patient ; être informé, faire l'objet de soins consciencieux conformes aux données actuelles de la science, etc. Après, en psychiatrie, il y a une exception constituée par le soin sous contrainte, en sachant que c'est une exception sans l'être ; il y a un soin sous contrainte qui existe dans la médecine somatique, qui est un soin de prévention que l'on appelle les vaccinations obligatoires.

3. Qu'évoque, pour vous, la notion de "liberté d'aller et venir", et plus particulièrement en psychiatrie ? Et, en complément, qu'évoque pour vous la notion de "sécurité publique", notamment dans le domaine de la psychiatrie ?

Ce qui fait la liberté d'aller et venir c'est de ne pas être malade. Si le fait d'aller et venir ça consiste à divaguer, ça n'a pas beaucoup d'intérêt. On a à faire à des malades qui, éventuellement, sont dangereux. L'hospitalisation à la demande d'un tiers c'est quelqu'un qui demande à ce que le patient se fasse soigner parce qu'il y a danger pour lui-même ou pour les autres.

La sécurité publique regroupe des mesures faites pour garantir la sécurité de la personne et celle des autres.

4. Êtes-vous régulièrement confronté à ces notions dans l'exercice de vos fonctions ? Si oui, sous quelle(s) forme(s) ?

Oui, bien sur. C'est quotidien mais c'est normal.

5. Pour vous, quelles sont les limites de la liberté d'aller et venir du patient en psychiatrie ? Ces limites sont-elles justifiées et, si oui, pourquoi ?

Il y a deux cas de figure. S'il est hospitalisé de son propre chef, il fait bien ce qu'il veut ; on est dans le droit commun. S'il est sous contrainte, c'est au médecin de voir ; parce que s'il y a un problème, c'est le médecin qui peut être tenu responsable. Le patient devient une espèce de mineur. Ce qu'il faut savoir c'est qu'il est entravé dans sa liberté comme un mineur le serait, pour le protéger de ses bêtises. Ce n'est donc pas vraiment qu'il est entravé dans sa liberté, c'est qu'on lui doit protection.

6. Selon vous, la sécurité publique est-elle suffisamment garantie par les procédures actuelles de soins contraints ?

La plupart des patients qui sont en hospitalisation sous contrainte, sont généralement des gens qui ne veulent pas se soigner. Le fait de prendre un traitement, ils ne le supportent pas : « je ne suis pas fou, pourquoi est-ce que vous me donnez des médicaments ». Ce n'est pas non plus un emprisonnement. On oblige les gens pour leur rendre service, pour se soigner. J'ai eu des patients qui venaient de détention et qui préféraient la détention. La détention leur permet de continuer à dire qu'ils ne sont pas fous. Franchement, si je suis en prison et qu'on me propose d'aller à l'hôpital psychiatrique, si je ne suis pas fou j'y vais volontiers. On y est mieux.

7. Y a-t-il des pratiques ou des procédures de soin qui vous paraissent trop restrictives de la liberté d'aller et venir du patient ? Si oui, lesquelles et en quoi vous paraissent-elles inappropriées ?

Bah non. Encore une fois, quand ils vont mieux en pratique on les lève les mesures. Les services sont débordés. J'ai déjà vu des mises à l'isolement par manque d'effectif de personnel. Ça peut exister mais là ce n'est pas la loi qui ne va pas, c'est la suffisance de travail ou d'effectif pour le permettre.

8. Que pensez-vous des mesures d'isolement et de contention ? (enjeux et difficultés) Vous font-elles réagir sur le plan du respect des libertés du patient et principalement de sa liberté d'aller et venir ? Qu'avez-vous à dire sur le contrôle de ces mesures ?

C'est mieux de faire un isolement et une contention plutôt que le patient mette le feu à la chambre d'isolement et qu'il se brûle au 3ème degré ; c'est un exemple que j'ai eu à expertiser. Comme disait le proverbe latin : « qui gardera les gardiens ». Ce n'est pas parce qu'une mesure est légitime qu'elle ne doit pas être contrôlée. Au contraire, ça renforce sa légitimité.

9. Quelle est votre appréciation de la procédure de contrôle du respect de la liberté d'aller et venir du patient par le JLD ? Selon vous, est-elle justifiée dans le cadre de soins psychiatriques ? Suffisante ? Légitime ? Correctement appliquée ?

Le contrôle des hospitalisations sous contrainte par le juge est absolument nécessaire parce que ça réintroduit le juridique dans une procédure d'exception par rapport aux droits de l'Homme. D'un point de vue pratique, ça reste complètement entre les mains du médecin puisque le JLD se fonde sur les certificats et les expertises psychiatriques. Ça permet aussi d'avoir plusieurs psychiatres et ça rassure tout le monde.

10. Connaissez-vous d'autres formes de contrôles du respect de la liberté d'aller et venir du patient ?

Il y a le défenseur des droits...et je n'en vois pas d'autre. Après, il y a la loi en général.

11. Considérez-vous que ces contrôles soient efficaces pour préserver les libertés et droits du patient ? Pour le fonctionnement de l'établissement ? Sur quel(s) point(s) ?

Tous ces contrôles sont-ils efficaces pour préserver les libertés et droits du patient ? Oui tout à fait. Ça n'entrave pas trop le fonctionnement de l'établissement ? Non, non. Quand je fais des

expertises, on voit bien que les certificats se sont des copier-coller ; les ordinateurs pour ça c'est super. De toute façon, il ne va pas changer de maladie entre le jour 1 et le jour 3, hein !

12. Vous arrive-t-il d'éprouver des difficultés à remplir votre rôle ? (points de relance : contrainte éthique, légale, de terrain, etc.) Si oui, dans quelles situations ? Quelles solutions pourriez-vous imaginer ?

Pas vraiment de réponse car j'ai peu d'expérience à l'hôpital. Mais on avait très peu de patients sous contraintes finalement. J'ai un avis sur les expertises : je refuse toutes les expertises. Il faut un délai de 1 à 3 jours le plus souvent ; moi je n'ai pas le temps.

13. En pratique, vous arrive-t-il de vous sentir mal à l'aise face aux demandes de liberté des patients, tout en sachant qu'une liberté totale est impossible ? Si oui, comment réagissez-vous ? Quels sont les "conseils" que vous leur donnez alors ?

Je leur dit que ce n'est pas possible parce qu'ils sont malades.

14. Quel effet pensez-vous que le contrôle du JLD a sur le patient ?

Ça permet au psychiatre de ne pas être dans un face-à-face, un bras de fer, avec le patient. Ça légitimise la décision d'hospitalisation par différents acteurs différents. Éventuellement ça peut rassurer le patient.

15. Pensez-vous qu'il faille, dans certains cas, limiter davantage la liberté d'aller et venir du patient ? (faits divers commis par des malades psychiatriques)

Le plus haut niveau de restriction c'est l'UMD ou l'UHSA. C'est bien les UMD mais le problème c'est qu'on a réduit de façon extravagante le nombre de lits. Aux urgences, jusqu'au début des années 1990, quand je voyais un patient arriver, je me disais « qu'est-ce qu'il peut bien avoir ? ». A la fin des années 1990, je me disais « qu'est-ce que je vais bien pouvoir en faire ? ». On a trop réduit et ça continue ! L'UMD a toujours existé ; quand j'étais interne on appelait ça les « services de force ». Il y en avait un par hôpital. Et il y a toujours eu des hôpitaux spécialisés dans ces services ; Sarreguemines en était un.

16. En sachant le caractère parfois traumatisant de certains soins, qu'est-ce qui vous paraît le plus important ; garantir la sécurité publique ou les droits des patients en psychiatrie ?

Il n'y a pas de choix à faire puisqu'on arrive très bien à concilier les deux non ?

17. Concernant les mesures d'isolement et de contention, quelles améliorations suggèreriez-vous concernant leur procédure et/ou leur contrôle ?

Il faudrait arrêter de fermer les services.

18. Globalement, quelles critiques feriez-vous vis-à-vis de la législation en vigueur concernant la notion de liberté d'aller et venir du patient en psychiatrie ?

Le problème, ce n'est pas la liberté d'aller et venir, c'est plutôt ce qui permet au patient d'avoir sa liberté d'aller et venir puisqu'il va se soigner et il va aller mieux.

19. Quelles améliorations aimeriez-vous apporter concernant la conciliation du respect de la liberté d'aller et venir du patient et de la sécurité publique ? (suivant la réponse, demander les améliorations potentielles des procédures de soins contraints ou des contrôles)

RAS !

Annexe 32 : Entretien Sophie DELANNE, réalisé en juin 2021

1. En quoi consiste votre métier ? Dans quelle(s) mesure(s) intervenez-vous dans le domaine de la psychiatrie ?

Je suis infirmière en service d'entrée à l'Hôpital du Vinatier.

2. Quels sont les droits du patient en psychiatrie ? (préciser à l'oral qu'il faut une réponse plutôt synthétique)

Liberté d'aller et venir en dehors du service de soin selon le cadre de soin établi par le médecin et selon le mode d'hospitalisation. Droit d'être en possession de ses affaires personnelles, doit de recevoir des visites, droit de téléphoner, droit de sortir de l'hôpital. Droit de voir le JLD selon le mode d'hospitalisation. Respect des convictions religieuses.

3. Qu'évoque, pour vous, la notion de "liberté d'aller et venir", et plus particulièrement en psychiatrie ? Et, en complément, qu'évoque pour vous la notion de "sécurité publique", notamment dans le domaine de la psychiatrie ?

Liberté d'aller et venir en psychiatrie : le droit de sortir de l'unité de soin autant qu'ils le veulent, ainsi que de sortir de l'hôpital.

Sécurité publique : le fait de garder la population en sécurité.

4. Êtes-vous régulièrement confronté à ces notions dans l'exercice de vos fonctions ? Si oui, sous quelle(s) forme(s) ?

Oui, tous les jours. L'unité dans laquelle j'exerce est une unité "ouverte", ce qui veut dire que la porte du service doit être ouverte afin que les patients puissent sortir dans le parc de l'hôpital comme ils le veulent. Or, elle est constamment fermée, sur décision médicale, de peur que certains patients qui n'ont pas le droit de sortir de l'unité (leur cadre de soin établi par le médecin ne leur permet pas) fuguent de l'hôpital. Ce sont alors les infirmiers et aide soignants qui ouvrent, ou non, la porte du service aux patients. Également, pour pouvoir sortir de l'hôpital et revenir quelques heures ou quelques jours après, les patients doivent avoir la permission du médecin. Tout cela dépendra de leur mode d'hospitalisation (Soins Libre (SL), Soins psychiatriques à la demande d'un tiers (SPDT) ou Soins psychiatriques à la demande d'un représentant de l'état (SPDRE)).

5. Pour vous, quelles sont les limites de la liberté d'aller et venir du patient en psychiatrie ? Ces limites sont-elles justifiées et, si oui, pourquoi ?

Le cadre des soins implique diverses choses, autorisées ou pas suivant le cas du patient concerné, notamment le droit de s'habiller, le droit de téléphoner, le droit d'être en possession de ses affaires personnelles, de recevoir des visites, de sortir dans le parc du Vinatier, d'avoir des permissions. Pour moi, ces limites sont la plupart du temps justifiées, encore une fois, tout dépend de l'état clinique du patient.

6. Parmi ces soins, quels sont ceux qui sont perçus par les patients comme les plus restrictifs de leur liberté d'aller et venir ? Tous ces soins sont-ils toujours bénéfiques pour le patient ?

Ils sont je pense tous perçus comme restrictifs car la plupart du temps les patients ne comprennent pas pourquoi ils ne peuvent pas avoir accès à les vêtements, à leurs affaires, au téléphone, aux visites, ou aux sorties. Ils se comparent aussi beaucoup entre eux et vivent cela comme une injustice. Ces soins sont pour moi tous bénéfiques aux patients, selon leur état clinique.

7. Y a-t-il des pratiques ou des procédures de soin qui vous paraissent trop restrictives de la liberté d'aller et venir du patient ? Si oui, lesquelles et en quoi vous paraissent-elles inappropriées ?

Oui, mais je pense à quelque chose de plus général. Comme je l'ai dit, nous sommes un service dit "ouvert". Or, en 4 ans d'exercice dans ce service, la porte n'a jamais été ouverte.

8. Que pensez-vous des mesures d'isolement et de contention ? (enjeux et difficultés) Vous font-elles réagir sur le plan du respect des libertés du patient et principalement de sa liberté d'aller et venir ? Qu'avez-vous à dire sur le contrôle de ces mesures ?

Tant que l'isolement, la contention ou son cadre de soin ne le permettra pas, le patient ne pourra en effet pas aller et venir. Cependant, encore une fois, en terme de clinique si le patient présente un danger pour lui-même ou pour les autres, cela me paraît justifié.

9. Quelle est votre appréciation de la procédure de contrôle du respect de la liberté d'aller et venir du patient par le JLD ? Selon vous, est-elle justifiée dans le cadre de soins psychiatriques ? Suffisante ? Légitime ? Correctement appliquée ?

Le JLD, selon moi est là pour faire valoir le fait qu'une hospitalisation sous contrainte ne soit pas abusive. Cela est donc pour moi tout à fait justifiée dans le cadre de soin en psychiatrie. Le souci régulièrement est que le patient ne comprend pas cela et voit l'audience comme quelque chose de punitif. Cela est également impressionnant pour eux (notamment lorsque c'est une première hospitalisation en psychiatrie) de rencontrer l'avocat et de se rendre à l'audience. Cette procédure est, je trouve, correctement appliquée.

10. Connaissez-vous d'autres formes de contrôles du respect de la liberté d'aller et venir du patient ?

/

11. Considérez-vous que ces contrôles soient efficaces pour préserver les libertés et droits du patient ? Pour le fonctionnement de l'établissement ? Sur quel(s) point(s) ?

Ces contrôles sont je trouve assez efficaces dans la mesure du possible, mais encore une fois, la liberté du patient d'aller et venir va avant tout dépendre de son état clinique et donc du cadre de soin établi par le psychiatre.

12. En tant que professionnel de la santé, est-ce difficile de concilier bonne prise en charge du patient et respect des contraintes réglementaires ? Selon vous, la loi est-elle trop/pas assez restrictive vis-à-vis des soins psychiatriques ? Si oui, dans quelle(s) mesure(s) ? Vous arrive-t-il d'éprouver des difficultés à remplir votre rôle ? (points de relance : contrainte éthique, légale, de terrain, etc.) Si oui, dans quelles situations ? Quelles solutions pourriez-vous imaginer ?

/

13. Vous arrive-t-il de vous sentir mal à l'aise face aux demandes de liberté des patients, tout en sachant qu'une liberté totale est impossible ? Si oui, comment réagissez-vous ?

Oui bien sûr, je m'imagine à leur place, je pense que pour eux, dans l'état psychique dans lequel ils sont, toutes ces restrictions doivent être expliquées à l'entendre. Il faut donc faire preuve de patience et expliquer aussi souvent que possible le cadre de soin et pourquoi ces restrictions sont mises en place.

14. Quel effet pensez-vous que le contrôle du JLD a sur le patient ?

La plupart du temps, cette mesure n'est pas comprise par les patients, ils pensent que le juge pourra les faire sortir d'hospitalisation à l'instant T, il sera alors "le bon objet" pour les patients. Par contre, lorsque nous leur disons à la suite de l'audience, que l'hospitalisation sous contrainte est maintenue, le JLD sera alors souvent le "mauvais objet" pour le patient. De plus, l'audience ayant lieu dans les 12 jours de l'hospitalisation, le patient est souvent encore dans la phase de la crise de sa pathologie et l'état psychique est tout à fait instable.

15. Pensez-vous qu'il faille, dans certains cas, limiter davantage la liberté d'aller et venir du patient ? (faits divers commis par des malades psychiatriques)

La plupart du temps, les patients en psychiatrie sont imprévisibles. De plus, la plupart reviennent très souvent à l'hôpital et donc, connaissent tout à fait les failles du système et savent quoi dire au psychiatre afin d'obtenir une ouverture de son cadre de soin, et donc de sortir de l'hôpital en permission.

16. En sachant le caractère parfois traumatisant de certains soins, qu'est-ce qui vous paraît le plus important ; garantir la sécurité publique ou les droits des patients en psychiatrie ?

Il faut évidemment trouver un juste milieu. Nous ne pouvons pas laisser sortir un patient s'il y a un critère trop important de dangerosité envers autrui. Mais nous ne pouvons pas non plus, lorsqu'un patient est contenu aux 4 membres et placé en Espace Dédié à l'isolement (EDI), ne pas tenir compte de ses droits, et nous devons au maximum respecter ce patient et tout faire afin que cette période soit la moins traumatisante possible.

17. Concernant les mesures d'isolement et de contention, quelles améliorations suggèreriez-vous concernant leur procédure et/ou leur contrôle ?

Je ne vois pas comment faire mieux que cela. Nous gardons TOUJOURS ces mesures en dernier recours.

18. Globalement, quelles critiques feriez-vous vis-à-vis de la législation en vigueur concernant la notion de liberté d'aller et venir du patient en psychiatrie ?

Le problème, ce n'est pas la liberté d'aller et venir, c'est plutôt ce qui permet au patient d'avoir sa liberté d'aller et venir puisqu'il va se soigner et il va aller mieux.

19. Quelles améliorations aimeriez-vous apporter concernant la conciliation du respect de la liberté d'aller et venir du patient et de la sécurité publique ? (suivant la réponse, demander les améliorations potentielles des procédures de soins contraints ou des contrôles)

/

Annexe 33 : Entretien Nurullah SAHIN, réalisé en juillet 2021

1. En quoi consiste votre métier ? Dans quelle(s) mesure(s) intervenez-vous dans le domaine de la psychiatrie ?

Je suis infirmière à l'Hôpital du Vinatier.

2. Quels sont les droits du patient en psychiatrie ? (préciser à l'oral qu'il faut une réponse plutôt synthétique)

Les droits sont les mêmes que pour tout citoyen sauf s'il est sous tutelle.

3. Qu'évoque, pour vous, la notion de "liberté d'aller et venir", et plus particulièrement en psychiatrie ? Et, en complément, qu'évoque pour vous la notion de "sécurité publique", notamment dans le domaine de la psychiatrie ?

La liberté d'aller et venir c'est le symbole d'une certaine indépendance, la possibilité de choisir.

La sécurité publique concerne les moyens mis en œuvre pour limiter les atteintes aux personnes.

4. Êtes-vous régulièrement confronté à ces notions dans l'exercice de vos fonctions ? Si oui, sous quelle(s) forme(s) ?

En tant qu'infirmier nous sommes exposés aux passages à l'acte hétéro-agressif. Lorsque ça arrive le patient est isolé, voire contenu.

5. Pour vous, quelles sont les limites de la liberté d'aller et venir du patient en psychiatrie ? Ces limites sont-elles justifiées et, si oui, pourquoi ?

Les limites d'aller et venir dans un lieu comme l'UMD seraient de ne pas être isolé, la structure étant déjà fermée. Cependant après un passage à l'acte hétéro-agressif, l'isolement est justifié. Il permet de signifier qu'une limite est franchie et que ce franchissement est dangereux. Le message est « nous devons vivre les uns avec les autres en sécurité ».

6. Parmi ces soins, quels sont ceux qui sont perçus par les patients comme les plus restrictif de leur liberté d'aller et venir ? Tous ces soins sont-ils toujours bénéfiques pour le patient ?

Les patients n'ont pas accès librement à leurs biens. C'est plus une mesure de sécurité qu'un soin. Cette restriction est systématique et devrait être plus personnalisée. De la même façon ils ne peuvent pas aller en chambre librement, ni en sortir sans l'ouverture des portes par un infirmier. Ces soins ne sont pas toujours bénéfiques, parfois ils génèrent de l'agressivité et de l'hostilité.

7. Y a-t-il des pratiques ou des procédures de soin qui vous paraissent trop restrictives de la liberté d'aller et venir du patient ? Si oui, lesquelles et en quoi vous paraissent-elles inappropriées ?

Les restrictions dont j'ai parlé à la question 6 me semblent infantilisantes et contre productives.

8. Que pensez-vous des mesures d'isolement et de contention ? (enjeux et difficultés) Vous font-elles réagir sur le plan du respect des libertés du patient et principalement de sa liberté d'aller et venir ? Qu'avez-vous à dire sur le contrôle de ces mesures ?

L'isolement et la contention sont des mesures de derniers recours. Elles représentent la limite des soins, c'est un aveu d'impuissance thérapeutique. Elles produisent sur le personnel de l'anxiété et une hostilité chez le patient qui peut nourrir un sentiment de « vengeance ». A titre personnel, je pense que c'est la plus grande atteinte aux libertés. Le contrôle de ces mesures est indispensable pour limiter les abus

9. Quelle est votre appréciation de la procédure de contrôle du respect de la liberté d'aller et venir du patient par le JLD ? Selon vous, est-elle justifiée dans le cadre de soins psychiatriques ? Suffisante ? Légitime ? Correctement appliquée ?

Le contrôle par le JLD est justifié et légitime. Il pousse le médical à la prudence en termes d'enfermement. La subjectivité étant au cœur des soins en psychiatrie, ce tiers est utile et représente un soutien à l'usager. Son application reste trop souple et mériterait une plus grande rigueur d'application.

10. Connaissez-vous d'autres formes de contrôles du respect de la liberté d'aller et venir du patient ?

Le tribunal d'instance et le procureur lorsqu'ils sont saisis sont aussi des « organes » de contrôle.

11. Considérez-vous que ces contrôles soient efficaces pour préserver les libertés et droits du patient ? Pour le fonctionnement de l'établissement ? Sur quel(s) point(s) ?

Ces mesures deviennent efficaces à mon avis dès lors que dans le même temps, le personnel est sensibilisé à ces questions des droits des patients et que les formations incitent les professionnels à les respecter.

12. En tant que professionnel de la santé, est-ce difficile de concilier bonne prise en charge du patient et respect des contraintes réglementaires ? Selon vous, la loi est-elle trop/pas assez restrictive vis-à-vis des soins psychiatriques ? Si oui, dans quelle(s) mesure(s) ? Vous arrive-t-il d'éprouver des difficultés à remplir votre rôle ? (points de relance : contrainte éthique, légale, de terrain, etc.) Si oui, dans quelles situations ? Quelles solutions pourriez-vous imaginer ?

Il est difficile de concilier ces deux dimensions (soin et contrôle). En effet, la pression du groupe domine le juridique et l'esprit grégaire n'aide pas au respect des libertés. Tant que le plus grand

nombre d'infirmier ne sont pas « convaincus » du bien-fondé du contrôle, ils sont tentés de le contourner. La loi n'est pas trop restrictive vis-à-vis des soins. Les restrictions de libertés sont à la frontière « soin/justice ». Les difficultés sont nombreuses pour remplir notre rôle car plus il y a de restrictions « pas toujours comprises » plus il y a de violence. Par exemple, le règlement intérieur qui interdit les échanges de biens entre patients et la gestion des cigarettes à leur place. Comme solution nous devrions mettre en priorité des soins personnalisés qui ne sont pas incompatibles avec les restrictions. Le but étant de limiter au maximum ces restrictions.

13. Vous arrive-t-il de vous sentir mal à l'aise face aux demandes de liberté des patients, tout en sachant qu'une liberté totale est impossible ? Si oui, comment réagissez-vous ?

Le malaise est présent face à des demandes d'appel téléphonique ou de cigarette supplémentaire qui nous donne un pouvoir sur le patient difficile à argumenter. Je propose des alternatives et des temps de médiations pour apaiser et supporter la frustration.

14. Quel effet pensez-vous que le contrôle du JLD a sur le patient ?

Souvent les patients nous rapportent qu'ils ne comprennent pas le rôle du JLD. Ils imaginent qu'il évalue leur état clinique. Il a du mal à cerner la dimension « administrative ».

15. Pensez-vous qu'il faille, dans certains cas, limiter davantage la liberté d'aller et venir du patient ? (faits divers commis par des malades psychiatriques)

Dans certains cas il est nécessaire de limiter les allers et venues pour les passages à l'acte médico-légaux. C'est souvent le cas des patients admis en UMD.

16. En sachant le caractère parfois traumatisant de certains soins, qu'est-ce qui vous paraît le plus important ; garantir la sécurité publique ou les droits des patients en psychiatrie ?

Sans hésitation garantir les droits des patients devrait être prioritaire. A long terme ce respect favorise les soins de qualités.

17. Concernant les mesures d'isolement et de contention, quelles améliorations suggèreriez-vous concernant leur procédure et/ou leur contrôle ?

L'isolement et la contention dépendent beaucoup du travail de lien en amont de l'agitation ou de la crise. Un personnel disponible et « souple » dans l'application des restrictions peut limiter ces mesures de derniers recours. Cela passe par la formation, l'information et le soutien médical et cadre.

18. Globalement, quelles critiques feriez-vous vis-à-vis de la législation en vigueur concernant la notion de liberté d'aller et venir du patient en psychiatrie ?

Je pense que la législation en vigueur ne va pas assez loin dans le contrôle des soins.

19. Quelles améliorations aimeriez-vous apporter concernant la conciliation du respect de la liberté d'aller et venir du patient et de la sécurité publique ? (suivant la réponse, demander les améliorations potentielles des procédures de soins contraints ou des contrôles)

Je verrai un dispositif de soin plus progressif, personnalisé et ouvert sur l'extérieur qui permettrait pour les patients en UMD d'avoir des visites dans les parcs des hôpitaux et des permissions chez des proches.

Annexe 34 : Entretien Infirmière du Vinatier souhaitant garder l'anonymat, réalisé en juin 2021

1. En quoi consiste votre métier ? Dans quelle(s) mesure(s) intervenez-vous dans le domaine de la psychiatrie ?

Je suis infirmière sur l'équipe mobile du pôle USIP-UMD (coordination et accompagnements pour les rdv somatiques, sociaux et judiciaires des patients du pôle).

2. Quels sont les droits du patient en psychiatrie ? (préciser à l'oral qu'il faut une réponse plutôt synthétique)

Tous les droits du patient sont conservés hormis la liberté de déplacement pour les patients hospitalisés sous contrainte (SPDT, SPDRE, SPPI, SPD) pour lesquels il faut des certificats médicaux et l'accord des préfets pour envisager des sorties. Voir un accompagnement à 1 ou plusieurs soignants.

3. Qu'évoque, pour vous, la notion de "liberté d'aller et venir", et plus particulièrement en psychiatrie ? Et, en complément, qu'évoque pour vous la notion de "sécurité publique", notamment dans le domaine de la psychiatrie ?

Liberté d'aller et venir peu présente pour les patients sous contrainte. Leurs sorties sont soumises à validation médicale et/ou préfectorale. La psychiatrie doit rester garante de la défense sociale sans pour autant dénigrer les droits des patients. Cependant, il me paraît difficile, sous couvert de la liberté individuelle, de mettre en danger la sécurité de la population avec des patients dont on connaît la dangerosité latente. Ceci est, toutefois, plus vrai pour les patients de notre pôle que pour les patients de service de secteur.

4. Êtes-vous régulièrement confronté à ces notions dans l'exercice de vos fonctions ? Si oui, sous quelle(s) forme(s) ?

Chaque accompagnement pour un rdv médical, judiciaire, social ou pour une sortie thérapeutique ou une permission (en service de secteur) doit faire l'objet d'un certificat médical de situation transmis au Préfet.

5. Pour vous, quelles sont les limites de la liberté d'aller et venir du patient en psychiatrie ? Ces limites sont-elles justifiées et, si oui, pourquoi ?

Je pense que les limites de liberté d'aller et venir sont nécessaires en psychiatrie du fait de la pathologie de nos patients. En effet, certains peuvent se mettre en danger (suicide ou désorientation temporo-spatiale) ou mettre en danger les autres, ce qui fait que le contrôle de leurs déplacements reste, à mon sens, nécessaire. Tant que l'état clinique le nécessite bien-sûr.

6. Parmi ces soins, quels sont ceux qui sont perçus par les patients comme les plus restrictif de leur liberté d'aller et venir ? Tous ces soins sont-ils toujours bénéfiques pour le patient ?

Les soins vécus comme étant les plus restrictifs par nos patients sont très certainement l'EDI (Espace Dédié à l'isolement) et la contention. Même si très régulièrement les patients peuvent être demandeurs de ces soins. Le but des soins en psychiatrie est toujours à visée bienveillante et dans un objectif thérapeutique même si le patient peut, sur l'instant, le vivre différemment.

7. Y a-t-il des pratiques ou des procédures de soin qui vous paraissent trop restrictives de la liberté d'aller et venir du patient ? Si oui, lesquelles et en quoi vous paraissent-elles inappropriées ?

Non.

8. Que pensez-vous des mesures d'isolement et de contention ? (enjeux et difficultés) Vous font-elles réagir sur le plan du respect des libertés du patient et principalement de sa liberté d'aller et venir ? Qu'avez-vous à dire sur le contrôle de ces mesures ?

Je pense que l'actualisation de la loi isolement et contention n'a pas été rédigée en collaboration avec des personnes de terrain. En effet, s'il est important de s'assurer du non-abus de l'isolement et de la contention comma ça a pu être le cas dans certains établissements, le fait de tendre vers la suspension de ces utilisations peut mettre en péril la qualité des prises en charge. D'une part, certains patients peuvent nous solliciter pour être isolés/contenus car ils se sentent débordés par leurs angoisses et leurs délires et, d'autre part, des patients très violents, en pleine crise clastique ou auto agressif nécessitent également la contention qui est, à ce moment-là, le seul moyen de les apaiser et de protéger les autres. Le fait de supprimer ce soin ou de le limiter grandement peut mettre en danger tant les patients que les soignants. Nous avons le sentiment qu'avec cette actualisation de la loi, le soin passe au second plan et que le contrôle des libertés, même s'il est important, empiète sur la clinique et la qualité du soin. Comme si le judiciaire prenait le pas sur le médical.

9. Quelle est votre appréciation de la procédure de contrôle du respect de la liberté d'aller et venir du patient par le JLD ? Selon vous, est-elle justifiée dans le cadre de soins psychiatriques ? Suffisante ? Légitime ? Correctement appliquée ?

Les procédures JLD sont correctement respectées dans notre établissement. Le fait qu'un juge puisse vérifier la bonne procédure des mises sous contraintes est essentiel. Cependant, la manière dont c'est fait me pose question. Le fait de présenter un patient devant un tribunal, avec son avocat, de lui demander son avis sur son hospitalisation ne fait que lui donner le faux espoir d'une main levée. Avec le temps ils finissent par comprendre le but du JLD, certains d'ailleurs, ne veulent plus s'y rendre car ils connaissent l'issue. Mais lors des premières présentations, beaucoup pensent qu'ils vont pouvoir sortir. Dans les rares cas où la main levée est prononcée suite à un vice de procédure, les médecins refont immédiatement des certificats de soins sans consentement. Dans tous les cas, le patient ne sortira pas, si l'hospitalisation est, évidemment, justifiée par son état de santé. A mon sens, une simple vérification des dossiers, sans convoquer le patient, serait suffisante et moins délétère pour les patients qui ont beaucoup de mal à comprendre les enjeux. Souvent, ils pensent que le Juge prolonge leur hospitalisation de 6 mois et se persécutent rapidement.

10. Connaissez-vous d'autres formes de contrôles du respect de la liberté d'aller et venir du patient ?

Non.

11. Considérez-vous que ces contrôles soient efficaces pour préserver les libertés et droits du patient ? Pour le fonctionnement de l'établissement ? Sur quel(s) point(s) ?

Contrôles efficaces pour les patients, cela évite certains abus de contention qui ont eu lieu dans certains établissements. En revanche, très contraignant pour le fonctionnement de l'établissement car nécessite beaucoup d'administratif, de traçabilité. Temps que l'on ne passe pas auprès du patient de fait.

12. En tant que professionnel de la santé, est-ce difficile de concilier bonne prise en charge du patient et respect des contraintes réglementaires ? Selon vous, la loi est-elle trop/pas assez restrictive vis-à-vis des soins psychiatriques ? Si oui, dans quelle(s) mesure(s) ? Vous arrive-t-il d'éprouver des difficultés à remplir votre rôle ? (points de relance : contrainte éthique, légale, de terrain, etc.) Si oui, dans quelles situations ? Quelles solutions pourriez-vous imaginer ?

Dans l'ensemble, les soins sont conciliables avec les contraintes réglementaires même si parfois l'aspect législatif peut peser sur le choix d'un soin. La loi me paraît trop restrictive concernant les isolements car lorsqu'un patient est agité et qu'il doit être isolé/contenu, un grand nombre de personnes (médecin, JLD etc) doit être concerté. Les différentes traçabilités inhérentes à certains soins prennent beaucoup de temps, empiétant sur le temps de soin pur.

13. Vous arrive-t-il de vous sentir mal à l'aise face aux demandes de liberté des patients, tout en sachant qu'une liberté totale est impossible ? Si oui, comment réagissez-vous ?

Non je ne suis jamais mal à l'aise face aux demandes de liberté des patients, même si je les comprends, car je sais que leur état psychiatrique est temporairement incompatible avec une sortie extérieure. Ils sont très envahis, en grande détresse et potentiellement dangereux. La privation de liberté est un moyen de les protéger d'eux-mêmes ainsi que la population. Cependant, lorsque leur état s'améliore, un retour à la liberté progressif peut s'envisager, avec des sorties thérapeutiques accompagnées ou des permissions dans d'autres unités.

14. Quel effet pensez-vous que le contrôle du JLD a sur le patient ?

Lui donner de faux espoirs. Le patient pense qu'il va pouvoir, à l'aide de son avocat, argumenter la main levée de son hospitalisation. Or, même en cas de levée suite à un vice de procédure, les médecins refont un certificat de placement sous contrainte.

15. Pensez-vous qu'il faille, dans certains cas, limiter davantage la liberté d'aller et venir du patient ? (faits divers commis par des malades psychiatriques)

Je pense que leur liberté d'aller et venir est suffisamment contrôlée.

16. En sachant le caractère parfois traumatisant de certains soins, qu'est-ce qui vous paraît le plus important ; garantir la sécurité publique ou les droits des patients en psychiatrie ?

Le plus important est de travailler l'adhésion au soin du patient, afin qu'il comprenne l'utilité de celui-ci... pour le soigner ET protéger la société.

17. Concernant les mesures d'isolement et de contention, quelles améliorations suggèreriez-vous concernant leur procédure et/ou leur contrôle ?

Je n'ai pour le moment pas assez de recul sur la nouvelle loi et son application tout juste arrivée en service pour la critiquer.

18. Globalement, quelles critiques feriez-vous vis-à-vis de la législation en vigueur concernant la notion de liberté d'aller et venir du patient en psychiatrie ?

Aucune critique particulière pour le moment. Il me paraît effectivement important que les allers et venues des patients soient signalées afin de le protéger et de protéger les autres.

19. Quelles améliorations aimeriez-vous apporter concernant la conciliation du respect de la liberté d'aller et venir du patient et de la sécurité publique ? (suivant la réponse, demander les améliorations potentielles des procédures de soins contraints ou des contrôles)

Concernant le JLD. Il faudrait effectivement une vérification de la tenue de la bonne procédure des hospitalisations sous contraintes mais cela pourrait se faire sans la présence du patient, seulement représenté par son avocat. Concernant l'isolement et la contention, cette nouvelle loi est très contraignante car elle mobilise un grand nombre de personne pour une prise en charge spécifique. L'intervention d'un JLD pour juger du bénéfice d'un iso/contention paraît peu opportun dans la mesure où il n'a pas les connaissances cliniques pour statuer de l'intérêt. De plus, la durée très limitée des 48h d'isolement ou 24h pour la contention entrave également la bonne prise en charge des patients. Beaucoup nécessitent un isolement plutôt long car ils sont en détresse de psychique et donc un danger pour eux-mêmes ou les autres. Et 48h n'est pas suffisant. La prolongation entraîne donc une forte complexité dans la prise en charge par des démarches fastidieuses. Il fallait bien sûr vérifier que les unités n'abusaient pas des isolements mais cette méthode paraît extrême.

Annexe 35 : Entretien Christian VAYSSE, réalisé en mai 2021

1. En quoi consiste votre métier ? Dans quelle(s) mesure(s) intervenez-vous dans le domaine de la psychiatrie ?

Je suis infirmier à l'UMD de l'hôpital du Vinatier, c'est-à-dire l'unité pour malades difficiles, qui accueille donc les cas les plus « graves » de pathologies psychiatriques.

2. Quels sont les droits du patient en psychiatrie ? (préciser à l'oral qu'il faut une réponse plutôt synthétique)

La particularité de l'UMD est d'accueillir des patients qui sont internés suite à un trouble à l'ordre public. C'est le maire, le commissaire de police qui en décide. Nos patients sont donc exclusivement en SPDRE ou en SPD, c'est-à-dire des patients détenus. On est habilité à recevoir des patients sous écrou. On en a trois actuellement sous écrou. Et d'une, il n'y a pas d'entrée direct par notre service – ils sont envoyés soit par l'administration pénitentiaire, via l'UHSA, soit par les services adresseurs – et de deux, ils ne sortent pas directement à l'issue de leur passage en UMD. Il y a une commission de suivi médical, la CSM, qui se réunit une fois par mois avec un médecin de l'Ars, et un collège d'Experts. Ils reçoivent le patient et décident ou non de son retour dans son service d'origine. Les patients confondent souvent le JLD et cette CSM. Pour eux, le juge est là pour juger et qu'il décide donc de leur sortie ou non. Or, ça n'est pas le cas du tout puisque le juge est juste là pour la procédure, pour savoir si la mesure n'est pas viciée. Souvent les patients vont plaider leur cause, parfois de manière particulièrement virulente. Soit ils ne comprennent pas du tout pourquoi ils sont là, soit ils ne comprennent pas vraiment le rôle du juge. Donc ça génère souvent de l'incompréhension, de la frustration et le cas échéant ça peut même être compliqué de le gérer à l'issue. Le médecin est tenu de faire un certificat avant audience, et parfois on fait une contre-indication à son passage devant le juge, soit parce qu'ils ne sont pas en état, soit parce qu'ils sont en chambre d'isolement. Quand on pressent que le patient ne supportera pas l'entrevue avec le JLD, on le dit au juge ou à la personne qui représente l'hôpital à l'audience et on demande de mettre en délibéré le jugement. Ça m'est arrivé deux fois d'avoir un patient qui s'énerve, s'agite pendant l'audience et c'est très compliqué à gérer.

3. Pour vous, quelles sont les limites de la liberté d'aller et venir du patient en psychiatrie ? Ces limites sont-elles justifiées et, si oui, pourquoi ?

Je pense que les limites de liberté d'aller et venir sont nécessaires en psychiatrie du fait de la pathologie de nos patients. En effet, certains peuvent se mettre en danger (suicide ou désorientation temporo-spatiale) ou mettre en danger les autres, ce qui fait que le contrôle de leurs déplacements reste, à mon sens, nécessaire. Tant que l'état clinique le nécessite bien-sûr.

4. Parmi ces soins, quels sont ceux qui sont perçus par les patients comme les plus restrictifs de leur liberté d'aller et venir ? Tous ces soins sont-ils toujours bénéfiques pour le patient ?

Les soins vécus comme étant les plus restrictifs par nos patients sont très certainement l'EDI (Espace Dédié à l'Isolement) et la contention. Même si très régulièrement les patients peuvent

être demandeurs de ces soins. Le but des soins en psychiatrie est toujours à visée bienveillante et dans un objectif thérapeutique même si le patient peut, sur l'instant, le vivre différemment.

5. Y a-t-il des pratiques ou des procédures de soin qui vous paraissent trop restrictives de la liberté d'aller et venir du patient ? Si oui, lesquelles et en quoi vous paraissent-elles inappropriées ?

Non.

6. Que pensez-vous des mesures d'isolement et de contention ? (enjeux et difficultés) Vous font-elles réagir sur le plan du respect des libertés du patient et principalement de sa liberté d'aller et venir ? Qu'avez-vous à dire sur le contrôle de ces mesures ?

L'UMD en elle-même est un outil de soin. L'organisation de l'UMD, la configuration, les locaux tels qu'ils sont pensés, créés, apporte une contenance pour le patient : beaucoup plus qu'un service de secteur classique qui est ouvert aux quatre vents, avec tout ce que cela peut impliquer d'allers et venues, et d'entrée de substances illégales, de mauvaises fréquentations, etc. Alors qu'en UMD, ça n'est pas le cas. Donc les patients difficiles qui passeraient leur temps en isolement dans un service classique, chez nous ça n'est pas le cas. On recourt proportionnellement moins à l'isolement et encore moins à la contention. Parce que les locaux sont déjà contenant en eux-mêmes. Ça nous arrive de contenir bien sûr, parce que certains patients peuvent être dans un état d'agitation motrice tellement violent, tellement délirant, que c'est nécessaire. Dans l'entonnoir de la psychiatrie, l'UMD est en bas : on récupère les cas les plus difficiles. Ils sont très désorganisés, hallucinés. Quand on n'arrive pas à les rassurer par les entretiens, on isole d'abord en chambre individuelle – soit en chambre individuelle classique qui sont transformables en chambre d'isolement en UMD, soit en chambre d'isolement en tant que tel, qui sont dédiées à cela. Parfois le patient se connaît et sent que ça ne va pas bien et demande, de lui-même, à aller en chambre d'isolement. Dans ce cas, on les accompagne jusqu'à leur chambre : ils ont besoin de se rassembler. Ça peut durer un demi-heure, trois quarts d'heure, une heure, ou beaucoup plus. Donc on a quand même moins recours à l'isolement et la contention que dans un service classique. Il y a des patients qui ont passé des mois voire des années en isolement dans des services classiques et qui seraient paradoxalement plus « libres » à l'UMD, que dans un service classique. Parfois, les patients sont tellement mal qu'il faut les accompagner manu militari. Parfois ils ne sont pas forcément très compliant. En 20 secondes, 10-12 personnes arrivent pour maîtriser le patient si besoin. J'ai un collègue qui s'est fait agresser par un patient, avec perte de connaissance. Un autre qui s'est fait retourner le pouce, il a une entorse. Moi-même, une de mes patientes s'est jetée sur moi pendant l'audience. Juste après la décision qui l'avait frustrée, elle a fait tomber sa feuille avec la décision alors je me suis baissée pour la ramasser et là, elle m'a griffé au visage, aux sangs !

Comme pour les prisons, on a les visites du CGLPL. Ils viennent sans prévenir. La dernière fois ils étaient trois, dont Adeline HAZAN. On doit répondre à leurs questions, ils surveillent tout, ils vérifient tout, et notamment les justifications des décisions médicales et notamment des isolements.

7. Qui décide des mesures d'isolement en UMD ?

Soit le psychiatre la décide, soit il la confirme quand nous, infirmier, nous prenons la décision de le faire. Mais, si on prend la décision de mettre un patient en isolement parce qu'il y a urgence, si c'est hors des horaires de présence du psychiatre du service, on doit faire appel à l'interne de garde qui doit entériner et valider la prescription de cette mesure. Il faut que ce soit validé par un médecin très rapidement. Après, c'est très protocolisé. On a une surveillance horaire, etc. Ça n'est pas anodin. C'est ce qui est compliqué entre les élus ou les magistrats et les soignants : ils voient la contention ou l'isolement comme quelque chose de coercitive, alors que ce n'est absolument pas le cas. Ça a été le cas, ça a existé hélas et ça doit exister encore, mais c'est un outil de soin très puissant. Le schizophrène a des angoisses de morcellement et il peut demander de lui-même à être contenu parce que ça lui permet de se rassembler. Dans ce cas, ils ne sont pas contenus très longtemps, 2-3 heures. Parfois on va utiliser une technique qui est liée : quand on accompagne le patient pour se coucher, parfois on va le border très serré. On le borde comme un enfant, mais très serré, comme une espèce de cocon qui permet de le rassurer, de « rassembler les morceaux ». On n'est pas là pour punir les gens : on est des soignants, donc ça n'est pas notre boulot.

8. Pour les mesures d'isolement en UMD, est-ce que vous prévenez les proches à la demande du patient, comme ça doit être le cas en unité classique ?

On ne prévient pas la famille. Lors du dossier d'admission et de préadmission, on note une personne de confiance. Mais c'est compliqué, car on a des patients qui ont des relations très pathogènes avec l'entourage. Les $\frac{3}{4}$ des familles de nos patients très fous sont des familles assez dysfonctionnelles. D'ailleurs, quand le patient va mieux et qu'il sort, nous on se dit qu'on va le renvoyer dans un milieu dont on sait qu'il est néfaste pour lui. Certains ont des familles vraiment atroces : on n'a presque du mal à les laisser partir sans cas de conscience. Un jour, un de nos patients a eu une visite d'un membre de sa famille, suite à cela il a fallu le mettre en chambre d'isolement pendant des jours parce qu'il était devenu complètement fou ! On ne prévient pas les familles d'office. Parfois elles nous appellent pour avoir des nouvelles mais c'est tout. D'ailleurs, en UMD, les visites sont très contrôlées : c'est maximum deux personnes, tous les quinze jours, pas plus. Avant d'être autorisé à avoir des visites, les patients doivent être vus par le psychiatre en entretien. Parfois, on a des patients qui préfèrent voir des amis que leurs familles. Ces amis sont parfois des anciens patients qu'ils ont rencontré à l'hôpital, parfois des personnes extérieures mais pas très claires... Donc on sécurise beaucoup qui peut entrer dans l'UMD. C'est comme les appels téléphoniques, c'est très réglementé chez nous. Ils ont droit à maximum deux appels par semaine, avec des numéros connus et validés. Il y a aussi les cas particuliers des patients qui sont sous écrou : là c'est le juge d'instruction qui donne les autorisations pour les visites et les communications. Ces patients-là, on ne peut rien leur autoriser sans que ce soit censuré par l'administration pénitentiaire. C'est un autre service qui passe par les greffes de la prison de l'UHSA ou de la prison de Corbas par exemple. Si le juge ne donne pas l'autorisation, on ne peut rien faire. Actuellement on a trois patients sous écrou.

9. En UMD, est-ce qu'il y a des patients qui sont en permanence en isolement ?

Chez nous, c'est l'exception. C'est arrivé avec certains patients. Mais encore une fois, l'UMD c'est un peu les soins palliatifs de la psychiatrie : c'est le maximum. Nos patients sont extrêmement malades et qui donc forcément présentent des troubles psychiatriques tellement importants que ça peut arriver qu'ils restent plusieurs semaines en isolement chez nous. Ils

vont se jeter sur les collègues dès qu'on va approcher la porte. C'est une violence inouïe. Mais c'est vraiment l'exception, parce que cliniquement ça se justifie. Ils sont vus en isolement tous les jours, en général plusieurs fois par jour par le médecin. Il y a une surveillance horaire par les infirmiers. Chaque chambre d'isolement a sa cour qui est donc sécurisée : donc ils peuvent fumer dehors. Il y a même une télévision possible sur prescription, si leur cas le permet. Certains sont tellement fous que la télévision leur parle, même éteinte. Donc c'est vraiment du cas par cas. Les isolements sur plusieurs semaines, c'est arrivé, mais c'est quand même rare étant donné le dispositif de l'UMD qui est, en lui-même, contenant.

10. Sur la contention, qu'est-ce qui est spécifique à l'UMD ? Comment est-elle vécue par les patients ?

Dans tous les lits, en chambre classique ou d'isolement, les lits sont fixés au sol, scellés. Les chambres sont prévues pour être sécurisées et sécurisables. On a des panneaux de commande à l'extérieur de la chambre, qui nous permettent par exemple d'allumer ou d'éteindre la chambre sans avoir à y entrer, d'ouvrir ou fermer les volets, etc. Dans les unités de soins classiques, il n'y a pas ce genre de dispositifs extérieurs. En UMD, toutes les chambres ont également trois entrées. Entre deux chambres, on a un petit couloir technique où on peut couper la chasse d'eau ou l'eau tout court, car on a des patients qui sont potomanes, c'est-à-dire qui se remplissent d'eau quand ils sont très mal. Donc on est obligé de réguler l'eau. Ça permet d'éviter une « embuscade » du patient sur la porte principale, par exemple. Après, chaque lit a des fixations pour qu'on puisse mettre les contentions en tissu réglable qui tiennent avec des sortes d'aimants qui ressemblent à des antivols. Le problème de ces contentions quand elles sont utilisées, c'est le risque de thromboses veineuses, d'embolie. Donc, quand on sait que la contention va durer un moment, il faut prescrire des anticoagulants. Nous, en formation, on avait essayé la contention. C'est sûr que c'est rude. C'est un outil de soin très efficace mais il faut bien l'utiliser car effectivement, ça peut vite tomber dans le coercitif et dans la maltraitance. Ce qui s'est passé au CPA à Bourg-en-Bresse, une de nos patientes est restée contenue des mois. Ça a été dénoncé par le CGLPL et en fait il y a un procès qui a eu lieu en milieu d'année. Elle ne le sait pas, mais elle a eu gain de cause et elle a touché 300 000 € de dommages et intérêts. Et il y a un procès au pénal qui va intervenir dans l'année qui arrive. L'hôpital a été condamné, le service a été fermé, et tout a été réorganisé parce qu'il y avait une espèce de dérive au niveau de la contention et de l'isolement. Mais là on tombe dans autre chose. Mais la contention reste un outil de soin, avec lequel il faut faire attention, en l'utilisant à bon escient. Sinon on peut vite déraper, tomber dans autre chose, etc.

Annexe 36 : Entretien Justine AUBRIOT, réalisé en juin 2021

1. En quoi consiste votre métier ? Dans quelle(s) mesure(s) intervenez-vous dans le domaine de la psychiatrie ?

Je suis juge des libertés et de la détention. Le JLD est le garant des Libertés publiques. Le JLD a des compétences nouvelles permanentes sur le plan pénal. Depuis la réforme sur les conditions indignes de détention, le JLD est le juge "fourre-tout" car c'est le juge des libertés. Les permissions de sortie émanent soit du préfet soit du directeur d'établissement. Le JLD n'a pas vocation à donner ce type de permission.

2. Quels sont les droits du patient en psychiatrie ? (préciser à l'oral qu'il faut une réponse plutôt synthétique)

Le patient en psychiatrie, au même titre que les autres patients, a :

- un droit d'accès à son dossier administratif (à ce qu'on dit de lui, à ce qu'en disent les médecins, etc.)

- le droit au respect de sa dignité

A ce titre, on a eu un temps la question de la comparution en pyjama à l'audience. Aujourd'hui, on n'a plus ou presque plus d'arrivée en pyjama. Il y a 4 ans, c'était banal de voir arriver un patient en pyjama à l'audience.

- son droit à la liberté d'aller et venir est limité, ainsi que son droit à entretenir des relations sociales et familiales. Mais cela fait partie de la thérapie ; souvent l'environnement familiale ou social est la source ou l'origine du délire.

3. Qu'évoque, pour vous, la notion de "liberté d'aller et venir", et plus particulièrement en psychiatrie ? Et, en complément, qu'évoque pour vous la notion de "sécurité publique", notamment dans le domaine de la psychiatrie ?

La liberté d'aller et venir c'est la liberté de choisir son domicile, qui on fréquente et quand, de se déplacer librement. On y est tous confronté en cette période Covid. Pourtant, notre périmètre de marche est plus vaste qu'à l'hôpital psychiatrique. Frustration quand on sait qu'on ne peut pas faire ce que l'on veut, qu'on ne peut pas aller om l'on veut, quand on veut. En psychiatrie, l'enfermement est ce qu'il y a de pire pour l'être humain. Il y a même des détenus qui veulent retourner en prison plutôt que de rester à l'UHSA.

La sécurité publique, c'est prévenir les agressions et violences. Pareil en psychiatrie : mais surtout essayer de protéger l'individu de lui-même, sans oublier de protéger les tiers... Le psychiatrique se porte atteinte à lui-même et/ou aux autres.

4. Êtes-vous régulièrement confronté à ces notions dans l'exercice de vos fonctions ? Si oui, sous quelle(s) forme(s) ?

Évidemment, c'est le cœur de mon métier, et pas seulement en psychiatrie.

5. Pour vous, quelles sont les limites de la liberté d'aller et venir du patient en psychiatrie ? Ces limites sont-elles justifiées et, si oui, pourquoi ?

Il n'a pas la possibilité de choisir l'endroit où il va dormir, ne peut pas se mouvoir comme il veut. C'est justifié dans le cadre du soin ! Question de la disponibilité des médecins...échange sur le patient...impossible si l'individu est chez lui. Prévenir toute récurrence de comportement.

6. Selon vous, la sécurité publique est-elle suffisamment garantie par les procédures actuelles de soins contraints ?

Je n'imagine pas vraiment d'autres procédures de soins contraints. On fait ressortir parfois prématurément d'hôpitaux psychiatriques des patients... on les retrouve ensuite pour des délits. Aller-retours permanents entre la prison et l'hôpital. Imaginer peut-être une institution intermédiaire entre l'hôpital et la prison, qui puisse à la fois soigner et réprimer quand nécessaire... Comment faire pour éviter ce balancier, ces aller-retours entre prison-hôpital psychiatrique. Dans le cas de l'irresponsabilité dans certains dossiers pénal, on retrouve des patients qui sont sortis de l'hôpital et a commis un délit/crime. Profils border-ligne, mi-délinquant mi-malade mental.

7. Y a-t-il des pratiques ou des procédures de soin qui vous paraissent trop restrictives de la liberté d'aller et venir du patient ? Si oui, lesquelles et en quoi vous paraissent-elles inappropriées ?

La sismothérapie est très contesté par les patients... Il paraît qu'elle peut avoir des résultats mais c'est tout relatif ; est-ce justifié pour autant ?

8. Que pensez-vous des mesures d'isolement et de contention ? (enjeux et difficultés) Vous font-elles réagir sur le plan du respect des libertés du patient et principalement de sa liberté d'aller et venir ? Qu'avez-vous à dire sur le contrôle de ces mesures ?

Elles sont absolument nécessaires pour permettre au médecin de soigner un individu agité qui ne veut pas se laisser faire, qui refuse les soins qui lui sont nécessaires et qui sont nécessaires aussi à la protection de ses tiers ou des soignants dans un premier temps. Ce n'est pas un plaisir de gérer des patients en chambre d'isolement et de contention. Comment faire quand on a quelqu'un d'agité face à vous. L'argument de dire que c'est la facilité c'est un peu dur... où fixer le curseur de la violence de l'intéressé. La douleur est de toute façon propre à chacun. C'est dans l'intérêt du patient de toute façon ; c'est toujours le même raisonnement de soin. Pour chaque mesure d'isolement-contention, le médecin doit informer le juge dès lors qu'il dépasse les délais légaux de ces mesures. L'information, inutile de vous dire qu'on ne l'a pas. Surtout, les intéressés pourront faire des requêtes pour pouvoir lever l'isolement ou la contention. Il faudra qu'on examine si le médecin a bien motivé les raisons pour lesquelles il a prolongé la mesure d'isolement ou de contention.

9. Quelle est votre appréciation de la procédure de contrôle du respect de la liberté d'aller et venir du patient par le JLD ? Selon vous, est-elle justifiée dans le cadre de soins psychiatriques ? Suffisante ? Légitime ? Correctement appliquée ?

Ce n'est pas plus mal qu'un juge mette son nez dans une procédure dans laquelle il est question de privation de libertés. On est bien d'accord que c'est logique, surtout en confiant cela au JLD

qui effectivement, maintenant, est devenu un peu le contrôleur « fourre-tout » de toutes les atteintes aux libertés. Celle-là est quand même de taille, il faut le reconnaître. Après, en termes d'efficacité, très honnêtement, je serais beaucoup plus réservé. Ce n'est pas une appréciation de quelques minutes qui nous permet de se faire une idée ; et puis de toute façon on n'est pas médecin. Il nous suffirait d'avoir les certificats médicaux, la procédure et c'est tout. Est-ce que d'entendre les gens réellement ça apporte une plus-value ? C'est une vraie question que je me pose. Je ne suis pas persuadée que ce soit le cas. Ça a plus un effet perturbateur sur les intéressés qui ne comprennent pas forcément la procédure. Souvent ils sont dans la contestation totale. Forcément, on leur a donnée la parole mais on aboutit à une frustration parce qu'on leur fait sentir qu'on ne les croit pas.

10. Connaissez-vous d'autres formes de contrôles du respect de la liberté d'aller et venir du patient ?

Les différentes instances administratives et publiques compétentes en la matière. Je pense qu'ils ont des contrôles de l'ARS notamment.

11. Considérez-vous que ces contrôles soient efficaces pour préserver les libertés et droits du patient ? Pour le fonctionnement de l'établissement ? Sur quel(s) point(s) ?

L'intervention du juge est légitime, justifiée mais il ne me semble pas que ce soit efficace. Il me semble que c'est suffisant, parce que je ne vois pas ce qu'on pourrait faire de plus ; si, on pourrait faire autrement, en faisant sur dossier en se passant de l'audience, en sachant tout le temps que ça fait perdre à tout le monde d'organiser ces audiences. Je vais peut-être paraître abrupte là-dessus puisque, du coup, ça reviendrait à priver les intéressés du droit à la parole, mais c'est rare quand on se fonde sur ce qu'ils nous disent pour en faire quelque chose. Si je lève la mesure, ça va être parce que je considère que les délais n'ont pas été respectés, ou parce que le médecin n'a pas suffisamment circonstancié le certificat. Les cas d'abus de pouvoir de la part des médecins, je ne vois pas très bien de quel abus de pouvoir on pourrait parler puisqu'ils n'ont aucun intérêt à garder des individus à l'hôpital s'ils n'en n'ont pas besoin. D'ailleurs, le plus tôt ils peuvent les faire sortir, le plus tôt ils les font sortir ; c'est ce qui est le plus ennuyeux.

12. Vous arrive-t-il d'éprouver des difficultés à remplir votre rôle ? (points de relance : contrainte éthique, légale, de terrain, etc.) Si oui, dans quelles situations ? Quelles solutions pourriez-vous imaginer ?

Cf 11.

13. En pratique, vous arrive-t-il de vous sentir mal à l'aise face aux demandes de liberté des patients, tout en sachant qu'une liberté totale est impossible ? Si oui, comment réagissez-vous ? Quels sont les "conseils" que vous leur donnez alors ?

Cf 11.

14. Quel effet pensez-vous que le contrôle du JLD a sur le patient ?

Il faut respecter une certaine mesure, c'est-à-dire que, ne pas écouter du tout ces patients qui sont logorrhéiques c'est compliqué parce qu'ils ont besoin de parler, mais il faut s'arrêter un moment parce que ce n'est plus possible au bout d'un moment ; on alimente un délire. C'est compliqué de les faire s'arrêter, c'est frustrant pour eux et c'est contre-productif ; ils attendent certainement beaucoup de l'audience – elle est venue avec tous ses papiers, elle avait prévu sa bouteille d'eau, elle s'est déshabillée pour être à l'aise, bref elle est partie pour un moment – alors que l'audience est très rapide.

La plupart du temps la Cour d'Appel confirme nos décisions et quand il s'agit de mainlevées il lui arrive même de les infirmer en estimant qu'elle peut sauver la procédure. En ce qui me concerne, je n'ai pas connu de mainlevée en Appel que je n'aurai pas faite initialement et que la CA aurait faite pour moi. Il m'arrive d'ordonner des expertises complémentaires, extérieures, quand j'ai un doute. C'est rare mais ça m'arrive, quand j'ai un doute sur une situation. Par exemple le cas de la jeune femme pour laquelle la situation familiale a l'air compliquée. Les certificats sont quand même circonstanciés, mais il y a un problème familial en plus, c'est sûr, qui est à l'origine de ses troubles et qui sans doute les alimentent aussi. Ce serait peut-être pas mal de trouver des solutions alternatives notamment sur le plan du logement, pour éviter qu'elle ne vive avec ses parents. Mais fondamentalement elle souffre de troubles psychiatriques. C'est très compliqué de trouver un Expert. Ceux de la liste actuelle sont tous sollicités pour du pénal. En plus, pour ces expertises ils ont un délai de 14 jours pour qu'on puisse rendre une décision rapide. C'est compliqué pour eux de faire une expertise en si peu de temps, en sachant qu'ils sont souvent sollicités en garde à vue, dans telle ou telle procédure pénale, etc. De plus, on en a très peu et ils sont très mal payés. On a de plus en plus d'Expert qui décident de ne plus venir témoigner aux assises parce qu'ils sont trop mal payés. Donc ils ne veulent plus être désignés aux assises parce que c'est des heures de travail sur le dossier puis des heures de présence aux assises pour venir soutenir le patient. Vu ce qu'ils sont payés, ils n'ont pas franchement envie de perdre autant de temps, ce qu'on peut comprendre.

15. Pensez-vous qu'il faille, dans certains cas, limiter davantage la liberté d'aller et venir du patient ? (faits divers commis par des malades psychiatriques)

Quand il y a eu les cas très médiatiques d'agressions par des malades psychiatriques ; quels retours au JLD ? Le risque parfois c'est qu'un médecin poursuive les soins d'un précédent, ou s'en remette à l'avis de son collègue sans examiner le patient plus que ça. C'est en cela que parfois le contrôle du juge permet d'éviter des extrémités, ne serait-ce que parce que c'est dissuasif de ce genre de pratiques. Chaque médecin est obligé de motiver les certificats. S'il y a une utilité du contrôle du juge, elle est là, dans le fait que probablement on ne la voit pas parce que justement les médecins ont corrigé leur pratique avant qu'on intervienne puisque, par définition ils sont obligés de motiver leur certificat et cette obligation de motivation anéantit le problème dans l'œuf. C'est vrai que le fait d'avoir un contrôle, en soit c'est, de toute manière, dissuasif. C'est le cas pour tout ; si vous savez que vous pouvez être contrôlé sur la route, vous roulez moins vite. C'est vrai qu'il y a une fâcheuse tendance, comme dans tout corps de métier, entre médecins, à ne pas se contredire. C'est rare un médecin qui viendra dire que son collègue a mal analysé la situation. C'est pour cela que je suis plutôt favorable au collègue d'Experts qu'aux contre-expertises. Quand j'ai des situations un peu complexes, je me dis toujours que le collègue d'Experts est mieux ; ils discutent entre eux au préalable et avant de sortir un Rapport. Mais c'est beaucoup plus compliqué à mettre en place qu'une contre-

expertise ; mais je n'y ai recours quasiment jamais. Ça m'est arrivé au Pénal plusieurs fois mais là, dans le cadre des hospitalisations non parce que c'est trop long et trop compliqué à gérer. Après, vous avez vu que la loi prévoit qu'ils sont vus par un collègue au bout d'1 an.

16. Concernant les mesures d'isolement et de contention, quelles améliorations suggèreriez-vous concernant leur procédure et/ou leur contrôle ?

Le nouveau contrôle mis en place est une catastrophe ! Il faut que le législateur revienne en arrière, je ne vois pas d'autre meilleure solution que celle-là. Que le conseil constitutionnel, qui est saisi d'une QPC sur la question de l'ampleur du contrôle – malheureusement pas sur le contrôle lui-même –, censure la Cour. On ne sait jamais, par un miracle le Conseil constitutionnel pourrait décider que c'est inconstitutionnel et nous abroger cette loi complètement « débile ». Mais je ne compte même plus là-dessus, parce que je comptais déjà sur le décret pour nous préciser les choses de manière utile et pour alléger peut-être ces dispositions et le décret n'a rien allégé du tout. Ce qui est important c'est d'assurer une continuité des soins, c'est-à-dire éviter d'avoir une hospitalisation puis une sortie prématurée avec une interruption des soins appropriés et, au final, un retour à la case départ en hospitalisation. Des allers-retours comme ça on en voit trop souvent. C'est logique de tenter une sortie avec un programme de soin mais la difficulté qu'on a c'est de trouver des moyens pour véritablement suivre les gens, une fois sortis de l'hôpital psychiatrique. C'est là que souvent ils sont problématiques puisqu'ils sont remis dans la nature et s'ils ne suivent pas leur traitement, ils reviennent après avoir été dangereux envers eux-mêmes ou les autres. Ça serait plus la maîtrise de ce point qui serait utile mais je ne vois pas comment puisqu'on ne peut pas mettre une puce à chacun d'entre eux. Il n'y a pas franchement de solution à ce problème-là ; l'important c'est que tout le monde soit vigilant lorsque l'intéressé ne se présente pas au CMP, ne fait pas ses injections. Il faudrait sensibiliser la famille pour qu'elle puisse réagir mais il n'y a pas forcément un environnement familial présent ou sur lequel on peut compter. C'est souvent des gens qui vivent de manière précaire ou isolée donc c'est compliqué à gérer.

17. Globalement, quelles critiques feriez-vous vis-à-vis de la législation en vigueur concernant la notion de liberté d'aller et venir du patient en psychiatrie ?

Dans le contrôle du juge, je ne pense pas qu'on puisse faire mieux. Une fois la régularité est examinée, c'est-à-dire les délais, la nécessité de la mesure et le fait qu'elle soit motivée par un médecin sous l'existence de troubles mentaux susceptibles de porter atteinte à l'ordre public ou à l'individu, on s'arrête là. Le contrôle est encadré et il ne peut porter que là-dessus ; je ne vois pas de raison de l'étendre plus puisqu'on ne peut pas porter de jugement médical. Je ne suis pas médecin donc je suis incapable de porter un jugement sur la prise en charge et la mesure en elle-même. Il n'y a rien à vérifier de plus. Quand on débattait il y a peu sur l'éventuelle mise en place de mesures de contrôle de l'isolement et de la contention – parce qu'effectivement il n'y en avait pas alors que ce sont des mesures qui sont totalement attentatoires aux libertés – je discutais déjà du bien-fondé de l'intervention du juge. Parce que je m'estime totalement incompétente pour dire si la mesure est nécessaire ou pas ; je n'en sais rien. Si un médecin me le dit, là d'accord je peux rendre un jugement. Mais si notre contrôle se limite à confirmer la décision du médecin, et bien on va le faire mais c'est complètement inutile. On en sur-rajoute. On donne le sentiment que la justice est là pour cautionner des décisions qui ne relèvent pas d'elle. J'ai l'impression qu'on est instrumentalisé parce que finalement on

fournit une caution juridique à un système qui ne l'est pas ; à la base ça relève du médical. C'est comme si demain on fixait une obligation de vaccination à tout le monde. De toute manière on est dans cette logique-là que le JLD doit statuer sur toutes les mesures portant atteinte aux libertés. Mais je pense sincèrement qu'on en fait un fourre-tout. C'est incompréhensible pour la plupart des gens d'ailleurs. Concrètement, même dans le contrôle des quarantaines Covid, dans nos décisions on va être amené à écrire que « le préfet a dit que Monsieur/Madame X rentre dans les catégories de la loi, donc on maintient la quarantaine » ; on n'aura pas d'appréciation véritable à porter sur la situation de l'intéressé. Ce sont des contrôles de pure forme. Est-ce qu'on a besoin de multiplier tout ça ? Est-ce que la justice en a les moyens ? Je ne pense pas que la justice a les moyens, en effectif de greffe et de magistrat, en matériel ; on est en train de sinistrer totalement nos juridictions et de perdre véritablement le sens de ce qu'est juger. Juger ce n'est pas juste contrôler des mesures administratives. Est-ce que les délais fondamentalement ont une importance ? La seule véritable intransigeance qu'on peut fixer c'est que la décision ne soit pas rétroactive, c'est-à-dire qu'on ne mette pas un individu en psychiatrie et qu'on valide après coup ça par une décision. Encore que, la personne qui arrive dans la nuit, il faut un délai minimum pour prendre une décision évidemment, puisqu'il y a moins d'effectifs. Dans ces cas-là, même si le délai est plus long, moi je valide la décision. Il arrive dans la nuit, encore heureux qu'il est pris en charge ! La décision n'est prise que le lendemain, dans un délai de quelques heures. Elle n'est pas prise plus de 24h après. Ça c'est understandable, c'est justifié ; ce qui l'est moins c'est quand l'individu arrive dans la journée et que la décision est postérieure d'un jour. La effectivement c'est qu'il y a, à un moment donné, un problème puisqu'on l'a admis en hospitalisation sous contrainte mais il n'y a pas de décision qui gère sa situation ; c'est logique qu'on sanctionne. On a fixé un délai de 24h, un autre de 72h ; c'est complètement arbitraire. On contrôle régulièrement que l'intéressé a besoin de cette mesure coercitive ; d'accord, mais après on ne contrôle plus que tous les 6 mois. Ces contrôles sont fixés dans d'autres pays à d'autres échéances donc c'est aléatoire. On a vu les choses comme ça mais on aurait pu les voir autrement. Je ne suis pas persuadée que ce soit la panacée.

18. Quelles améliorations aimeriez-vous apporter concernant la conciliation du respect de la liberté d'aller et venir du patient et de la sécurité publique ? (suivant la réponse, demander les améliorations potentielles des procédures de soins contraints ou des contrôles)

Ce en quoi je crois beaucoup c'est la création à termes d'une institution intermédiaire entre la prison et la psychiatrie.

On a souvent les mêmes publics et on bascule tantôt de la prison à la psychiatrie et vis vers ça. On met en prison des gens qui relèveraient du milieu psychiatrique. Tous ne sont pas orientés comme ils devraient l'être ; il y a des ratés. L'UHSA a des lits limités ; il faut voir les unités. Ça ne permet pas de gérer des centaines de personnes, hors ce sont des centaines de personnes qui sont concernées. Tous les publics en détention, s'il y en a un qui échappe aux troubles mentaux il a de la chance. Ils ont tous un profil psychiatrique, avec des degrés différents bien sûr mais ça reste évident. J'entends par là une institution qui puisse les gérer en masse et dans la durée. Je crois qu'il faudrait même remplacer la prison. La prison n'est plus adaptée.

Annexe 37 : Entretien Karine GUIARD, réalisé en juin 2021

1. En quoi consiste votre métier ? Dans quelle(s) mesure(s) intervenez-vous dans le domaine de la psychiatrie ?

Je suis infirmière psychiatrique puis cadre de santé en psychiatrie, puis cadre supérieur en psychiatrie, puis j'ai fait un Master 2 à L'Insec à Bordeaux avant d'arriver à l'ARS du Rhône en Octobre 2011. J'étais référente des soins sans consentement du département du Rhône et ma mission était de mettre en œuvre la loi de Juillet 2011, c'est à dire toutes les procédures et l'organisation des soins sans consentement. J'ai fait ça jusqu'en 2012 avant de me retrouver référente régionale psychiatrie et santé mentale. J'avais la référence régionale des soins sans consentement en plus de la gestion de tout ce qui était en rapport avec la psychiatrie, c'est à dire la gestion de l'organisation des établissements au niveau de la région Rhône-Alpes et les dynamiques de santé mentale qui pouvaient se mettre en place au niveau de la région.

En 2016, avec l'unification des régions Auvergne et Rhône-Alpes, j'ai été placée à la délégation 69 où j'étais responsable du premier recours. En 2018, le DG de l'ARS a souhaité créer un poste en transversal de référent régional santé mentale, que j'occupe. Donc, depuis 2018, je suis en charge de décliner toute la politique nationale et régionale (le PRS : projet régional de santé) au niveau de la région Auvergne-Rhône-Alpes (12 départements) et je suis plus précisément chargée de mettre en œuvre des projets territoriaux de santé mentale ainsi que toute la stratégie de prévention du suicide.

2. Quels sont les droits du patient en psychiatrie ? (préciser à l'oral qu'il faut une réponse plutôt synthétique)

Ce sont les mêmes droits que tout usager du système de santé à la différence près que, lorsqu'un patient est sous contrainte, il perd son pouvoir de décision sur sa prise en charge et sa sortie.

3. Qu'évoque, pour vous, la notion de "liberté d'aller et venir", et plus particulièrement en psychiatrie ? Et, en complément, qu'évoque pour vous la notion de "sécurité publique", notamment dans le domaine de la psychiatrie ?

Il me semble que la liberté d'aller et venir vient du traité de Rome. Nous avons la chance d'être dans un pays démocratique où la liberté d'aller et venir est forte de sens ; c'est ce qu'on peut constater lorsqu'elle est contrainte dans des périodes comme celle que l'on vit aujourd'hui avec la pandémie Covid. C'est le fondement de notre République "Liberté, Egalité, Fraternité" ; la liberté d'aller et venir fait partie de ces libertés fondamentalement importantes. C'est quelque chose de très précieux dont on n'a pas toujours conscience dans un pays comme le notre.

En psychiatrie, la liberté d'aller et venir peut être respecté, sauf quand elle est restreinte dans le cadre de l'hospitalisation sans consentement.

La sécurité est un mal nécessaire pour garantir nos libertés et la Démocratie en général. Il faut poser des règles. La sécurité publique doit être garantie si on veut vivre en paix.

En psychiatrie, je dirais que cette notion sécuritaire est complexe et conduit à des divergences d'opinion au niveau du Ministère de l'Intérieur. On garantit la sécurité publique par le mesure

de soin sous contrainte parce qu'on a besoin de protéger la personne contre elle-même d'abord, et de protéger les autres ensuite.

4. Êtes-vous régulièrement confronté à ces notions dans l'exercice de vos fonctions ? Si oui, sous quelle(s) forme(s) ?

Je vais surtout parler des soins psychiatriques à la demande du représentant de l'État, parce qu'on a ces divergences quant à la notion de sécurité ; parfois les préfets nous disent "je fais une mesure de SPDRE mais cette personne ne doit pas sortir parce que je pense qu'elle est dangereuse". Il est important de rappeler au Préfet que la notion de sortie est soumise à appréciation médicale. C'est mon rôle. C'est une mesure de sécurité sanitaire et non pas publique, ce n'est pas pareil. Bien souvent nous avons une divergence de point de vue sur ce point. Chacun son job ; le préfet doit maintenir la sécurité publique, l'hôpital psychiatrique doit maintenir la sécurité de la personne. C'est le comportement du patient qui va générer un trouble à l'ordre public du fait de sa pathologie ; ce n'est pas intentionnel. Il y a une notion d'intentionnalité là-dedans. Pour le préfet, si on pouvait enfermer les fous ad vitam eternam, ça réglerait le problème de sécurité publique et de trouble à l'ordre public ; ça fait désordre quand on a un fou qui trouble l'ordre public d'une comme par exemple. C'est bien pour ça que la notion d'atteinte à la notoriété publique a été supprimée par le Conseil Constitutionnel dans le cadre de la loi de 2011.

5. Pour vous, quelles sont les limites de la liberté d'aller et venir du patient en psychiatrie ? Ces limites sont-elles justifiées et, si oui, pourquoi ?

Ces limites sont imposées par la mesure d'hospitalisation. Dans le cadre de la psychose, le patient souffre d'anosognosie ; c'est à dire qu'il n'a pas conscience de ses troubles. On doit le contraindre pour pouvoir le soigner ; c'est triste mais c'est comme ça. En 30 ans de carrière, j'ai vu deux hospitalisations dites abusives. Les limites se caractérisent par le risque d'une hospitalisation abusive. Mais le contrôle du JLD, qui est là pour vérifier si la forme et la procédure de l'hospitalisation sont respectés, limite ce risque. Le JLD ne vient pas porter de jugement sur le fond mais seulement sur la forme. Les limites sont les conditions de restriction de liberté pour moi, qui peuvent être importantes.

6. Y a-t-il des pratiques ou des procédures de soin qui vous paraissent trop restrictives de la liberté d'aller et venir du patient ? Si oui, lesquelles et en quoi vous paraissent-elles inappropriées ?

L'isolement et la contention sont des pratiques de soin. La crainte - et c'est ce qui a été souvent relevé par le contrôleur des lieux de privation de liberté - c'est que son utilisation ne soit pas appropriée, soit par les conditions foncières, soit par le contexte et la durée de la contention. Quelquefois, ces mesures de contention et d'isolement peuvent être dévoyées et prendre un volet plus coercitif que thérapeutique. Dans l'exercice de ma pratique, il a déjà fallu que je recadre certaines équipes en leur signifiant que ce n'était pas une mesure coercitive. Le seul responsable de cette frontière, c'est le médecin. Il y a une grande nécessité d'avoir une guidance médicale sur ce sujet car ça peut très très vite tomber dans des mesures coercitives. Le conseil constitutionnel a demandé de modifier l'Article 84 du CSP, relatif à l'isolement et la contention.

7. Que pensez-vous des mesures d'isolement et de contention ? (enjeux et difficultés)
Vous font-elles réagir sur le plan du respect des libertés du patient et principalement de sa liberté d'aller et venir ? Qu'avez-vous à dire sur le contrôle de ces mesures ?

Elles font l'objet d'un contrôle qui n'est pas forcément tracé. Justement, l'intervention du conseil constitutionnel par cet article 84 permettra sûrement d'éviter tous ces vices de forme. Il n'y a pas beaucoup de pays en Europe qui pratique ces soins de façon aussi poussée. Cet article 84 vient interroger les pratiques. Cette instruction va forcément être accompagnée de mesures ; des mesures foncières visant à améliorer les locaux pour pratiquer ce type de soins, des formations pour accompagner les équipes soignantes vers une remise en question de leur pratique, et une démarche qualité complète.

8. Quelle est votre appréciation de la procédure de contrôle du respect de la liberté d'aller et venir du patient par le JLD ? Selon vous, est-elle justifiée dans le cadre de soins psychiatriques ? Suffisante ? Légitime ? Correctement appliquée ?

Je pense qu'elle est justifiée. Elle n'est pas toujours adaptée car les juges n'interrogent que la forme et pas le fond. On s'est déjà retrouvé avec des mains-levées de mesure à cause d'une mauvaise rédaction d'un certificat médical, pas suffisamment circonstancié par exemple ou établi après la date butoir. Un examen sur le fond me paraît important sauf que les juges n'interrogent que le droit et le respect de la procédure. C'est uniquement quand il y a Appel, qu'il y a une interrogation sur le fond.

9. Connaissez-vous d'autres formes de contrôles du respect de la liberté d'aller et venir du patient ?

Oui, en détention ou dans certains EHPAD. En psychiatrie, cela fait partie de l'organisation. Mais ce n'est pas le cas en EHPAD par exemple. Quand on a une grand-mère qui est fixée sur son fauteuil pendant 10h, je m'interroge sur l'existence d'une forme de maltraitance. Il y a certaines pratiques en EHPAD qui me posent vraiment question. Je pense qu'on stigmatise la psychiatrie, mais je pense qu'il y a moins de maltraitance dans le cadre d'une mesure de soin sans consentement que dans certains EHPAD. En détention, au niveau européen on est très mal placé. Quand on voit les conditions de détention par rapport à nos voisins européens, en l'état actuel des choses la détention ne sert pas à réhabiliter, elle fabrique ou elle entretient des sociopathes.

10. Considérez-vous que ces contrôles soient efficaces pour préserver les libertés et droits du patient ? Pour le fonctionnement de l'établissement ? Sur quel(s) point(s) ?

Oui c'est efficace car il faut un tiers extérieur qui vienne interroger ces pratiques. Mais c'est extrêmement contraignant pour un établissement. Ça nécessite une organisation qui se calle sur un calendrier judiciaire qui n'est pas forcément le même que le calendrier de fonctionnement d'un établissement, c'est chronophage et cela mobilise des ressources médicales et logistiques importantes. Je ne suis pas sûre que ça améliore les prises en charge. L'hôpital psychiatrique est obligé de répondre à une exigence réglementaire, cependant je ne pense pas que cela améliore les conditions de prise en charge du patient. Je pense que certains certificats médicaux sont faits sur le bureau à côté de la secrétaire pour répondre à cette

exigence réglementaire, sans forcément que le patient soit vu. Quand le psychiatre a une contrainte de nombre de certificats dans un délai restreint, je ne pense pas qu'il voit à chaque fois le patient.

Un établissement qui a une mission de service public - ce qui est le cas de tous les établissements qui accueillent des patients en hospitalisation sous contrainte - n'est pas censé être préoccupé par une question de rentabilité. Les cliniques en ont une mais pas les hôpitaux publics assurant une mission de service public. En revanche, ils ont une notion d'optimisation des ressources. C'est contraignant pour l'établissement parce qu'il doit s'assurer d'avoir toute une armada d'administratifs et la ressource médicale pour pouvoir répondre à cette exigence réglementaire. Dans le cadre de la mise en place de la loi de 2011, ça a généré des surcouts pour la mise en place d'une salle d'audience par établissement, qui devait respecter des normes très précises avec un cahier des charges à l'appui. L'installation des salles d'audience au niveau des établissements n'a pas forcément répondu complètement au cahier des charges. Mais on a eu à faire à 2-3 Cours d'Appel qui ont été intelligentes et qui ont fait en sorte d'aménager en fonction de la réalité des lieux de leur intervention. Lorsque les JLD interviennent au niveau des établissements psychiatriques, ils ne portent pas leur robe ; symboliquement c'est important je trouve et ça montre leur adaptabilité au milieu dans lequel ils interviennent. Il y a également un surcout administratif, avec des postes qui sont dédiés au sein des établissements pratiquement qu'à la mesure de contrôle du JLD ; il y a un paquet de papiers à gérer.

Pour l'ARS aussi il y a eu des créations de poste par rapport à la gestion des audiences des JLD. Au niveau de l'ARS ont été restés sur un fonctionnement DAS/DRAS où, sur la base d'un logiciel, on avait une délégation du préfet pour produire et préparer les arrêtés préfectoraux et les soumettre à la signature du préfet. Quand la loi de 2011 est intervenue, il a fallu qu'on prépare également au niveau de l'ARS les dossiers pour les envoyer au greffe du JLD, dans le cadre des audiences. J'avais une personne, au niveau de la délégation 69 qui interpellait les établissements pour récupérer leurs certificats à date pour constituer le dossier qui serait envoyé au greffier du JLD ; c'est à partir de ces pièces-là que le JLD examinait la procédure. Suite aux audiences, l'ARS recevait les relevés d'audience ou les mains-levées, qu'elle intégrait dans le dossier patient. C'est une somme de travail considérable étant donné le nombre d'audiences par semaine sur le Rhône ; trois par semaine. Il faut également gérer les jours fériés, les congés, etc. Les horaires de travail des agents ARS concernés sont extensibles : par exemple, en cas de déclaration d'irresponsabilité pénale, l'agent ARS peut devoir prendre un arrêté à 23h pour le soumettre au préfet, pour que la personne concernée soit dirigée directement à l'hôpital à la fin de son audience aux assises. Je me suis vu aussi faire des arrêtés de mise sous contrainte pour des personnes qui étaient incarcérées et qui bénéficiaient d'une irresponsabilité pénale. Ça demande une vigilance accrue parce que, à partir du moment, où on n'a pas d'arrêté pris pour une personne, on se retrouve dans le cadre d'un internement arbitraire. La notion de temps est extrêmement importante. Ça demande de la part des établissements une énorme réactivité, mais également au niveau de l'ARS et de la préfecture.

11. Vous arrive-t-il d'éprouver des difficultés à remplir votre rôle ? (points de relance : contrainte éthique, légale, de terrain, etc.) Si oui, dans quelles situations ? Quelles solutions pourriez-vous imaginer ?

Quand on est agent de l'État, on doit appliquer des mesures réglementaires. Il n'y a pas d'état d'âme à avoir. Ça a été un vrai sujet de discussion avec mes agents qui rédigeaient les arrêtés, qui préparaient les audiences, etc. ; on doit respecter une procédure purement administrative.

On n'est pas là pour se poser des questions éthiques. En tant que citoyen on peut s'en poser, en tant qu'agent de l'État, on doit appliquer les mesures. Évidemment on est tenté d'avoir un point de vue, mais on est payé pour faire en sorte que la procédure se fasse sans rupture et que la loi soit respectée. Si on commence à avoir des opinions sur le fond d'un dossier et non pas sur la forme, là on a tout faux et on ne peut pas se le permettre. Les questions d'éthique n'ont pas leur place si on veut faire son travail correctement.

Dans le cadre de la mise en place de la loi, on a travaillé en étroite collaboration avec les établissements mais aussi avec les JLD, c'est à dire pour qu'on se limite strictement à la loi en termes de procédure administrative. Il y a certains JLD qui commençait déjà à demander des certificats ou des documents complémentaires qui n'étaient pas explicitement demandés par les textes. On leur a dit que ce n'était pas possible ; il nous a fallu connaître la loi sur le bout des doigts. L'ARS est une interface et fait barrage si besoin, régule les demandes du JLD et accompagne les établissements. On recadre juge et établissement. On a mis en place des procédures très claires et très cadrées avec les établissements et on est allé les aider à se réorganiser, c'est à dire à constituer leur cellule administrative et à identifier nos interlocuteurs en établissements avec lesquels nous vérifions chaque semaine si les dossiers coïncident bien entre notre base de données et la leur. On a déjà eu des dossiers de patients qui sont passés à la trappe. Dans ces cas-là, on s'organisait, tout en sachant qu'il allait y avoir une main levée puisque la procédure n'avait pas été respectée. Forcément, on savait pertinemment qu'en présentant un dossier vicié au juge, il allait y avoir une mainlevée. Il fallait donc anticiper quoi faire après cette mainlevée. Dans ces cas-là, charge à l'établissement d'interpeler le médecin du patient en question pour savoir si on relance tout de suite après la main-levée une procédure identique ou si ce n'est pas nécessaire. Ça nécessite d'avoir des interlocuteurs de chaque côté, mais aussi de la confiance et de la transparence.

12. Quel effet pensez-vous que le contrôle du JLD a sur le patient ?

Il y a beaucoup de patients qui ne comprennent pas parce que cette judiciarisation du soin est parfois incompréhensible pour le patient du fait de sa pathologie. Il y a un effet assez délétère pour la plupart des patients, parce qu'ils ne comprennent. Il y a une incompréhension. Même si on leur explique, cela peut être délétère. Sur des structures paranoïaques par exemple, ça ne peut que renforcer cette paranoïa. Vous êtes hospitalisé et vous passez devant un juge. Bien souvent les patients disent "j'ai rien fait de mal, je suis juste malade". Il y a tout un travail de pédagogie de la part des équipes soignantes pour expliquer au patient que ce n'est pas lui qui passe devant le juge mais son dossier. En attendant, le patient se présente à l'audience ; il faut absolument que l'équipe soignante explique au patient que c'est pour garantir et préserver ses droits.

13. Pensez-vous qu'il faille, dans certains cas, limiter davantage la liberté d'aller et venir du patient ? (faits divers commis par des malades psychiatriques)

Lors de l'affaire de Grenoble, nous avons répondu par une inspection au niveau de l'établissement pour comprendre ce qu'il s'est passé, par le biais d'une enquête purement administrative, disjointe de l'enquête judiciaire. Ceci étant, cette enquête administrative et cette inspection a été transmise au procureur de la république parce qu'il y avait une commission rogatoire. Dans le cadre de l'Ain, ça a été la même chose ; il y a eu une enquête administrative et cette enquête administrative a été transmise au Contrôleur des lieux de

privation et de liberté. Si l'ARS constate un défaut au niveau de la gestion administrative, on contraint l'établissement à une mise au point sur son fonctionnement interne. Dans le cas de Grenoble, on a contraint l'établissement à se réorganiser, et pour le cas de l'Ain, on est intervenu de façon plus dure en exigeant de l'établissement une réorganisation complète de ses pratiques. Dans le cas de Grenoble, l'établissement a été condamné (la personne morale). Le travail de l'ARS est que rien de semblable ne se reproduise. Dans l'Ain, par le biais de l'enquête on a constaté pas mal de dysfonctionnements et on a mis des mesures en place pour éviter que cela recommence ; on facilite la réorganisation de l'établissement en proposant par exemple un budget supplémentaire pour faire des formations spécifiques, etc. L'ARS ne fait que des mesures purement administratives ; interroger, sur les effectifs, sur l'organisation d'un service, sur les aménagements, les formations, etc. On voit comment organiser au mieux un service d'hospitalisation sans consentement.

SPDRE : dossiers les plus compliqués. En aucun cas l'ARS ne signifie une responsabilité judiciaire. On se met à la disposition de la justice pour transmettre tous les éléments de l'établissement et les résultats de l'inspection, mais c'est tout. Ce n'est qu'en cas de condamnation d'un directeur ou d'un membre du personnel soignant, pour faute par exemple, qu'on peut intervenir en demandant au centre de gestion de changer la personne de poste, d'établissement, voire de le dénuer de ses fonctions. Cela dit, pour virer un directeur, il faut vraiment des agissements très sérieux.

14. Concernant les mesures d'isolement et de contention, quelles améliorations suggèreriez-vous concernant leur procédure et/ou leur contrôle ?

Rien ; je ne peux faire aucune suggestion. Mon rôle à l'ARS est d'être vigilante à ce que la loi soit respecté par l'établissement et d'interroger sur les mesures mises en place, visant au respect de cet article. Je fais en sorte d'appliquer la loi. Je ne peux pas avoir de point de vue personnel. Au niveau de l'ARS, on peut peut-être donner un budget supplémentaire par exemple au niveau de la formation ; estimer que le budget alloué par le Ministère pour les formations n'est pas suffisant et l'augmenter pour un établissement qui en aurait besoin par exemple. Mais faut-il encore qu'on ait des budgets suffisants pour pouvoir effectuer ces apports. Mon point de vue de citoyen, je le laisse à la porte. La devise de l'État c'est "Servir et Obéir". A partir u moment où l'on a des textes à faire respecter et bien il faut faire le job. Il faut quand même préciser qu'un directeur d'établissement fait ce qu'il veut en termes d'organisation dans son établissement. Notre rôle est de venir l'interpeler si on constate, par le biais des inspections, un défaut des organisations pour l'application d'une loi. Là, on demande à l'établissement de se mettre en conformité avec ce que la loi exige. Il est de la responsabilité du directeur d'établissement de l'organiser pour exécuter la loi.

15. Globalement, quelles critiques feriez-vous vis-à-vis de la législation en vigueur concernant la notion de liberté d'aller et venir du patient en psychiatrie ?

Au niveau de la législation de manière générale, elle est parfois un peu déconnectée de la réalité. Ce sont des pensées philosophiques. Quant à la mise en place de la législation, il s'agit de savoir comment on peut faire pour mettre en œuvre des lois qui sont pleines de bons sentiments et qui sont légalement pleines de sens, mais qui contraignent aussi tellement les équipes. La réglementation ne tient pas compte de l'état psychique de la personne. C'est comme la Paire-aidance, qui est un sujet très intéressant. En psychiatrie, elle est difficile à

mettre en place car il y a un trouble de la perception extérieur du patient. Que l'on fasse de la paire-aidance dans le cadre du diabète, de l'insuffisance rénale, de l'insuffisance respiratoire, dans le cadre du cancer, aucun souci parce qu'il n'y a pas d'altération de l'état psychique de la personne. La paire-aidance en psychiatrie, là où le bât blesse, c'est qu'il y a une altération psychique de la personne. Bien souvent, dans la psychose il y a une notion d'anosognosie. A partir de là, c'est très compliqué. Comment exiger d'un établissement qu'il mette en œuvre de façon fiable et coller à la loi toutes les mesures qui vont être imposées par l'article 84. Ça pose un problème d'organisation, de ressource et d'adaptation architecturale. Ça risque de demander un plan d'investissement sur bien des points, ce qui va prendre plusieurs mois voire plusieurs années pour certains établissements. Or, lorsque l'instruction tombe, elle prend effet de façon immédiate. Ça remet en question complètement l'organisation d'un établissement ; au niveau administratif, au niveau architectural, au niveau médical, etc.

Même au niveau de l'administration ce n'est pas toujours réaliste. On nous donne une enveloppe pour mettre en place ces mesures, sauf qu'il y a tellement de contraintes réglementaires qui font que ce n'est pas applicable. La réglementation ou les instructions ministérielles ne tiennent pas compte des procédures administratives qui sont très lourdes, des réalités du terrain, etc. J'ai le sentiment que le temps de mise en place des mesures est gommé, qu'il n'est pas perçu par le législateur. Quelque fois ce n'est pas très cohérent. L'article 84 a fait un tollé général au niveau des hôpitaux psychiatriques car il demande d'un coup de repenser l'organisation des locaux voire leur réfection s'ils ne sont pas conformes aux nouvelles mesures, et les pratiques de l'établissement. Interroger les pratiques sur un sujet tel que l'isolement et la contention, avec toutes les questions éthiques que ça comporte, ce n'est pas si simple. Bien souvent, ces questions éthiques sont de la responsabilité d'un médecin. Suivant le médecin qu'on aura dans une équipe, les visions seront très différentes. Au niveau des formations des psychiatres il faut donc revoir les choses. Il faut également revoir les formations initiales des infirmiers sur ce point. Si on ne met pas à jour ces formations, ça signifie qu'un infirmier qui n'aura aucune notion de ces pratiques d'isolement et de contention avant son arrivée en psychiatrie va pratiquer comme on le lui enseigne dans l'établissement, c'est à dire potentiellement différemment que dans un autre établissement, avec un autre chef de service ayant une vision des choses différente. Ce sont des sujets très sensibles. C'est très compliqué de légiférer sur des sujets aussi sensibles car cela vient interroger ce qu'est la liberté ; et tout le monde a sa définition de la liberté. Le domaine des soins sans consentement en psychiatrie évolue considérablement et surtout rapidement depuis ces 30 dernières années. On a eu une première réforme marquante sur le sujet en 1838, puis en 1990, puis en 2011. On a enlevé en 2012 la notion d'atteinte à la notoriété publique, concernant la maladie psychique. Cf sociologie sur l'intégration du fou dans nos sociétés modernes. Il y a des pays comme Madagascar où le fou est considéré comme habité par le diable et est enchaîné et enfermé ad vitam eternam. Dans notre société, dans le discours le fou est intégré mais, en pratique, c'est plus compliqué. A titre d'exemple, on a mis récemment en place le dispositif ""un chez soi d'abord"". Il est fondé sur le principe qu'une personne atteinte de troubles psychiques doit pouvoir être inscrite dans la cité. On sollicite des bailleurs, soit sociaux soit privés, pour faire en sorte que ces individus aient un appartement. Dans la philosophie générale, cette idée était parfaite et très attrayante. Par contre, mettez-vous à la place des bailleurs. L'idée est louable, mais quand on est un bailleur qui va louer un appartement à un schizophrène qui va soliloquer nuit et jour, qui va dégrader l'appartement, là toute cette notion d'altruisme va tomber ; le bailleur va abandonner l'expérience. Le fou qui fait trop de bruit est gênant, parce que nous sommes dans une société normative. Il faut être politiquement correcte, ne pas faire de bruit,

etc. Dès qu'on a quelqu'un qui est un peu marginal, la société a tendance à le marginaliser encore plus. En ce qui concerne les fous, les enfermer et les cacher arrange tout le monde. Cette notion d'isolement et de contention, elle vient à tout moment interroger la vision qu'on a les uns les autres de la liberté. Par exemple, dans l'administration normalement on doit avoir 6% de personnel en situation de handicap. Ce veut dire qu'un schizophrène ou un bipolaire, étant en situation de handicap, devrait pouvoir prétendre à des postes en administration. D'ailleurs, pour y prétendre ils doivent être passés à la MDPH et avoir obtenu l'accord et l'habilitation au travail ; ils sont donc aptes à travailler. Sauf que les administrations préfèrent payer des amendes plutôt qu'employer ce genre de personnes. Prenons l'exemple de l'Italie, où il y a eu la fermeture des hôpitaux psychiatriques ; comment sont traités les patients ? 50% de la population carcérale relève de soins psychiatriques et n'aurait rien à faire en détention. La vraie question c'est : quelle est la capacité d'acceptation d'une société pour prendre en charge son fou ?

16. Quelles améliorations aimeriez-vous apporter concernant la conciliation du respect de la liberté d'aller et venir du patient et de la sécurité publique ? (suivant la réponse, demander les améliorations potentielles des procédures de soins contraints ou des contrôles)

Dans le contrôle du juge, je ne pense pas qu'on puisse faire mieux. Une fois la régularité est examinée, c'est-à-dire les délais, la nécessité de la mesure et le fait qu'elle soit motivée par un médecin sous l'existence de troubles mentaux susceptibles de porter atteinte à l'ordre public ou à l'individu, on s'arrête là. Le contrôle est encadré et il ne peut porter que là-dessus ; je ne vois pas de raison de l'étendre plus puisqu'on ne peut pas porter de jugement médical. Je ne suis pas médecin donc je suis incapable de porter un jugement sur la prise en charge et la mesure en elle-même. Il n'y a rien à vérifier de plus. Quand on débattait il y a peu sur l'éventuelle mise en place de mesures de contrôle de l'isolement et de la contention – parce qu'effectivement il n'y en avait pas alors que ce sont des mesures qui sont totalement attentatoires aux libertés – je discutais déjà du bien-fondé de l'intervention du juge. Parce que je m'estime totalement incompétente pour dire si la mesure est nécessaire ou pas ; je n'en sais rien. Si un médecin me le dit, là d'accord je peux rendre un jugement. Mais si notre contrôle se limite à confirmer la décision du médecin, et bien on va le faire mais c'est complètement inutile. On en sur-rajoute. On donne le sentiment que la justice est là pour cautionner des décisions qui ne relèvent pas d'elle. J'ai l'impression qu'on est instrumentalisé parce que finalement on fournit une caution juridique à un système qui ne l'est pas ; à la base ça relève du médical. C'est comme si demain on fixait une obligation de vaccination à tout le monde. De toute manière on est dans cette logique-là que le JLD doit statuer sur toutes les mesures portant atteinte aux libertés. Mais je pense sincèrement qu'on en fait un fourre-tout. C'est incompréhensible pour la plupart des gens d'ailleurs. Concrètement, même dans le contrôle des quarantaines Covid, dans nos décisions on va être amené à écrire que « le préfet a dit que Monsieur/Madame X rentre dans les catégories de la loi, donc on maintient la quarantaine » ; on n'aura pas d'appréciation véritable à porter sur la situation de l'intéressé. Ce sont des contrôles de pure forme. Est-ce qu'on a besoin de multiplier tout ça ? Est-ce que la justice en a les moyens ? Je ne pense pas que la justice a les moyens, en effectif de greffe et de magistrat, en matériel ; on est en train de sinistrer totalement nos juridictions et de perdre véritablement le sens de ce qu'est juger. Juger ce n'est pas juste contrôler des mesures administratives.

Est-ce que les délais fondamentalement ont une importance ? La seule véritable intransigeance qu'on peut fixer c'est que la décision ne soit pas rétroactive, c'est-à-dire qu'on ne mette pas un individu en psychiatrie et qu'on valide après coup ça par une décision. Encore que, la personne qui arrive dans la nuit, il faut un délai minimum pour prendre une décision évidemment, puisqu'il y a moins d'effectifs. Dans ces cas-là, même si le délai est plus long, moi je valide la décision. Il arrive dans la nuit, encore heureux qu'il est pris en charge ! La décision n'est prise que le lendemain, dans un délai de quelques heures. Elle n'est pas prise plus de 24h après. Ça c'est understandable, c'est justifié ; ce qui l'est moins c'est quand l'individu arrive dans la journée et que la décision est postérieure d'un jour. La effectivement c'est qu'il y a, à un moment donné, un problème puisqu'on l'a admis en hospitalisation sous contrainte mais il n'y a pas de décision qui gère sa situation ; c'est logique qu'on sanctionne. On a fixé un délai de 24h, un autre de 72h ; c'est complètement arbitraire. On contrôle régulièrement que l'intéressé a besoin de cette mesure coercitive ; d'accord, mais après on ne contrôle plus que tous les 6 mois. Ces contrôles sont fixés dans d'autres pays à d'autres échéances donc c'est aléatoire. On a vu les choses comme ça mais on aurait pu les voir autrement. Je ne suis pas persuadée que ce soit la panacée.

Annexe 38 : Entretien Marie-France CALLU, réalisé en mars 2021

1. En quoi consiste votre métier ? Dans quelle(s) mesure(s) intervenez-vous dans le domaine de la psychiatrie ?

Mon métier c'est d'être maître de conférences en Droit à l'université de Lyon. J'interviens très fréquemment dans les établissements de santé, psychiatriques notamment, dans les établissements médico-sociaux, dans les facultés de médecine et de droit, pour donner des conférences, et participer à un certain nombre de comités d'éthique soit pour accompagner des établissements, des centres ou des groupes de professionnels à mettre en place le leur, soit en tant que membre de ces comités. Je suis notamment membre de comités d'éthique régional avec « Espace éthique régional Auvergne-Rhône-Alpes », et nationaux avec « l'APF France-Handicap » et « l'APAGE ».

2. Quels sont les droits du patient en psychiatrie ? (préciser à l'oral qu'il faut une réponse plutôt synthétique)

Les droits du patient en psychiatrie sont identiques à ceux de tous les autres patients. La question est de savoir comment mettre en place ces droits en fonction de la particularité de la psychiatrie, avec toutes les différences existantes entre les patients ; situation, âge, pathologie, etc. La notion de psychiatrie et de droit en psychiatrie va fonctionner par catégorie de patient, mais également en fonction de leur pathologie et du moment où ils en sont dans l'évolution ou l'atténuation de leur pathologie.

UCC : mise en place des droits particulière et nouvelle. Quand on a un patient dans une situation de crise, il aura les mêmes droits que la veille où il avait un comportement gérable, cependant l'atteinte à ses droits va être beaucoup plus forte pendant la crise.

3. Qu'évoque, pour vous, la notion de "liberté d'aller et venir", et plus particulièrement en psychiatrie ? Et, en complément, qu'évoque pour vous la notion de "sécurité publique", notamment dans le domaine de la psychiatrie ?

Liberté d'aller et venir » + « Sécurité publique » : Cela m'évoque des questions architecturales. Si l'on prend les établissements psychiatriques d'il y a plus d'1 siècle, ils étaient complètement fermés et les patients étaient enchaînés à l'intérieur. Aujourd'hui le principe des établissements psychiatriques dans leur ensemble, c'est d'être ouverts sur la ville. La notion de sécurité publique fait que les établissements doivent, soit en interne soit par d'autres méthodes, assurer cette sécurité, étant donné le caractère ouvert de l'établissement. La question de la liberté d'aller et venir à l'intérieur d'un établissement psychiatrique est encore différente. Il va y avoir des secteurs, des lieux, des services dans lesquels la liberté d'aller et venir va être complètement différente. Lorsque l'on a des patients qui sont hospitalisés sans consentement, après la première phase de mise au point de leur traitement on peut les renvoyer chez eux avec des hospitalisations à domicile ou bien avec des injonctions de soin ; c'est une liberté d'aller et venir plus élargie mais elle reste limitée par des obligations de soin qui sont propres au patient psychiatrique. A l'intérieur d'un établissement, quel est la possibilité, le droit ou non, l'éthique ou non, de laisser sortir des patients à l'intérieur de l'établissement – dans le parc par exemple – habillé en pyjama. C'est une notion de liberté d'aller et venir puisque, si on leur dit « vous n'avez pas le droit de vous habiller » ou « vous n'avez pas le droit de sortir en pyjama », dans

le premier cas ils auront peut-être honte de sortir ainsi, dans le deuxième ils ne pourront pas. C'est une atteinte indirecte mais une atteinte quand même. Cela évoque aussi le fait de leur prise en charge médicamenteuse mais également les notions de contention et d'isolement.

4. Êtes-vous régulièrement confronté à ces notions dans l'exercice de vos fonctions ? Si oui, sous quelle(s) forme(s) ?

"En dehors de la période Covid, les personnes qui sont atteintes de MAMA (maladie d'Alzheimer et maladies associées) et qui sont placées en EHPAD, qui peuvent se perdre, qui ne se repèrent plus ni dans le temps ni dans l'espace, font face à des contraintes de leur liberté d'aller et venir. Il y a plusieurs années, nous avons eu un cas d'un EHPAD qui voulait trouver une solution en faveur de la liberté d'aller et venir de ces patients qu'on ne pouvait plus laisser sortir ; l'essai avait été fait de construire dans l'établissement un espace de déambulation rond aménagé avec des arbres, dans lequel les patients pouvaient déambuler autant qu'ils voulaient sans se mettre en danger. C'était une tentative pour permettre aux résidents d'avoir une liberté d'aller et venir, certes limiter à l'intérieur de l'établissement, mais qui était ouverte jour et nuit pour les patients qui voulaient. La déambulation a été tellement appréciée des patients que l'un d'entre eux est mort à force de marcher ; il n'a pas su s'arrêter seul et est mort d'épuisement. Cette notion de liberté d'aller et venir évoque aussi la notion de sécurité pour les autres (sécurité publique) mais aussi pour le patient lui-même. Quelle démarche éthique doit-on avoir dans la confrontation entre ma liberté individuelle (marcher quitte à en mourir dans le cas précédent) et la sécurité (du patient et des autres).

Prenons le cas des établissements qui reçoivent des personnes en situation de handicap, notamment un exemple d'un établissement pour épileptiques (danger de chute permanent), avec un parc immense. Il y a dans cet établissement des jeunes, des mineurs, qui souhaitent faire du vélo. L'établissement les y autorisait mais en portant un casque et des protections. Or, les filles refusaient de mettre le casque adapté à leur pathologie parce qu'il n'était pas beau ; le refus était catégorique. Fallait-il dans ce cas leur refuser de faire du vélo parce qu'elles prenaient un risque ? Sur le plan de la sécurité, oui, sur le plan éthique et de leur liberté, non. C'était une atteinte à leur liberté d'aller et venir. Peut-on leur interdire de faire du vélo et pouvait-on leur permettre de faire du vélo sans casque ? Comment faire pour respecter leur liberté d'aller et venir tout en garantissant leur sécurité et celle de leurs camarades ? Ce genre de réflexion est très complexe puisqu'elle se fait au cas par cas, en fonction de la gravité de l'épilepsie de chaque patiente ; il y avait donc la réponse générale par rapport à leur liberté d'aller et venir et la réponse par groupe voir au cas par cas. Nous avons lancé une opération de fabrication, avec un centre de recherche en la matière, de casques qui soient à la fois jolis, amusants, customisables et adaptés. Il a fallu des mois pour mettre en place ces casques. Il fallait convaincre ensuite les jeunes filles de mettre leur casque leur en donner les moyens d'individualiser leur casque avec des autocollants, des lumières. Certains cas ont fonctionné. Mais pour les cas plus graves avec des risques de chute majeurs, il n'y a pas eu d'autre choix que d'interdire le vélo ; nous avons alors cherché la meilleure façon de leur expliquer la situation et surtout nous avons cherché d'autres moyens de leur permettre de faire des activités physiques ou moins d'organiser des rencontres dans le parc avec les autres adolescents et notamment avec les garçons. Nous avons donc mis en place des activités de course à pied, de marche, des groupes mixtes d'étude des oiseaux, etc.

5. Pour vous, quelles sont les limites de la liberté d'aller et venir du patient en psychiatrie ? Ces limites sont-elles justifiées et, si oui, pourquoi ?

Les mesures de soins contraints peuvent être justifiées ou non en fonction de la pathologie.

Cas du CMP de l'Ain : avant que cette affaire ne sorte, la direction du CMP m'avait demandé d'intervenir. Je suis intervenue le jour où l'affaire est sortie dans les journaux. Je n'en avais pas encore eu connaissance au moment où je suis arrivée au CMP. Je me suis retrouvée en face de médecins qui ne disaient pas un mot et la demande qui m'a été faite était d'intervenir sur la responsabilité. Au bout de 15min, je leur ai demandé de me dire ce qu'il se passait ; l'un de médecin a sorti le journal et ma l'a tendu. J'ai donc vécu cette affaire en direct et par la suite lors d'une deuxième visite. Lors du déjeuner, moment de détente moins formel, j'ai demandé au personnel de l'établissement comment il réagissait face à cette affaire et à ses retombées. Cette jeune fille est restée 1 an isolée, et souvent contenue dans sa chambre. Elle n'est sortie que quelques week-end pour se rendre chez ses parents, et c'est tout ; c'est une prise en charge qui ne serait plus du tout admise aujourd'hui. Pour certains, la réaction et la justification a été de dire « on a toujours fait comme ça » ; c'est donc qu'il y a une raison et qu'elle doit être bonne. La deuxième justification qui m'a été donné venait des paramédicaux : « si le médecin le permet, il sait ce qu'il fait et nous n'avons pas à porter un jugement ». Quand j'essayais de poser des questions aux paramédicaux sur leur point de vue personnel vis-à-vis de cette jeune fille qui était dans cette situation, il y avait une déresponsabilisation générale, avec un report de la responsabilité sur les médecins. Quand j'en discutais avec les médecins, ils disaient qu'ils prenaient simplement la suite de leur prédécesseur sur ce dossier ; « on ne pense pas que son état a évolué, comme les premiers ont dit qu'il fallait faire comme cela, on continue ».

Cette notion de justification est d'une complexité épouvantable. Je suis intervenue il y a peu de temps (début 2021) sur les questions des droits des patients en psychiatrie et les notions de contention et d'isolement, dans le cadre d'une formation en établissement psychiatrique. Sur la feuille de route de cette mission, je devais d'abord m'occuper de l'isolement-contention puis des droits des patients. Quand je suis arrivée avec le groupe il y avait un des participants à la formation qui m'a dit « surtout ne faites pas cet ordre, c'est hors de question ». Je lui ai demandé pourquoi et il m'a répondu que cet ordre chronologique ne devait pas être maintenu puisque maintenant les atteintes à la liberté d'aller et venir, dont la contention et l'isolement sont le cas extrême, ne correspondent plus à la manière dont nous devons travailler en psychiatrie ; donc, il faut que vous gardiez ce sujet pour le fait, en tant que soin à utiliser qu'en cas de nécessité absolue. Il me semble que c'est vraiment ce changement, en quelques années, en psychiatrie, par rapport à la contention et l'isolement – qui était une méthode classique, voir banale auparavant – qui a fait que la liberté d'aller et venir est aujourd'hui le principe. On a renversé totalement le système de soin, ce qui il me semble est une bonne chose. Cela a été assez rapide dans la pratique ; les écrits légaux ont suivi ensuite.

6. Y a-t-il des pratiques ou des procédures de soin qui vous paraissent trop restrictives de la liberté d'aller et venir du patient ? Si oui, lesquelles et en quoi vous paraissent-elles inappropriées ?

Elles seront inappropriées si elles ne correspondent pas à la pathologie du patient. Les mesures de soin seront inappropriées si elles ne correspondent pas à la pathologie du patient. J'ai fait une intervention en visioconférence courant Mars 2021 auprès de professionnels de la santé en psychiatrie. Un cas m'a été soumis ; un couple d'un certain âge dont l'épouse souffre de

troubles du comportement. Elle est hospitalisée en UCC (unité cognitivo-comportementale), un lieu où l'on essaye d'éviter toutes les mesures de contrainte au maximum. S'est posé la question de son retour à domicile, sauf que les assistantes sociales s'aperçoivent que son mari est maltraitant vis-à-vis d'elle. Est-ce qu'on la garde, en lui refusant la liberté d'aller et venir à domicile pour la protéger, ou bien est-ce qu'on la laisse rentrer parce que son mari l'exige et qu'il n'y a pas de raison de la garder plus longtemps ? Dans le premier cas, il s'agirait d'une atteinte à sa liberté d'aller et venir, non pas pour des raisons médicales mais pour des raisons environnementales et familiales. C'est une question complexe...

Si l'on reprend l'exemple de l'établissement recevant des patients épileptiques, la contention est également présente. Il arrive que, dans le cadre d'une crise d'épilepsie, le patient ait besoin d'être contenu, notamment dans des fauteuils. Pour les patients qui sentent venir la crise, cet établissement a décidé de mettre en place des fauteuils dans lesquels les patients peuvent s'auto-contenir ; la personne qui sent venir la crise, les professionnels les laissent aller seul sur ce fauteuil s'ils en ressentent le besoin. Lorsque la crise est finie, le patient peut se décontenionner seul. Certes, ces fauteuils sont une atteinte à la liberté d'aller et venir du patient mais elle est faite par le patient lui-même ! Sur le plan éthique, c'est beaucoup plus acceptable puisque c'est volontaire. Ce type de fauteuil n'est malheureusement pas valable partout ; en psychiatrie, pour maîtriser certains patients en crise, il faut 4-5 personnes pour la contenir au sol. Le patient n'est même pas toujours conscient d'être en crise. Le fait que le traitement soit adapté ou inadapté dépendra de la pathologie, de la personne et du moment où la personne se trouve dans sa pathologie. Quand on travaille avec les services d'urgence dans les établissements de santé et qu'ils voient arriver des personnes, qui sont à la fois atteintes de démences et qui prennent en plus de la drogue ou de l'alcool, dans des états épouvantablement violents, l'atteinte à la liberté d'aller et venir du patient va être nécessairement violente ; c'est presque proportionnel. Parfois il n'y a pas d'autre choix que d'être quatre soignants pour plaquer une personne à terre et la contenir, le temps que la crise passe. La notion d'appropriation ou de non-appropriation dépend de la pathologie, de la personne, de son environnement et du stade de sa pathologie. Les pratiques professionnelles évoluent beaucoup heureusement, grâce à l'évolution du regard que l'on porte sur les patients ; comment peut-on faire autrement pour prendre en charge le patient sans porter atteinte à ses droits ?

Le patient acteur de sa santé ; le fait d'associer réellement les patients pour voir comment on peut faire autrement est quelque chose qui, dans la pratique, pour ces personnes en psychiatrie, en EHPAD, en établissement pour les personnes en situation de handicap, est extraordinaire lorsque c'est bien fait.

Il y a 1 siècle, on n'avait pas les médicaments que l'on a aujourd'hui. On avait peur des fous, donc on les enchainait afin qu'ils ne posent pas e problème pour les autres. Aujourd'hui, dans n'importe quel établissement psychiatrique les portes sont majoritairement ouvertes. Il n'y a même plus de hauts murs. D'ailleurs, l'ouverture de ces établissements a engendré de nouveaux problèmes ; au Vinatier, lorsque le mur a été abaissé voir même remplacé à certains endroits par de simples grillages, on s'est rendu compte que des individus faisaient passer des sachets de drogue ; le danger vient donc peut-être même plus de l'extérieur de l'établissement.

UCC = Unité Cognitivo-Comportementales

7. Quelles sont les soins qui vous posent le plus de difficultés en termes d'éthique, sur la question du respect de la liberté d'aller et venir du patient ?

A l'inverse, avez-vous des exemples de soins qui paraissent éthiquement contestables mais qui sont demandés ou souhaités par le patient ?

La contention peut être contestable sauf lorsque c'est très clairement nécessaire. Le cas des fauteuils d'auto-contention permet de résoudre au moins partiellement le problème éthique posé par cette mesure de soin contraignant, puisque c'est le patient qui décide lui-même de se contensionner. Dans l'établissement en question, il m'a été rapporté que, chez les jeunes, les crises se passaient essentiellement au moment des repas. L'établissement a donc mis en place dans la salle de repas, un petit coin isolé avec des paravents très jolis, flashy, sympathiques, avec le fauteuil derrière. Les jeunes y vont spontanément lorsqu'ils sentent la crise venir ; cela leur permettait de ne pas être vu pendant la crise, et de retourner manger une fois qu'il faisait le choix de se décontensionner. En plus, le fait d'être dans la même salle leur permettait d'entendre les conversations des autres patients, tout en étant à l'abri des regards pour la crise. La contention en elle-même paraît très agressive mais il existe des solutions ; celle-ci est éthiquement exceptionnelle puisque la personne est maître de sa contention.

Les cas qui sont éthiquement très contestables sont les contentions en EHPAD où des mesures de contrainte sont prises alors que ce n'est pas forcément nécessaire. Dans les mesures d'isolements ou de soin restrictifs des libertés d'aller et venir vous avez malheureusement un certain nombre de mesures qui sont prises dans les établissements qui ne relèvent pas du bien-être des patients ou de la nécessité pour les soigner et qui sont seulement des questions d'organisation professionnelle. Cela pose des problèmes pour les patients bien sûr, mais aussi pour les professionnels puisque cela implique un éventuel problème éthique au niveau de la direction.

8. Qu'avez-vous à dire sur le contrôle des mesures d'isolement et de contention ?

Les contrôles de ces soins contraints existent, c'est déjà cela. Ce qui me dérange éthiquement parlant, c'est que les nouveaux textes sur la contention et l'isolement ne sont valables qu'en psychiatrie, ce qui est très limité. Ces textes ne s'appliquent pas directement dans les EHPAD par exemple, hors les questions d'isolement et de contention en EHPAD sont classiques. Les juges ne viennent pas en EHPAD. Mon premier regret c'est que les mesures existantes en psychiatrie ne soient pas étendues en EHPAD particulièrement. Cet ajustement a été demandé par le défenseur des droits, Jacques TOUBON, à plusieurs reprises, aussi bien pour les EHPAD que pour les établissements qui reçoivent des personnes en situation de handicap.

Or, l'absence de contrôle peut laisser libre court à d'éventuels abus.

Il existe notamment des atteintes à la liberté d'aller et venir des patients en situation de handicap dans leurs établissements de prise en charge, en particulier pour les handicapés cérébraux, avec des handicaps lourds. Ces atteintes sont peut-être justifiées mais elles ne sont pas contrôlées.

9. Quelle est votre appréciation de la procédure de contrôle du respect de la liberté d'aller et venir du patient par le JLD ? Selon vous, est-elle justifiée dans le cadre de soins psychiatriques ? Suffisante ? Légitime ? Correctement appliquée ?

La procédure de contrôle par le JLD est une bonne chose. Après, dans l'application, cela dépendra du juge qui va l'appliquer. IL y a des juges qui sont extraordinaires, qui s'impliquent totalement dans ce contrôle, essayent de comprendre ce qu'est la psychiatrie, qui essayent de

s'adapter au patient. Il y en a d'autres qui semblent faire ça par dépit, qui tiennent ce poste temporairement, en attendant d'en avoir un autre, qui vont le faire mais plus administrativement. Le regard des psychiatres sur les patients reste évidemment le plus important ; le juge ne peut pas faire sortir un patient parce qu'il le demande, on reste dans une procédure de soin sans consentement. Un juriste n'est pas compétent en psychiatrie.

Exemple d'un homme hospitalisé dans un établissement psychiatrique de la région Auvergne-Rhône-Alpes, qui a eu un droit de sortie délivré par son psychiatre. A peine dehors, le patient a pris le car, il a été acheté un couteau et a poignardé le premier passant qu'il a croisé, en l'occurrence un étudiant, qui en est mort. Est-ce qu'on n'aurait pas dû limiter sa liberté d'aller et venir ? Est-ce que là on n'a pas fait en sens inverse ; pour la liberté du patient au détriment de la sécurité publique ? Dans l'affaire de l'infirmière égorgée à l'Hôpital psychiatrique de Pau, la même question s'est posée ; est-ce qu'on n'aurait pas dû limiter davantage la liberté d'aller et venir du patient en question, pour éviter qu'il n'agresse et ne tue une infirmière ce soir-là. Il faut prendre en compte tous les critères ; la liberté du patient et la sécurité publique ; à ce titre la notion de dangerosité en psychiatrie est extrêmement complexe, non seulement de par la définition qu'en donne le droit, mais également par la difficulté à jauger l'état de dangerosité d'un malade. Qu'est-ce que la dangerosité en droit ? C'est l'atteinte potentielle aux autres et à soi-même. Mais on peut être dangereux de par sa pathologie, de manière intermittente, et être en principe sain d'esprit et avoir tout à coup une bouffée délirante.

Qu'est-ce qui prévaut ? La liberté individuelle ou la liberté collective ?

10. Connaissez-vous d'autres formes de contrôles du respect de la liberté d'aller et venir du patient ?

Il existe des limites architecturales à la liberté d'aller et venir. On demande à un architecte de construire une nouvelle aile dans un établissement psychiatrique. Il réfléchit avec les médecins. Dans sa logique d'architecte il se dit, les personnes atteintes de maladie psychiatriques n'ont pas le même rapport aux murs et aux plafonds que nous. Or, quand ils sont dans une pièce classique, les murs sont droits, les plafonds sont droits et ils y sont mal. Pour qu'ils soient mieux, on va construire cette aile avec des murs et des plafonds jamais droits, arrondis, etc. Intellectuellement c'était logique, sauf que dans la pratique, le bâtiment est resté vide. Au bout de 2 jours, les patients qui y avaient été insérés ont eu des crises ; le fait que les murs et les plafonds soient de guingois, alors qu'ils avaient l'habitude de murs droits, ça les avait totalement déstabilisés. Cela a été une erreur monumentale, malgré la bonne volonté de l'architecte. Dans un service fermé pour les personnes atteintes de MAMA, les soignants se plaignaient d'avoir de plus en plus de mal à faire sortir les patients de leur chambre pour les faire marcher et aller jusqu'à la salle de repas. Ils demandent donc à un architecte de leur proposer une solution. Celui-ci réfléchit et propose de changer le couloir ; il enlève toutes les fenêtres et change les lumières du réfectoire en y mettant des lumières très agréables. L'idée était de laisser le couloir dans le noir et d'éclairer la salle à manger avec une lumière agréable afin que les résidents soient attirés par cette pièce lumineuse et aient envie de s'y rendre. Malheureusement, l'effet a été opposé ; les résidents avaient peur du noir et plus personne ne voulait aller en salle de repas. Ce sont des exemples d'atteintes à la liberté d'aller et venir du patient, de façon involontaire, par une erreur architecturale. Les problèmes des hauteurs de marches peuvent également, pour certains patients, poser problème et entraîner une restriction de leur liberté d'aller et venir. Ces détails architecturaux peuvent porter atteinte involontairement à cette liberté, suivant la catégorie de patient ou sa pathologie.

Il y a également des limites organisationnelles qui restreignent la liberté d'aller et venir des patients. Il est normal qu'il y ait des règles dans un établissement, pour pouvoir le gérer correctement, mais il faut également qu'il y ait une marge de manœuvre pour les patients qui en ont vraiment besoin. Par exemple, il y a environ 20 ans dans un établissement psychiatrique, un patient rentre et informe le personnel soignant que la chose qui lui fait le plus plaisir est de regarder Julien Lepers dans Questions pour un Champion. Malheureusement, l'heure à laquelle passait cette émission était l'heure du diner. Dans un premier temps, il a dû rater son émission voir venir diner en même temps que les autres patients ; contrainte. Voyant qu'il ne pouvait plus regarder son émission, il refusait de manger pour pouvoir rester en chambre et ne pas la rater. L'équipe a donc laissé faire pendant les premiers jours de son hospitalisation ; il regardait son émission mais ne dinait plus, ce qui était une atteinte à ses droits ; c'était l'un ou l'autre, manger ou regarder l'émission. En définitive et en toute logique, certains membres du personnel ont trouvé une solution ; lui préparer un plateau repas. Sauf que, cette idée qui était très bonne pour ce patient, a engendrée des demandes identiques chez d'autres patients. Le fait d'isoler quelqu'un ou de lui interdire de sortir d'un service, d'un lieu ou de sa chambre par mesure de rétention est une chose qui existe encore, malheureusement. C'est une chose parfaitement inadmissible à tous points de vue. Il y a également les limites familiales entraînant une atteinte à la liberté d'aller et venir du patient. C'est le cas par exemple dans des familles dont on sait qu'elles sont temporairement néfastes au patient ; ce-dernier ne retournera pas à son domicile. Ces atteintes à la liberté d'aller et venir extérieures au service, à la pathologie, qui sont les limites environnementales, familiales, sont très courantes et très difficiles à gérer pour l'établissement qui n'a pas la main dessus.

11. Considérez-vous que ces contrôles soient efficaces pour préserver les libertés et droits du patient ? Pour le fonctionnement de l'établissement ? Sur quel(s) point(s) ?

Quand il fonctionne bien, oui, très efficace. Le lien entre les JLD, les patients, les équipes soignantes et les familles peut très bien fonctionner quand tout se goupille bien. Quand il y a un contrôle, lorsqu'il est bien fait, évident c'est efficace. Mais il faut vraiment qu'il y ait une alliance thérapeutique ; tout le monde est dans son rôle, les juges ne prennent pas le rôle des médecins, ils leur font confiance, ils écoutent les patients et leur avocat, ils connaissent l'établissement et la direction, tout le monde se fait confiance et travaille ensemble. Si chacun fait bien son métier, sans empiéter sur le domaine des autres, en sachant que l'intérêt principal est celui du patient que l'on prend le temps d'écouter si possible, alors tout se passe très bien. Ça ne fonctionne pas toujours lorsque le juge n'est pas dans son rôle, lorsque l'avocat est commis d'office et qu'il ne connaît rien ou pas grand-chose à la procédure.

12. Vous arrive-t-il d'éprouver des difficultés à remplir votre rôle ? (points de relance : contrainte éthique, légale, de terrain, etc.) Si oui, dans quelles situations ? Quelles solutions pourriez-vous imaginer ?

Les difficultés que je peux rencontrer pour tenter d'accompagner et d'aider les autres, il faut d'abord que j'arrive à comprendre ce que vivent les autres. En psychiatrie c'est cela qui est compliqué ; c'est un domaine qui évolue en permanence, qui est très varié et qui touche au cœur même de l'humain. Il faut toujours avoir cette humilité de se dire que l'on ne sait pas, poser beaucoup de questions pour pouvoir tenter de donner un avis ou de chercher une solution. Je dirais donc que ma première contrainte c'est moi ; je ne dois pas arriver en me

disant « je sais, j'ai compris ». Par exemple, je suis intervenue deux fois en psychiatrie dans un établissement, une fois fin 2020 et une autre en janvier 2021, sur le même type de public, pour le même genre de thématique. L'erreur à ne pas faire est de se dire que le premier groupe sera identique au second étant donné le secteur identique aux deux. Toul est toujours différent car le vécu des patients et celui des professionnels de santé est différent à chaque fois et propre à chacun d'entre eux. C'est donc toujours quelque chose de nouveau. A chaque fois, il faut repartir de zéro pour comprendre sur quoi on travaille et sur quoi s'appuient les différences entre groupes de même type. Il faut toujours écouter, poser des questions et ne jamais juger. Il y a toujours une bonne raison à la réaction d'un patient ou d'un professionnel de santé ; soit parce qu'il est en difficulté, soit parce qu'il a été atteint sur un sujet qui est fondamental pour lui.

13. Vous arrive-t-il de vous sentir mal à l'aise face aux demandes de liberté des patients, tout en sachant qu'une liberté totale est impossible ? Si oui, comment réagissez-vous ?

Dans un comité d'éthique, on a souvent des cas de patients qui souhaitent sortir mais qui ne le peuvent pas à cause de leur état de santé mental. Souvent d'ailleurs, ils n'en sont pas conscients. Pour déterminer comment on peut maintenir une interdiction, il faut d'abord voir si on ne peut pas faire autrement. Dans un second temps, il faut également voir si, avec cette interdiction maintenant, on ne peut pas la rendre plus légère, au moins à supporter. Par exemple, un cas sur lequel nous avons travaillé pendant 6 heures : une jeune femme, entre 20 et 25 ans, hospitalisée dans un établissement psychiatrique pour une forme de démence grave. En résumé, elle avait besoin de transfusions régulières, vitales pour elle. L'évolution de sa pathologie fait qu'elle voit le porte-poche et la poche comme un être qui l'agresse. Si cette transfusion n'est pas faite, son pronostic vital est engagé ; mais comme elle perçoit désormais le matériel de transfusion comme un être agressif, elle n'en veut pas, quitte à s'arracher les seringues elle-même. Plusieurs possibilités ; la forcer à faire ses transfusions soit en la sédant complètement pour éviter qu'elle ne les rejette soit en la conventionnant aux quatre membres. Ces deux solutions paraissent violentes. La réflexion a été complexe et longue. Au bout de plusieurs heures la solution est arrivée par hasard, comme souvent. En essayant de comprendre ce qui l'intéresse, ce qui lui plaît, un soignant nous dit « elle adore les animaux et elle a un doudou qui représente un panda ». On a alors l'idée de fabriquer un doudou évidé dans lequel on cacherait la poche et un doudou plus grand du même animal qui tiendrait la poche, sur le porte-poche. On a essayé. Pour que cela marche, nous avons anticipé la transfusion en lui amenant les jours précédents un doudou du même animal en lui proposant de le prendre en charge parce qu'il avait la même maladie qu'elle. Ils lui ont donc fait comprendre qu'il fallait les mêmes soins. Pendant 2 jours les infirmiers l'ont préparé en lui disant que les parents de ce petit doudou allaient venir pour lui faire le soin, en même temps qu'à elle. Comme elle adorait les doudous, ce qu'ils ont fait c'est qu'ils ont amené deux poches le jour de la transfusion ; un pour elle avec son traitement et le stratagème des doudous sur la poche et un autre stratagème identique pour le petit doudou qu'elle avait depuis plusieurs jours et dont elle croyait qu'il avait la même maladie qu'elle. C'est la patiente elle-même qui a « piqué » son doudou ce qui a permis de la distraire pendant que les patients lui faisaient la même chose. On a essayé de rentrer dans sa logique à elle, en prenant le temps ; c'est ce qui a fonctionné.

14. Quel effet pensez-vous que le contrôle du JLD a sur le patient ?

Quand on a des juges extraordinaires, le rapport avec le patient est extraordinaire. Il y a des juges qui prennent vraiment du temps pour répondre au patient, lui expliquer la procédure et ses possibilités ; ce sont des juges qui allient le droit et l'humain.

Lorsque le JLD n'est pas forcément à l'écoute et qu'il ne prend pas le temps de répondre au patient si besoin, au moins a minima, la situation peut devenir très angoissante pour le patient bien sûr.

15. Pensez-vous qu'il soit légitime, dans certains cas, de limiter davantage la liberté d'aller et venir du patient ? (faits divers commis par des malades psychiatriques)

Je n'en sais rien. Si on reprend le cas du patient qui a poignardé un jeune homme à Grenoble, ou de celui qui a tué une infirmière à Pau, ces réactions étaient totalement imprévisibles. Évidemment, il aurait fallu limiter davantage leur liberté d'aller et venir ; rien ne serait arrivé ; mais c'est toujours difficile d'apprécier l'imprévisible. La grande difficulté des psychiatres est la notion de dangerosité qui conditionne le respect de la sécurité publique. La dangerosité en psychiatrie est d'une complexité absolue et dont on ne peut jamais être sûr. On peut être sûr de la dangerosité d'un patient quand il est manifestement en pleine crise ; il est dangereux pour lui-même et il est dangereux pour les autres. Il y a évidemment des pathologies qui sont plus à risque que d'autres comme la schizophrénie qui se caractérise notamment par l'obéissance à une voix intérieure qui dicte les faits et gestes du malade, y compris les plus graves. La sécurité publique c'est ne pas mettre en danger les autres ; cela passe par l'évaluation du degré de dangerosité d'un patient. A partir du moment où l'on a une dangerosité qu'on a pu jauger, déterminer et qui présente un risque pour les autres (ou lui-même), il faut évidemment prendre les mesures de contraintes nécessaires.

Par exemple, les patients atteints de MAMA, justement parce qu'ils sont totalement désorientés dans le temps et l'espace, doivent être contrôlés, contraints éventuellement parce qu'ils sont avant tout dangereux pour eux-mêmes et peuvent l'être pour les autres (incendie par exemple). Il faut adapter la mesure par rapport au degré de dangerosité de la personne ; c'est là tout le problème des éventuels abus qui sont parfois involontaires.

16. En sachant le caractère parfois traumatisant de certains soins, qu'est-ce qui vous paraît le plus important ; garantir la sécurité publique ou les droits des patients en psychiatrie ?

Ce que j'entends souvent en intervention en établissement et qui me plait, mais qui n'est pas valable à 100%, c'est le fait de dire que s'il y a une contrainte, il faut qu'elle soit justifiée, expliquée au patient pour qu'elle soit au moins comprise par celui-ci sinon acceptée (quand la compréhension est possible bien sûr). Il y a des établissements psychiatriques en France qui annoncent, et c'est suivi d'effet, qu'il n'y a plus aucune mesure d'isolement et de contention, non pas parce qu'ils biaisent en faisant des contentions chimiques mais bel et bien en arrêtant ce type de soin. Cela signifie que cette notion de parole est primordiale sur la notion de contrainte ; c'est de plus en plus présent aujourd'hui, heureusement.

Dans les cas où la crise nécessite forcément un isolement et/ou une contention, j'ai remarqué que, dès que la crise est passée, les soignants cherchent souvent à créer cette alliance avec le

malade. Cela implique du temps, de l'investissement et il faut que ces professionnels adhèrent à cette démarche et y soient formés.

17. Concernant les mesures d'isolement et de contention, quelles améliorations suggèreriez-vous concernant leur procédure et/ou leur contrôle ?

La loi de financement de sécurité sociale de Décembre 2020 précise un certain nombre de points très importants. La question est de savoir comment les psychiatres vont recevoir cette réforme du contrôle de l'isolement et de la contention. Certains seront d'accord, d'autres ont estimé avant même d'avoir lu le texte que c'est une atteinte à leur liberté de prescription. Parfois l'isolement et la contention sont indispensables mais cela doit rester des solutions de dernier recours, limitées et contrôlées réellement. C'était déjà le cas depuis la loi de 2016, mais apparemment trop d'abus ont été constatés pour que l'on en arrive à une loi supplémentaire à un contrôle accru. Le temps d'isolement et de contention ne doit pas seulement être un soin mécanique ; il faut que le patient puisse se distraire si sa pathologie le permet (musique, télévision), pour ne pas rester des heures seul dans sa chambre, pour mieux vivre cette situation qui est particulièrement violente et traumatisante. Par exemple, je suis allée dans un établissement psychiatrique où ils faisaient intervenir des bénévoles qui avaient été sélectionnés pour le timbre de voix apaisant pour lire des livres aux patients qui étaient contenus. Techniquement et légalement tout était respecté, mais cette intervention humaine permettait de mieux vivre cette situation. C'est un raisonnement éthique que la loi ne prévoit pas et qui, malheureusement est peut mis en place dans les établissements.

18. Globalement, quelles critiques feriez-vous vis-à-vis de la législation en vigueur concernant la notion de liberté d'aller et venir du patient en psychiatrie ?

L'un des points compliqués en pratique et juridiquement également, notamment pour les soignants qui interviennent dans ces deux domaines, c'est l'éventuelle distinction entre les soins psychiatriques et les soins somatiques. Dans la loi, des atteintes aux libertés d'aller et venir peuvent être prises pour traiter des soins somatiques mais très peu pour des soins psychiatriques. Je vais prendre le cas le plus extrême : un patient hospitalisé sous contrainte à cause de sa pathologie psychiatrique, mais qui a également une pathologie somatique. La contrainte est sur le plan psychiatrique. Quelle est sa possibilité de refuser des soins somatiques, notamment dans le cas où en raison des soins somatiques il pourrait y avoir des atteintes à sa liberté d'aller et venir, il dit non. Certains psychiatres diront que la contrainte porte sur la prise en charge globale dont le somatique et d'autres disent que la contrainte est sur le psychiatrique et sur le somatique il doit garder sa liberté (dans la mesure où il est capable de comprendre et prendre des décisions bien sûr). Lorsque la personne est hospitalisée sous contrainte, est-ce que cette contrainte porte uniquement sur le psychiatrique ou est-ce qu'elle touche aussi le somatique ?

19. Quelles améliorations aimeriez-vous apporter concernant la conciliation du respect de la liberté d'aller et venir du patient et de la sécurité publique ? (suivant la réponse, demander les améliorations potentielles des procédures de soins contraints ou des contrôles)

Pour concilier santé publique et droit du patient il faut :

- que les différents acteurs prennent le temps d'échanger, que le patient soit écouté et compris le mieux possible, que les procédures leur soient expliquées, etc. Il faut parfois prendre le temps de s'adapter au patient plutôt que de chercher à le faire rentrer dans le moule ; souvent, la réponse aux problèmes comportementaux réside dans un détail de la vie courante qui peut être réglé.

- que la notion de dangerosité soit graduée plus efficacement, en prenant en compte les cas de crise totalement imprévisible. Il existe déjà des grilles de dangerosité, mais tout cela est théorique. Il faudrait peut-être approfondir les recherches en ce sens.

La psychiatrie c'est de la haute couture : le point suivant peut être différent du précédent parce que le tissu sera plus fragile. Aujourd'hui, il y a un changement de rapport au patient qui est phénoménal, positive et de plus en plus tournée vers l'éthique et l'humain. Il y a une volonté de donner au patient plus d'autonomie au sens éthique du terme, ce qui engendre plus de libertés au sens juridique.

Il faut également avoir conscience que la liberté d'aller et venir est très différente pour les patients en psychiatrie. Certains ont peur d'une partie de leur lit et se cantonne à celle qui les rassure ; ils s'auto contraignent, restreignent eux-mêmes leur espace. Favoriser leur liberté d'aller et venir, ce peut être dans ce cas les aider à ne plus avoir peur de l'autre partie du lit pour qu'ils retrouvent un espace agréable et sur.

Annexe 39 : Entretien Procureur VIOUT, réalisé en mars 2021

1. En quoi consiste votre métier ? Dans quelle(s) mesure(s) intervenez-vous dans le domaine de la psychiatrie ?

Je ne suis plus en fonction, je suis aujourd'hui honoraire. Je suis intervenu dans ces problèmes en tant que procureur de la République d'abord pendant de nombreuses années dans le cadre de la visite annuelle que doit faire chaque Procureur de la République dans les établissements psychiatriques. C'est une obligation qui est prévue par la loi mais dont on sait qu'elle n'est pas toujours respectée de manière rigoureuse ; je voyais récemment que cette obligation n'était respectée en 2012 que d'une manière très moyenne puisque 57% seulement des établissements avaient reçus des visites. C'est un chiffre qui est impressionnant mais il est encore plus impressionnant lorsqu'il s'agit des Préfets, car ils ont également l'obligation de visiter annuellement les établissements psychiatriques, puisqu'en 2012, 94% des établissements n'avaient pas reçu de visite annuelle des préfets. Je tenais beaucoup à faire ces visites parce que ça me permettait d'avoir un contact avec les responsables des établissements et de voir un peu comment ils étaient tenus.

Lorsque j'étais à Annecy j'ai été confronté à la mort d'un malade hospitalisé à l'hôpital psychiatrique de Sénoux, à côté d'Annecy, qui a mis le feu à sa chambre d'isolement grâce à son briquet de cigarette, plus précisément à son matelas qui a dégagé des gaz toxiques entraînant la mort du patient. Évidemment cela a entraîné une enquête avec mise en responsabilité de l'établissement et ça m'a montré l'importance de voir dans quelles conditions les malades psychiatriques sont détenus/internés. Je demandais également à ce qu'on annonce aux malades que je venais tel jour à telle heure et que ceux qui voulaient s'entretenir avec moi pouvaient le faire sans difficulté. Je me mettais à la disposition des malades. Mais très peu de malades demandaient à être entendus puisqu'à l'époque il n'y avait une saisine que si le malade émettait des observations sur son internement. Aujourd'hui c'est très différent puisqu'il y a toute cette automaticité qui est très importante et qui a corrigé justement cette lacune. Lorsque je suis devenu Procureur Général, j'ai imposé aux Procureurs de respecter strictement l'obligation de visite imposée par la loi, et de rédiger un rapport sur les problèmes qu'ils ont rencontrés, les effectifs et registres qui leur ont été présentés, de voir s'il y a eu des contestations au niveau de certains placement d'office, l'état des chambres d'isolement, etc. Dans la circonscription judiciaire de Lyon, pendant toute la période où j'ai été Procureur Général, de 2004 à 2011, je me suis beaucoup attaché à cela. Ensuite, il y a eu la mise en route de la réforme qui était pour nous une grande inconnue puisqu'il fallait que l'on organise un contentieux et un système d'audience par les JLD qui était tout à fait nouveau. Il fallait que l'on consacre des créneaux avec des magistrats dédiés pour assurer ces choses-là. Il y a d'abord eu une discussion ; est-ce que ces audiences allaient se tenir au Palais de Justice ? Est-ce qu'elles allaient se tenir dans l'enceinte des établissements psychiatriques ? J'ai eu des collègues juristes qui étaient extrêmement réticents au départ et qui étaient attachés à la tenue des audiences dans les Palais de Justice. Très vite, un consensus s'est fait en disant que, compte-tenu du profil particulier des malades, on voyait mal ceux atteints de troubles mentaux importants devoir être pris en charge, sédaté ou maîtrisé éventuellement s'ils sont excités, dans les Palais de Justice. Donc très vite à Lyon, notamment avec une très bonne collaboration avec le Vinatier, a été instaurée la tenue des audiences sur place.

2. Quels sont les droits du patient en psychiatrie ? (préciser à l'oral qu'il faut une réponse plutôt synthétique)

Les principaux droits propres au patient en psychiatrie est d'être informé qu'ils ont à tout moment la possibilité d'avoir recours à un regard extérieur qui est concrétisé par l'autorité judiciaire, qui est indépendante par définition, pour vérifier la proportionnalité entre la privation de liberté et les autres impératifs, c'est à dire la protection de soi-même et d'autrui. Est-ce que la nécessaire protection de soi-même et évidemment d'autrui justifie la privation de liberté que constitue l'hospitalisation sous contrainte ?

Donc le premier droit qu'à le malade c'est de savoir qu'à tout moment il y a, au sein de la société, des individualités qui ont une prérogative ; celle de vérifier le bien-fondé de cette privation de liberté. Évidemment, si cette privation de liberté apparaît disproportionnée, la possibilité d'ordonner qu'il y soit mis fin ; c'est vraiment le droit fondamental du malade. Cela passe par le droit à l'information puisque ce droit n'existe que si le patient en a été informé, mais aussi par l'efficace de ce contrôle qui a été remarquablement réalisé par la loi qui enserme l'intervention du juge dans des délais extrêmement brefs. Si le juge intervient 6 mois plus tard, ce contrôle serait inefficace et même superflu dans certains cas. C'est bien le travers que l'on voit par exemple en matière d'assistance éducative concernant les mineurs ; vous avez un juge des enfants qui en place un dans un foyer par mesure d'assistance éducative, les parents se plaignent de cette décision et font appel et il n'est pas rare de voir s'écouler plusieurs mois avant que la Cour d'Appel ne décide si le juge des enfants a bien fait ou mal fait de placer cet enfant sous assistance éducative. Si on transposait le même raisonnement pour les hospitalisations sous contrainte, on verrait un directeur d'établissement prendre la décision de placer un malade en milieu fermé et puis de saisir le juge qui ne rendrait sa décision que plusieurs mois plus tard. Le fait d'avoir ce délai de 12 jours, qui est très bref, donne une garantie. C'est la réactivité et le caractère extrêmement restreint des délais dans lesquels l'institution judiciaire doit rendre la décision sur le bien-fondé de l'hospitalisation d'office.

3. Qu'évoque, pour vous, la notion de "liberté d'aller et venir", et plus particulièrement en psychiatrie ? Et, en complément, qu'évoque pour vous la notion de "sécurité publique", notamment dans le domaine de la psychiatrie ?

La liberté d'aller et venir c'est une liberté fondamentale. La liberté du citoyen d'aller et venir c'est la liberté numéro 1 ; c'est la liberté de se mouvoir, c'est la liberté de ne pas être entravé ni dans l'espace, ni dans ses activités, ni dans le temps. Évidemment cette liberté d'aller et venir a pour limite là où commence celle des autres ; c'est à dire que dès l'instant où la liberté d'aller et venir va porter atteinte à une autre liberté d'autrui qui est la liberté de conserver son intégrité physique, la liberté de jouir de sa propre sécurité - qui est un devoir de l'État vis à vis de chaque citoyen - là se pose la conjonction entre le liberté d'aller et venir d'un individu et la protection des libertés d'autres individus qui peuvent avoir l'occasion de croiser leur chemin.

On débouche là sur la notion d'ordre publique. L'ordre publique c'est l'ordre républicain dans un État de droit, dans un Démocratie qui est encore une fois l'ordre qui est chargé d'assurer la protection de l'ensemble des libertés individuelles. Ce n'est pas un ordre politique comme dans un État totalitaire ou dans un État fasciste, où dès l'instant où quelqu'un viendrait troubler de par ses opinions, de par ses comportements, l'exercice du pouvoir par ceux qui le détiennent, on utilise l'hôpital psychiatrique comme moyen d'écartement du circuit social. Malheureusement, l'histoire est pavée de ces exemples où l'on a utilisé les blouses blanches

pour pouvoir détourner la difficulté de mettre quelqu'un en prison alors qu'il n'a commis aucune infraction ; c'est une dérive qui est fondamentalement inacceptable dans notre Etat de droit, c'est évident. On ne peut pas utiliser, pour la protection de l'ordre public, au sens de l'exercice des pouvoirs publics, l'hospitalisation sous contrainte, puisqu'on est dans le cadre d'un ordre public protecteur des libertés individuelles en France.

4. Êtes-vous régulièrement confronté à ces notions dans l'exercice de vos fonctions ? Si oui, sous quelle(s) forme(s) ?

/

5. Pour vous, quelles sont les limites de la liberté d'aller et venir du patient en psychiatrie ? Ces limites sont-elles justifiées et, si oui, pourquoi ?

Elles sont justifiées par le fait que le patient peut se mettre en danger lui-même ou mettre en danger les autres. On a des gens qui malheureusement ont de telles tendances suicidaires ou d'autodestruction qu'il faut les protéger, et il y a des gens qui malheureusement, maintenus dans le circuit social, présentent une dangerosité importante. On en a eu des exemples très concrets du côté de l'hôpital de Grenoble avec un patient en sortie temporaire qui a fini par causer la mort d'un malheureux innocent qui marchait tranquillement dans la rue et qui s'est retrouvé transpercé de coups de couteau sans explication. Est-ce que l'état mental d'un individu nous permet de prendre le risque de le mettre dans le circuit social dans lequel il serait susceptible de porter atteinte à l'intégrité d'autrui. C'est vraiment notre souci. Évidemment, le magistrat travaille à partir des matériaux qu'on lui donne, c'est à dire essentiellement les expertises. Le magistrat ne va pas se substituer à l'Expert psychiatre ! Un magistrat qui s'estimerait plus psychiatre que les psychiatres serait un magistrat dangereux. Nous jugeons à longueur d'année des affaires techniques, des affaires médicales, des accidents, des catastrophes écologiques, etc. ; on ne peut pas être spécialiste de ces techniques, si diverses les unes par rapport aux autres. On se repose bien sûr beaucoup sur l'expertise. C'est donc le rôle important des Experts qui, dans certains cas, s'impose inévitablement au juge ; d'où la critique qui est souvent faite à l'égard des juges qu'on accuse de se désresponsabiliser sur les avis des Experts. Mettez-vous à la place d'un juge ; vous avez un médecin psychiatre et un Expert qui disent estimer que la prolongation d'office de cette personne est justifiée. Comment un juge, à partir de ces avis médicaux de gens spécialisés, va pouvoir dire que ce n'est pas vrai. Bien sûr le juge va recevoir la personne, s'entretenir avec elle ; moment où il doit avoir une fine perception des choses. Si le juge s'interroge sur l'intérêt du maintien de l'hospitalisation sous contrainte, il va ordonner une expertise judiciaire. Pour un juge, en présence d'un avis technique d'Expert qui dit A alors que son ressenti personnel est B, il est éthiquement impossible de pencher pour son avis personnel sans demander l'avis d'un autre Expert Judiciaire, extérieur, qui n'a pas eu à travailler avec ce malade, qui n'a aucun rapport avec les médecins de l'établissement et qui rendra donc un avis neutre et éclairé. C'est tout le problème de l'évaluation psychiatrique qui se pose à longueur d'année pour nous les juristes qui intervenons dans ce cadre. En dehors de l'hôpital psychiatrique, quand on a un crime de sang qui est commis, savoir si la personne était ou non en état de démence au moment des faits, savoir si son discernement était altéré ou aboli, c'est vraiment un gros travail d'Expert. D'ailleurs, si le discernement était altéré il n'y a même plus de procès et l'individu est placé d'office en hôpital psychiatrique.

6. Selon vous, la sécurité publique est-elle suffisamment garantie par les procédures actuelles de soins contraints ?

Comment pourrait-on la garantir plus ? En exigeant qu'une collégialité d'Experts statuent lorsqu'il y a divergence d'avis ; on s'entourerait de cette garantie. Mais on se heurterait au problème actuel qui est la raréfaction des Experts Judiciaire en matière psychiatrique notamment. On a des expertises judiciaires qui durent très longtemps et qui retardent beaucoup de procédures, qui entraînent des détentions provisoires qui s'éternisent pendant des semaines et des semaines ; le dossier est fini, le juge d'instruction à terminer son travail et on attend le retour de l'expertise psychiatrique. Oui on pourrait renforcer en rendant plus systématique la collégialité d'Experts mais que faire de plus que ce qu'a fait la loi qui a déjà prévue des délais très brefs, qui a prévue à tout moment la possibilité de saisir le juge et qui a prévue l'assistance systématique d'un avocat. La présence d'un avocat est importante ; la personne n'arrive pas toute nue avec son malheureux bagage "d'anormalité mentale" devant le juge, il y a un homme de loi qui est là et qui prend la parole au nom du malade. La brièveté des délais de saisie du juge, la brièveté du délai donné au juge pour rendre sa décision, la présence systématique d'un avocat sont les trois piliers, à mon avis, qui ont permis à la protection du malade hospitalisé sous contrainte d'évoluer de manière très importante au cours des dernières années.

7. Y a-t-il des pratiques ou des procédures de soin qui vous paraissent trop restrictives de la liberté d'aller et venir du patient ? Si oui, lesquelles et en quoi vous paraissent-elles inappropriées ?

Comment un juge va pouvoir dire si un soin médical est approprié ou non ? On décide de faire subir à un malade des électrochoc par exemple ; est-ce qu'un juge va pouvoir dire que c'est abusif ou pas ? Non ! Encore une fois, si le juge avait le sentiment qu'il y a un abus d'utilisation de telle médication, il faut qu'il saisisse un Expert.

8. Que pensez-vous des mesures d'isolement et de contention ? (enjeux et difficultés) Vous font-elles réagir sur le plan du respect des libertés du patient et principalement de sa liberté d'aller et venir ? Qu'avez-vous à dire sur le contrôle de ces mesures ?

La nécessité absolue c'est qu'il y ait une transparence. Il ne faut pas placer quelqu'un en contention, même une heure de temps, sans qu'il y ait une trace. Ce qui est vraiment détestable, c'est qu'on apprenne indirectement qu'on a utilisé telle ou telle mesure de contention, même sur quelques heures, sans en trouver aucune trace. Il faut qu'il puisse y avoir la mention de la contention et que l'on puisse avoir la possibilité d'en vérifier le motif précis ; ce n'est pas une façon de régler un problème d'ordre ou d'effectif. Je me souviens d'un établissement que j'avais visité en Alsace, où il avait une unité qui renfermait des cas très graves de malades mentaux, ayant commis des crimes atroces, ce problème-là se posait. Qui prend la décision ? Est-ce qu'une seule personne peut apprécier la nécessité de placer un malade sous contention ? Autant de préoccupation actuelle. Je pense que ce doit être une décision qui ne peut pas être prise à la hâte par une seule personne ; ce doit être murement réfléchi et discuté si nécessaire avec d'autres psychiatres. Il doit évidemment y avoir un contrôle et une trace pour permettre de savoir exactement quand et comment ça s'est passé,

notamment pour les malades qui subissent plusieurs fois ce type de mesure pendant leur séjour.

9. Quelle est votre appréciation de la procédure de contrôle du respect de la liberté d'aller et venir du patient par le JLD ? Selon vous, est-elle justifiée dans le cadre de soins psychiatriques ? suffisante ? légitime ? (intervention de juristes dans le secteur de la santé) correctement appliquée ?

C'est un contrôle qui est légitime puisque, de par la constitution de la 5e république et similaire à tous les États démocratiques, l'autorité judiciaire est gardienne des libertés individuelles. En outre, le juge est lié par l'avis des psychiatres, des sachant, ce qui devrait être de nature à rassurer les soignants qui penseraient qu'il y a une immixtion du judiciaire dans leur compétence, ce qui est loin d'être le cas. On ne s'immisce pas dans leurs compétences, on vérifie simplement que leur décision n'est pas contestée ou, si elle l'est, que son bien-fondé puisse être vérifié. Le process qui permet de vérifier le bien-fondé c'est la saisine d'un Expert extérieur à l'établissement, qui ne connaît pas le malade, qui n'est pas du tout intervenu au niveau de son placement en hospitalisation d'office. Le juge qui ne statuerait pas dans le délai fixé par la loi, immédiatement l'hospitalisation d'office du malade concerné prend fin. Je pense que le législateur a appliqué le principe général qui consiste à dire que l'autorité judiciaire est garante des libertés individuelles et, comme il s'agit de maladies psychiques, on va s'adresser à des sachant pour pouvoir éclairer le juge.

10. Connaissez-vous d'autres formes de contrôles du respect de la liberté d'aller et venir du patient ?

Les visites du Procureur, les visites du Préfet, les visites de la Commission départementale des établissements psychiatriques, les visites annuelles des présidents des tribunaux judiciaires ; il y a toute une batterie d'autorités qui visitent les établissements et qui, lorsqu'elles le font correctement, assurent un suivi intéressant. Le problème c'est que ces visites sont réalisées de façon très inégale sur le territoire. Voir les chiffres !!

Cette présence dans les établissements n'est pas mal perçue ; chaque fois que j'y suis allée j'ai toujours été très bien reçue par le personnel administratif mais aussi par les médecins, les infirmiers. Je dialoguais avec eux, on se retrouvait après la visite dans une salle à 10-15 personnes pour discuter de leur quotidien, de leurs problèmes. Je pense même que certains avaient à cœur de montrer que de fausses idées ne reposaient pas sur la réalité des choses.

Je pense que le magistrat du parquet a toute sa place, comme le président du tribunal de grande instance, dans les établissements pour assurer cette présence extérieure auprès des malades ; que le malade sache qu'il y a des présences extérieures garant des libertés individuelles qui sont présents réellement, de telle sorte que le malade n'est pas dans un état de non droit. C'est partant que le malade sache qu'il n'entre pas dans une sphère de non droit. Quand on franchit la porte de l'hôpital psychiatrique, ce n'est pas une sphère de non droit. On a évidemment une liberté restreinte, notamment celle d'aller et de venir, on ne peut plus faire ce que l'on ne veut ni aller où l'on veut mais on demeure un citoyen à part entière. On ne perd pas sa citoyenneté et tous ses droits. On vous prive d'un attribut de la citoyenneté qui est la liberté d'aller et de venir, mais pour des raisons d'intérêt supérieur, que ce soit thérapeutique vis à vis de l'intéressé, que ce soit de prévention vis à vis de la société.

11. Considérez-vous que ces contrôles soient efficaces pour préserver les libertés et droits du patient ? Pour le fonctionnement de l'établissement ? Sur quel(s) point(s) ?

J'ai vécu la période 2011 où les choses se mettaient en place. Il a fallu expliquer la procédure dans les établissements, aux professionnels administratifs et médicaux. Il y avait des inconnus ; on ne savait pas comment ça se passerait, dans les établissements on appréhendait la réaction et la gestion des patients, mais aussi l'accueil à réserver aux juges, aux avocats, etc. Maintenant, les choses se sont normalisées évidemment. Les appréhensions initiales ont été largement levées ; lorsque les juges ont commencé à venir dans les établissements, à dialoguer avec le personnel médical, les choses se sont considérablement adoucies. Il y a eu une compréhension réciproque qui s'est mise en place. Je pense qu'à termes, le personnel médical et infirmier a compris qu'ils en tireraient eux-mêmes profit ; le fait que quelqu'un représente un garant faisait que le procès d'intention qu'on pouvait leur faire avant disparaissait. C'est comme quand on a annoncé que les avocats allaient assister aux grades à vues ; il y a eu des policiers qui ont été sceptiques. Aujourd'hui, ils sont ravis d'avoir ce soutien et ce garant supplémentaire. Parce que tous les discours sur les aveux extorqués en garde à vue sont tombés (on n'en entend plus), pour la bonne raison que les déclarations en garde à vue se font en présence d'un avocat qui à tout moment peut faire coucher sur le procès-verbal tout dérapage de la garde à vue. Le procès d'intention qu'on a fait pendant des années aux policiers sur le déroulement de la garde à vue n'existe plus ; l'avocat est là. Sa présence impose évidemment de respecter strictement les choses mais, au bout du compte on y gagne. Je ne pense donc pas que ce soit une mesure qui aille à l'encontre ni de l'efficacité des soins psychiatriques ni de la liberté d'agir du personnel médical. Je ne pense pas qu'aujourd'hui, le personnel médical ressente ça comme une tutelle insupportable.

12. Vous arrive-t-il d'éprouver des difficultés à remplir votre rôle ? (points de relance : contrainte éthique, légale, de terrain, etc.) Si oui, dans quelles situations ? Quelles solutions pourriez-vous imaginer ?

/

13. Vous arrive-t-il de recevoir des demandes de "libération" de la part des patients hospitalisés sous contrainte ? Si oui, comment y répondez-vous ?

Oui, lorsque la loi n'existait pas, à l'époque. Il y avait évidemment des malades qui disait "c'est scandaleux, moi je voudrais rentrer chez moi, je suis très bien, je suis guérie", mais cela restait assez rare. Dans ces cas-là, je saisisais le juge et on ordonnait une expertise qui est allée dans le sens de la décision initiale. Le risque, en revanche, c'est d'avoir un Expert qui connaît le service médical de l'établissement avec les psychiatres qui sont sur place et qui systématise donc l'expertise confirmant le bien-fondé de l'hospitalisation sous contrainte. Toute repose sur la rigueur de l'Expert. Évidemment si c'est pour l'Expert une simple formule de style et qu'il reproduit quasiment à l'identique le rapport de ses confrères, ça n'a aucun intérêt et la procédure est vaine. Bien sûr, l'expertise ne lie pas le juge et juridiquement l'expertise n'est qu'un avis destiné à éclairer le juge qui possède son libre arbitre pour prendre la décision qu'il veut. Mais un juge consciencieux n'ira jamais à l'encontre d'avis médicaux qui se confirment les uns par rapport aux autres. La qualité de la réforme repose sur la rigueur scientifique et la

déontologie très exigeante de l'Expert qui va être chargé d'arbitrer entre l'avis du médecin, qui aura examiné le malade et qui estimera que son hospitalisation doit se prolonger, et les arguments du malade représenté par son avocat, qui estime abusif le maintien de son hospitalisation sous contrainte.

14. Quel effet pensez-vous que le contrôle du JLD a sur le patient ?

/

15. Pensez-vous qu'il faille, dans certains cas, limiter davantage la liberté d'aller et venir du patient ? (faits divers commis par des malades psychiatriques) A ce titre, pensez-vous qu'il faille revoir les conditions de délivrance des autorisations de sortie des malades ?

C'est un peu comme le juge de l'application des peines qui décide de la mesure de libération conditionnelle d'un assassin ; c'est un pari sur l'avenir. Comment pouvez-vous être certain à 100% que remettre quelqu'un en liberté dans le circuit social ne présente plus aucun danger pour les tiers ? C'est impossible ; celui qui dit avoir ce genre de certitude est un menteur ou un escot. Je pense que, dans le cas où on est en présence d'un malade qui a attenté d'une manière grave à l'intégrité physique d'autrui (blessure ou décès), la collégialité doit être préconisée, parce qu'il est difficile de faire reposer sur le dos d'un seul médecin la décision de remettre quelqu'un dehors, mais dans le cadre d'une permission de sortie pendant un certain nombre d'heures. Il y a des malades qui sont fous, potentiellement dangereux, mais qui ne sont pas passés à l'acte et dont il est difficile de prévoir le comportement futur. Mais je pense qu'un malade qui est passé à l'acte et qui a causé à autrui soit des blessures graves, soit la mort, toute mesure, même de permission de sortie temporaire, devrait donner lieu à collégialité au niveau de la décision. Il y aura toujours un aléa ; ce serait trop facile si c'était divisé en équation et qu'on puisse avec certitude faire un choix.

16. En sachant le caractère parfois traumatisant de certains soins, qu'est-ce qui vous paraît le plus important ; garantir la sécurité publique ou les droits des patients en psychiatrie ? A ce titre, à partir de quel seuil considérez-vous que la sécurité publique soit prioritaire ?

/

17. Concernant les mesures d'isolement et de contention, quelles améliorations suggéreriez-vous concernant leur procédure et/ou leur contrôle ?

/

18. Globalement, quelles critiques feriez-vous vis-à-vis de la législation en vigueur concernant la notion de liberté d'aller et venir du patient en psychiatrie ?

La critique c'est l'insuffisance de recours à la collégialité. J'y suis très attaché parce que c'est le double regard. Si en matière de détention provisoire, pour faire un parallèle, la loi évoluait en permettant de mettre quelqu'un en prison non seulement avec l'avis du juge d'instruction mais

avec l'avis d'un autre juge, le JLD, c'est parce qu'on estimait qu'il fallait un double regard ; la conjonction de deux personnes pour pouvoir tenter à la liberté individuelle. Je pense qu'il faut qu'on aille de plus en plus vers cette mesure-là. Mais il faudrait revisiter complètement l'exercice des activités de l'Expert judiciaire en matière de psychiatrie. Ça passe par la rémunération de l'Expert ; on les rémunère d'une manière scandaleuse. Si l'on veut faire une expertise psychiatrique digne de ce nom et bien cela engage un entretien digne de ce nom, ça érige un Rapport digne de ce nom avec le temps qu'il faut pour le faire. Ce que l'on donne pour ce travail fait que le médecin préférera forcément recevoir de la clientèle et faire du thérapeutique plutôt que de faire du judiciaire. Il faut rendre beaucoup plus attractive la profession d'Expert judiciaire pour que viennent s'y intéresser des Experts dignes de ce nom ; il ne faut pas que ce soit le psychiatre de "seconde zone" qui vienne faire de l'expertise par facilité (absence de suivi du malade) ou pour combler les trous. Si on veut attirer des compétences et des Experts de qualité, il faut véritablement rendre attractive l'expertise pour qu'on est un nombre suffisant d'Expert qui nous permette de recourir à la collégialité. J'ai eu très souvent le cas où l'on ressenti la nécessité de collégialité mais où l'on n'était pas capable de pouvoir nommer un collège d'Experts dans un délai raisonnable ; on se contentait alors de l'avis d'un seul d'entre eux.

19. Quelles améliorations aimeriez-vous apporter concernant la conciliation du respect de la liberté d'aller et venir du patient et de la sécurité publique ? (suivant la réponse, demander les améliorations potentielles des procédures de soins contraints ou des contrôles)

/

BIBLIOGRAPHIE

I – OUVRAGES GENERAUX, TRAITES

ABGRALL J-F., *Dans la tête du tueur, sur les traces de Francis Heaulme*, Albin Michel, 2002

AGAMBEN G., *Homo Sacer*, Seuil, 1997

ARENDT H., *La crise de la culture*, 1972, ed traduit de l'anglais par P. LÉVY, Gallimard, 1989.

ARIES P., DUBY G., *Histoire de la vie privée*, Seuil, 1985, tomes 2 et 3

ARISTOTE, *La politique*, 335-323 av. JC

BELLAHSEN M., *La santé mentale. Vers un bonheur sous contrôle*, La Fabrique, 2014

BELLAHSEN M., KNAEBEL R., *La révolte de la psychiatrie, les ripostes à la catastrophe gestionnaire*, La Découverte, 2020

BELORGEY N., *L'hôpital sous pression. Enquête sur le « nouveau management public »*, La Découverte, 2010.

BENOIT J-C., *Bateson : la genèse des thérapies familiales*, Erès, 2009

BERARD J., CHANTRAINE G., *80 000 détenus en 2017 ? Réforme et dérive de l'institution pénitentiaire*, Éd. Amsterdam, 2008

BERNARDET P., *Les dossiers noirs de l'internement psychiatrique*, Fayard, 1989

BOKOBZA H., *Manifeste d'un psychiatre outragé*, ed Champ social, 2021

CANGUILHEM G., *Le normal et le pathologique*, 1966

CASTEL R., *L'Ordre psychiatrique*, Minuit, 1976

CORINNE H., *Les Disparus De L'Yonne*, Ramsay, 2002

COUPECHOUX P., *Un monde de fous*, Seuil, 2006.

DAUBECH L., *Le malade à l'Hôpital : Droits, garanties, obligations*, Erès, 2000

DEFOE D., *Demand for Public Control of Madhouses*, 1728

- DELION P. & COUPECHOUX P., *Mon combat pour une psychiatrie humaine*, ed Albin Michel, 2016
- DELMAS-MARTY M., *Libertés et sûreté dans un monde dangereux*, ed Seuil, 2010
- DESCARPENTRIES F., *Psychiatrie et sécurité publique, Du fou à lier aux folles alliances.*, Edilivres, 2019
- DHERSE J-L., MINGUET H., *L'Ethique ou le chaos ?*, Presses de la Renaissance, 1998
- ERASME, *Éloge de la folie*, 1511
- FOUCAULT M., *Histoire de la folie à l'âge classique*, Gallimard, 1972.
- FOUCAULT M., *Surveiller et punir*, Gallimard, 1975
- FOUCAULT M., *Le pouvoir psychiatrique*, Gallimard seuil, 2003
- FREEBODY J., *Work and Occupation in French and English Mental Hospitals, c.1918-1939*, Palgrave Macmillan, 2023
- FREUD S., *Le mot d'esprit et sa relation à l'inconscient*, Gallimard, 1905, Folio, 1992
- FUKUYAMA F., *La fin de l'histoire ou le dernier homme*, ed Flammarion, 1992
- GBEZO, BERNARD E., *Les soignants face à la violence*, ed Lamarre, 2005
- GIGOU Y., *Mon métier d'infirmier, éloge de la psychiatrie de secteur*, ed Dune, 2019
- GOFFMAN E., *Asiles*, ed de Minuit, 1968
- GOFFMAN E. et al., *Stigmate : les usages sociaux des handicaps*, éd. de minuit, 1975
- GOSLING P., *Psychologie sociale*, Bréal, 1996
- HALL E.T., *The Hidden Dimension*, 1966
- HENCKED N., *La gouvernance des fous*, ENS éditions, 2010.
- HOBBS T., *Le Léviathan*, 1651, traduction de F. Tricaud, Sirey, 1971.
- JEAN T., *Faut-il juger et Punir les malades mentaux criminels ?*, ed Erès, 2009
- KALLERT T.W., MEZZICH J.E., & MONAHAN J., *Coercive Treatment in Psychiatry: Clinical, Legal and Ethical Aspects.*, John Wiley & Sons, 2011
- KOHL F-S., *Les Représentations sociales de la schizophrénie*, Masson, 2006

- LAFONT M., *L'extermination douce. - La cause des fous, 40 000 malades mentaux morts de faim dans les hôpitaux sous Vichy*, ed Le bord de l'eau, 2000
- LANTERI-LAURA G., *Lecture des perversions. Histoire de leur approbation médicale*, Masson, 1979
- LEBOYER M., LLORCA P-M., *Psychiatrie : l'état d'urgence*, ed Fayard Pluriel, 2020
- LEBOYER M. & LLORCA P-M., co-dirigé par l'Institut Montaigne et la fondation FondaMental, *Psychiatrie : l'état d'urgence*, Fayard, 2018
- LEVASSEUR G., *Les délinquants anormaux mentaux*, Cujas, 1959
- LEVINAS E., *Éthique et infini*, Fayard, 1982
- LOCKE J., *Two Treatises of Government*, 1690, édition en français : *Traité du gouvernement civil*, Vrin, 1997.
- MACHIAVEL N., *Le Prince*, PUF, 2001
- MARX K., *Sur la question juive*, ed Deutsch-Französische Jahrbücher, 1843
- McSHERRY B. & WELLER P. (Eds.), *Routledge Mental Health Law in International Context*, Routledge, 2010
- MICHAUD Y., *Violence et politique*, ed Gallimard, 1978
- MONTHERLANT H., *Les Olympiques*, 1924
- MOREAU-CHRISTOPHE L., *De la mortalité et de la folie dans les prisons*, Renouard, 1839
- MORIN E., *Leçons d'un siècle de vie*, Denoël, 2021
- MUCCHIELLI L., *La Frénésie sécuritaire. Retour à l'ordre et nouveau contrôle social*, La Découverte, 2008
- NAJMAN T., *Lieu d'asile : Manifeste pour une autre psychiatrie*, ed Odile Jacob, 2015
- NUSSBAUM M-C., *Capabilités*, ed Flammarion, 2011
- OTERO M., *Société, psychiatrie et justice au Québec : de la désinstitutionnalisation à la déjudiciarisation.*, Le partenaire, 2010
- PELLISSIER J. & GINESTE Y., *Humanitude*, ed Armand Colin, 2007
- PINEL P., *Traité médicophilosophique sur l'aliénation mentale*, Richard, Caille et Ravier, 1801
- QUETEL C., MOREL P., *Les fous et leurs médecins de la Renaissance au XXe siècle*, Hachette, 1979

- RICOEUR P., *Soi-même comme un autre*, ed Seuil, 1990.
- ROQUES J., *David Servan-Schreiber ou la Fureur de guérir*, Indigène Editions, 2011
- ROUSSEAU J-J., *Rousseau, juge de Jean-Jaques. Dialogues*, Collection complète des œuvres, 1780-1789
- ROUSSEAU J-J., *Du Contrat Social*, 1762, Gallimard, édition de 1999.
- SANLAVILLE D., *Psychiatrie, hôpital, prison, rue... Malades mentaux : la double peine*, Chronique Sociale, 2019
- SEN A., *The Idea of Justice*, ed Penguin Books Ltd, 2009
- TELLIER-CAYROL V., *La turpitude du fou*, Recueil Dalloz, 2020
- TOURNIER M., *Vendredi ou la vie sauvage*, Gallimard, 2012
- TRIBOLET S. et al., *Nouveau précis de sémiologie des troubles psychiques*, ed Heures de France, 2005
- TRUCHET D., *Droit administratif*, Presses Universitaires de France, 2023
- VELPRY L., *Le Quotidien de la psychiatrie. Sociologie de la maladie mentale*, ed Armand Colin, 2008
- VIALLA F., VIELFAURE P., JOLY S., *Le suicide, De l'Antiquité au XXIe siècle*, LEH Edition, 2022

II – OUVRAGES SPECIAUX

- ALEXANDER F-G. & SELESNICK S-T, *Histoire de la psychiatrie*, Coll. U, Armand Colin, 1972
- ALLILAIRE J-F. et al., *Livre blanc de la psychiatrie*, Fédération Française de la Psychiatrie, 2003
- ARGYRIS C., PUTMAN R. & McLAIN SMITH D., *Action Science: Concepts, Methods, and Skills for Research and Intervention*, Jossey-Bass Publishers, 1985
- AURELIANUS C., “On acute diseases and on chronic diseases.” *Revue d'histoire des sciences et de leurs applications*, tome 5, n°1, 1952
- BOKOBZA H., *Manifeste d'un psychiatre outragé*, ed Champ social, 2021
- BOULAC B., *Droit pénal général*, 28^e ed, Lefevre Dalloz, 2023

CARIA A., *Démarche qualité en santé mentale, Une politique au service des patients*, ed EN PRESS, 2005

CAROLI F., *Hospitalisation psychiatrique. Ancienne et nouvelle loi*, Collection Nodules, 1991

CAUSSE D. et al., *Liberté d'aller et venir dans les établissements sanitaires et médico-sociaux*, ANAES et FHF, éd. ENSP, 2005

COCHE A., *La détermination de la dangerosité des délinquants en droit pénal. Étude de droit français*, Presse Universitaire d'Aix Marseille, 2005.

COLDEFY M., *Atlas de la santé mentale en France*, IRDES, 2020

COLDEFY M., *La prise en charge de la santé mentale, recueil d'études statistiques*, La documentation Française, coll. études et statistiques, 2008

COLLECTIF LITEC, *Perspectives du droit public. Mélanges offerts à Jean-Claude Hélin*, Ed. LexisNexis, 2004

CONTE P. et MAISTRE de CHAMBON P., *Droit pénal général*, 7e éd., Armand Collin, 2004

CROZIER M., FRIEDBERG E., *L'acteur et le système : les contraintes de l'action collective*, Le Seuil, Points Série Essais, 1977

CYRULNIK B. & LEMOINE P., *La Folle Histoire des idées folles en psychiatrie*, Odile Jacob, 2020

DANET J., *Les politiques sécuritaires à la lumière de la doctrine de la défense sociale nouvelle*, Collège de France, 2009

DARMSTADTER-DELMAS A., *Les soins psychiatriques sans consentement*, LexisNexis, 2017

DEJOURS C., *Aliénation et clinique du travail*, Paris, PUF, 2006

DEMOGUE R., *Traité des Obligations en général*, ed. A. Rousseau, 1923-1933, 7 vol.

DURKHEIM E., *Les règles de la méthode sociologique*, *Revue philosophique*, 1895

ELGER B., *Le paternalisme médical*, ed. Médecine et hygiène, Chêne-Bourg, 2010

ESTRYN-BEHAR M., *Ergonomie hospitalière : théorie et pratique*. 2nde éd augmentée, Octares, 2011

FAVOREU L. & PHILIP L., *Les Grandes Décisions du Conseil constitutionnel*, 20e ed, Dalloz, 2022

FAVOREU L. et al., *Droit des libertés fondamentales*, 9e ed, Lefebvre Dalloz, 2024

FRIARD D., *L'isolement en psychiatrie : séquestration ou soin ?*, Éditions Hospitalières, 1997, rééd. Masson, 2002

GARLAND D., *The Culture of Control: Crime and Social Order in Contemporary Society*, The University of Chicago Press, 2001.

GIGERENZER G., *Penser le risque : apprendre à vivre dans l'incertitude*, traduit par Juilien Randon-Fürling, 2009

GODART G., *L'asile en procès. Le scandale d'Evere (1871-1872) et la prise en charge de la folie en Belgique*, Presses Universitaires de Louvain, 2019.

GOETHALS K., *Forensic Psychiatry and Psychology in Europe: A Cross-Border Study Guide*, Springer, Softcover reprint of the original 1st ed. 2018 édition (2019)

GUELFY J-D., ROUILLON F. & MALLET L. (dir.), *Manuel de psychiatrie*, 4e édition, Éd. Elsevier Masson, 2021

HANON C. & PASCAL J-C., *Consentement et contrainte dans les soins en psychiatrie*, Montrouge, 2014

HOCHMANN J., *Histoire de la psychiatrie*, Que sais-je, 2022

HOLCMAN R., *Management hospitalier : Manuel de gouvernance et de droit hospitalier*, 2015, (2e éd.ed.). Dunod, 800 p.

JONAS C., SENON J-L., *Responsabilité médicale et droit du patient en psychiatrie*, ed Elsevier Masson, 2004

JOURDAIN P. et al., *Le nouveau droit des malades*, LexisNewis/Litec, 2002

KIRK S., KUTCHINS H., *Aimez-vous le DSM ? Le triomphe de la psychiatrie américaine*, Les empêcheurs de penser en rond, 1992

LANDRY M., *L'état dangereux : un jugement déguisé en diagnostic*, ed La pensée universitaire, 1990

LEGUAY D., *Le système de soins psychiatriques français : réalités et perspectives*, MF Editions, 2002

LOISEAU C., *L'hospitalisation psychiatrique : loi du 27 juin 1990*, TSA Editions, 1991

MEADOWS G., SINGH B. & GRIGG M., *Mental Health in Australia: Collaborative Community Practice*, Oxford University Press, 2012

MISSONIER S., « Prolégomènes à un consentement mutuellement éclairé » dans *Le consentement, droit nouveau du patient ou imposture ?*, In Press Editions, 2005

MOISER T., *Parole d'avocat. Les affaires Bodein, Fourniret, Grégory, Heaulme et quelques autres*, La Valette éditeur, 2021

MOQUET-ANGER M-L., *Droit hospitalier*, LGDJ, 7^e ed, 2024

MOREAU-CHRISTOPHE L., *Défense du projet de loi sur les prisons*, Bureau de la revue pénitentiaire, 1844

PAILLÉ P., MUCCHIELLI A., *L'analyse qualitative en sciences humaines et sociales*, Armand Colin, Collection U, 2016

PALAZZOLO J., LACHAUX B., CHABANNES J.P., *Isolement, Contention et Contrainte en Psychiatrie, Rapport du CPNLF*, Média Flash, Paris, 2000.

POIROT-MAZERES I., *L'accès aux soins, Principes et réalités*, Presses de l'Université Toulouse 1 Capitole, 2018

RAWLS J., *Une théorie de la justice*, Harvard University Press, 1971

SALES CAIRES L., *La contention physique en psychiatrie : un dissensus profond*, ed Connaissances & Savoirs, 2017

TERRÉ F., SIMLER P., LEQUETTE Y. et CHÉNEDÉ F., *Droit civil. Les obligations*, Dalloz, 13^e ed, 2022

THÉRON S., *Les soins psychiatriques sans consentement*, Dunod, 2017, 352p.

TROTTER G., *The Ethics of Coercion in Mass Casualty Medicine*, Johns Hopkins University Press, 2007

VIDON G. et al., *La réhabilitation psychosociale en psychiatrie*, ed. Frison-Roche, 1995.

VIGNAT J-P., *Conduites à tenir. Mise en chambre d'isolement*, ANDEM, 1994

III – CHAPITRES D'OUVRAGE

BARBALAT G., FRANCK N., « Apport de la neuro-imagerie dans le diagnostic », dans F. THIBAUT, *Apport des neurosciences à la psychiatrie clinique*, Springer Paris, 2014, p. 55-68.

BENOIT M., ROBERT P. H., « Intérêt des marqueurs biologiques dans l'approche psychiatrique de la maladie d'Alzheimer », dans F. THIBAUT, *Apport des neurosciences à la psychiatrie clinique*, Springer, 2014

BERLIN I., "Two Concepts of Liberty.", 1958, in I. BERLIN, *Four Essays on Liberty*, Oxford: Oxford University Press, 1969.

CANUT E., « La mise en chambre d'isolement, un soin difficilement conciliable avec la protection de certains droits et des libertés fondamentales », dans A. LAUDE (dir.), *Consentement et santé*, Ed. Dalloz, Coll. Thèmes & commentaires, Paris, 2014

DUPONT M., LAGUERRE A., VOLPE A., « Le contrôle du JLD : la procédure », dans *Soins sans consentement en psychiatrie. Comprendre pour bien traiter*, Presses de l'EHESP, 2015, p. 331-362, [Lien](#)

EYRAUD B., VELPRY L., « Redéfinir la place de l'enfermement dans la pratique psychiatrique. L'exemple des unités sécurisées », dans T. BUJON, C. DOURLENS, G. LE NAOUR, *Aux frontières de la médecine*, Édition des archives contemporaines, 2014

FAU-VINCENTI V., « Vers les UMD : questionnements, tâtonnements et mise en œuvre », Gaillon (1876) et Villejuif (1910) sous l'égide du Dr Henri Colin, *Expérience de la folie, criminels, soldats, patients en psychiatrie (19e-20e)*, Presses universitaires de Rennes, 2013.

FAUVEL A., « Pinel et les aliénés, Aux origines de la psychiatrie », dans MARMION J. (dir.), *Histoire de la Psychologie*, Éditions Sciences Humaines, 2012

LEBRUN P-B., LARAN S., « Les soins psychiatriques sans consentement », *Droit en action sociale et médico-sociale. En 45 notions*, Dunod, « Aide-Mémoire », 2021

MOREAU D., « Contraindre pour soigner ? », dans C. Crignon de Oliveira et M. Gaille (dir.), *Qu'est-ce qu'un bon patient ? Qu'est-ce qu'un bon médecin ?*, éd. Seli Arslan, 2010

IV - RAPPORTS, ACTES, PROPOSITIONS DE LOI, RECOMMANDATIONS, CHARTE

ANAES, *Audit clinique appliqué à l'utilisation des chambres d'isolement en psychiatrie*, juin 1998

ANR, « PROPSY - Programme-Projet en Psychiatrie de Précision », <https://anr.fr/en/france-2030/programmes-et-equipements-prioritaires-de-recherche-pepr/propsy-psychiatrie-de-precision/>

ARS, *Commission départementale des soins psychiatriques sans consentement (CDSP)*, 23/02/2023

ARS Occitanie, *Guide juridique et pratique d'accompagnement de la personne âgée en perte d'autonomie à domicile ou en situation de handicap*, « Fiche 5.2. Les soins psychiatriques sans consentement », 2023

ARS, “*Guide pratique pour les soins psychiatriques sans consentement*”, 04/02/19

ARS Haut-de-France, “*Guide pratique pour les soins psychiatriques sans consentement*”, 04/02/19

ARS Nord Pas-de-Calais, *Propos de journalistes & d’experts au sujet de 5 maladies mentales*, Euralille, 2014.

BIOULAC B., DEBRE P., HAUW J.J., GALIBERT F., *Les biomarqueurs en psychiatrie*, rapport 19-13, novembre 2019 quelle autorité ? Sénat ?

BOENNEC P., *Rapport d’information sur la permanence des soins*, Assemblée Nationale, n° 1205, 2008-2009

CARON DEGLISE A., *Rapport de mission interministérielle : L’évolution de la protection juridique des personnes*, 2018

COLDEFY M., LE NEINDRE C., *Rapport de l’IRDES sur les disparités territoriales d’offre et d’organisation des soins en psychiatrie en France*, n°558, décembre 2014

Comité des ministres du Conseil de l’Europe, recommandation n°R(99)4 sur la protection juridique des majeurs incapables, 23 fév. 1999

Cour des comptes, Rapport public annuel 2000, 01/02/2000

CPT, 22ème rapport général, 2012, p.146

DREES, « Fiche 16 : Les patients suivis en psychiatrie », édition 2020

DRU A., GAUTIER A., Avis du Conseil économique, social et environnemental, « Améliorer le parcours de soins en psychiatrie », Journal officiel de la République Française, mars 2021.

FICHE pratique “La privation de la liberté d’aller et venir du patient en psychiatrie”, Weka.fr

Guide des bonnes pratiques d’utilisation de la contention physique passive des patients adultes, CHU de Bordeaux, septembre 2013

HAS, *Démarche centrée sur le patient : information, conseil, éducation thérapeutique, suivi*, 2015

HAS, *Conférence de consensus : Liberté d’aller et venir dans les établissements sanitaires et médico-sociaux, et obligation de soins et de sécurité*, 2004, [Lien](#)

HAS, *Éducation thérapeutique du patient (ETP)*, mis en ligne le 19 juin 2014, [Lien](#)

HAS, *Recommandation de bonnes pratiques, Programme de soins psychiatriques sans consentement*, 25 mars 2021

HAS, *Recommandation de bonnes pratiques : isolement et contention en psychiatrie générale*, février 2017.

HAS, *Recommandations de bonnes pratiques : aide à la rédaction des certificats et avis médicaux dans le cadre des soins psychiatriques sans consentement d'une personne majeure à l'issue de la période d'observation de 72 heures*, mars 2018.

HAS, *Programme de soins psychiatriques sans consentement*, mars 2021, [Lien](#)

HAS, *Recommandation de bonnes pratiques de 2017*.

HAS, *Expertise psychiatrique pénale*, 2007

HAS, *Guide méthodologique e-Satis*, 2019

HAS, *Limitation des mesures d'isolement et de contention en psychiatrie*, 2017

HAS, *Modalités de prise de décision concernant l'indication en urgence d'une hospitalisation sans consentement*, 2005

HAS, *Recommandations pour la pratique clinique : soins psychiatriques sans consentement*, 2005

HAS, *Recommandation sur l'isolement et la contention en psychiatrie générale*, 2017

HAS, *Recommandation sur la rédaction des certificats médicaux en psychiatrie*, 2018

HAS, *Dangerosité psychiatrique : étude et évaluation des facteurs de risque de violence*, 2011

HAS, FFHF & ANAES, *Conférence de consensus : Liberté d'aller et venir dans les établissements sanitaires et médico-sociaux*, 2004

HAS, *Place de la contention et de la chambre d'isolement en psychiatrie*, note de cadre en vue de la réalisation de fiches mémo, juillet 2015.

HAZAN A., *Rapport 2015 du Contrôleur général des lieux de privation de liberté*, Dalloz, 2016

INSTRUCTION n° DGOS/R4/DGS/SP4/2017/109, du 29 mars 2017 relative à la politique de réduction des pratiques d'isolement et de contention au sein des établissements de santé autorisés en psychiatrie et désignés par le directeur général de l'agence régionale de santé pour assurer des soins psychiatriques sans consentement, [Lien](#)

INSTRUCTION N° DGOS/R4/2019/10 du 16 janvier 2019 relative au développement des soins de réhabilitation psychosociale sur les territoires

LAFORCADE M., *Rapport relatif à la santé mentale*, octobre 2016

LARCHER G., *Rapport de la commission de concertation sur les missions de l'hôpital*, 2008

LIBBEY J., *Rapport sur le soutien aux familles de sujets présentant des signes précoces de schizophrénie*, 2003

MAINH et DHOS (actuelle DGOS), *Guide de la réglementation et des recommandations relatives à la construction et au fonctionnement technique des établissements*, octobre 2005.

Mental Welfare Commission for Scotland, *The use of seclusion, Good practice guide*, 2014

MILLON A., *Rapport sur la prise en charge psychiatrique en France*, Sénat, 2018

Ministère des Solidarités et de la Santé, *Mise en œuvre de la feuille de route « Santé mentale et psychiatrie »*, janvier 2022

National Institute for Health and Care Excellence, *Violence and aggression: short-term management in mental health, health and community settings*, NICE guideline 10, 2015

OMS, *Guide des politiques et des services de santé mentale*, Genève, 2004, 61p.

OMS, *Rapport sur la santé dans le monde : La santé mentale : nouvelle conception, nouveaux espoirs*, OMS, Genève, 2001, 182 pages.

OMS, *WHO Quality Rights Tool Kit. Assessing and Improving Quality and Human Rights in Mental Health and Social Care Facilities*, 2012.

OMS, *Guidance on Community Mental Health Services*, 2021.

OMS, *World Health Report*, Genève, 2008, 147 p.

ONU, *Résolution A/RES/46/119 du 17 décembre 1991, sur la protection des personnes atteintes de maladie mentale et amélioration des soins de santé mentale*.

ONU, *Résolution A/RES/46/119 du 17 décembre 1991*, sur la protection des personnes atteintes de maladie mentale

PIEL E. et ROELANDT J.L., *Rapport de mission : « De la psychiatrie vers la santé mentale »*, Juillet 2001.

Plan psychiatrie et santé mentale 2011-2015, Ministère chargé de la santé et des solidarités

Plan « Psychiatrie et santé mentale : 2005-2008 », Ministère de la Santé

Proposition de résolution, visant à engager des mesures urgentes pour répondre à la crise du secteur de la psychiatrie et de la santé mentale, n° 1052, déposée le mardi 11 mars 2025.

Rapport annuel du *CGLPL 2018*, dossier de presse

Rapport Barbier, *Prise en charge des personnes atteintes de troubles mentaux ayant commis des infractions*, Sénat, 2010

Rapport de la *Commission européenne, Intelligence artificielle dans les soins de santé*, 2021

Rapport de la *commission santé-justice, Santé, justice et dangers*, 2005

Rapport de la *commission d'enquête sur les conditions de détention en France*, Sénat n°449, 2000

Rapport de la *commission d'enquête sur la situation des prisons en France*, Assemblée nationale n°2521, 2000

Rapport de l'*OMS, La santé mentale : nouvelle conception, nouveaux espoirs*, Genève, 2001

Rapport de P. *GOUJON* et C. *GAUTIER*, *Les délinquants atteints de troubles psychiatriques*, Sénat n°420, 2005-2006

Rapport du *CGLPL, L'intimité au risque de la privation de liberté*, Dalloz, 2022

Rapport du député *Denys ROBILIARD, Santé mentale et avenir de la psychiatrie*, 2013

Rapport du *Sénat n°143 (2008-2009)*, de M. Jean-René LECERF, 2008

Rapport du *Sénat n°678, Rétention de sûreté et déclaration d'irresponsabilité pénale*, 2007

Rapport d'information *Assemblée nationale n°1662, Santé mentale et avenir de la psychiatrie*, 2013

Rapport Missions et organisation de la santé mentale et de la psychiatrie, janvier 2009

RAPPORT de la commission santé-justice présidée par monsieur Jean-François Burgelin, *Santé, justice et dangers : pour une meilleure prévention de la récidive*, juillet 2005.

RAPPORT de l'Inserm, *Trouble des conduites chez l'enfant et l'adolescent*, 01/09/2005.

RAPPORT de P. SIMON et D. ACKER, *La place de la télémédecine dans l'organisation des soins*, novembre 2008

RAPPORT de P. STROHL, *Évaluation de la loi du 27 juin 1990*, Juin 1997.

RAPPORT du député Georges Fenech, *Projet de loi n° 442, relatif à la rétention de sûreté et à la déclaration d'irresponsabilité pénale pour cause de trouble mental*, 2007.

RAPPORT d'information n° 627 (2021-2022) de MM. Marc-Philippe DAUBRESSE, Arnaud de BELENET et Jérôme DURAIN, fait au nom de la commission des lois, déposé le 10 mai 2022, sur la reconnaissance biométrique dans l'espace public : 30 propositions pour écarter le risque d'une société de surveillance

ROBILLARD D. & JACQUAT D., *Rapport d'information en conclusion des travaux de la mission d'évaluation de la loi n° 2013-869 du 27 septembre 2013 modifiant certaines dispositions issues de la loi n° 2011-803 du 5 juillet 2011 relative aux droits et à la protection des personnes faisant l'objet de soins psychiatriques*, 2018

RECOMMANDATION n° 57, *Haute Autorité de Santé. Dangerosité psychiatrique : étude et évaluation des facteurs de risque de violence hétéro-agressive chez les personnes ayant des troubles schizophréniques ou des troubles de l'humeur*.

RECOMMANDATION de la NIHR, «Technologies numériques et télépsychiatrie », Oxford Health Biomedical Research Center, novembre 2020

SALES CAIRES L., *La contention physique en psychiatrie : un dissensus profond*, 2017

STROHL H. et CLEMENTE M., *Rapport du groupe national d'évaluation de la loi du 27 juin 1990*, juin 1997

UNIOPSS., *Charte des visites autorisées dans le cadre du COVID-19.*, Direction générale de la cohésion sociale (DGCS), Ministère des solidarités et de la santé.

VIGNAT J-P., *Conduites à tenir. Mise en chambre d'isolement*, Paris, ANDEM, 1994

V – MELANGES, ETUDES, CONTRIBUTIONS A DES OUVRAGES

ALEZRAH C. & BOBILLO J-M., *Portes ouvertes ou fermées en hospitalisation temps plein*, 2003

Centre Collaborateur OMS, Marie ANGUIS avec la collaboration de Jean-Luc ROELANDT et Aude CARIA, *La perception des problèmes de santé mentale : les résultats d'une enquête sur neuf sites*, Études et résultats, 2001, mai, 116

Colloque "Contention et isolement : aux limites de la loi et du soin ?", 22 août 2022, Espace de réflexion éthique Bourgogne-Franche-Comté

Comité européen pour la prévention de la torture et des peines ou traitements inhumains ou dégradants (CPT), *Moyens de contention dans les établissements psychiatriques pour adultes*, 21/03/2017, Strasbourg

Conférence de l'Espace Mendès France, *Réflexion éthique sur l'isolement et la contention : quels sont mes droits ?*, octobre 2021

Conférence « État de santé : quelle politique de logement ? », Médecins du Monde, Journée scientifique 2023, 6 avril 2023

DANET J. et GRUNVALD S., *Le Droit à la sécurité et le risque au cœur d'un nouveau droit pénal ?*, Cours de Politique Criminelle, Université de Nantes

DEVERS G., *La contention en psychiatrie : il faut désormais respecter la loi*, Étude pour la FNAPSY, 2016, 15 pages

ECKERT N., *Un bref historique de la notion d'enfermement en psychiatrie*, Comité d'éthique du Centre Psychothérapique de Nancy

EHESP, *Module Interprofessionnel de Santé Publique : L'hospitalisation sans consentement : problématique d'une décision adaptée et éthiquement acceptable*, 2009

Enquête Flash – AdESM et Conférence Nationale des PCME de CHS, *Conditions de mise en œuvre de la loi n°2022-46 du 22 janvier 2022 sur l'isolement et la contention*, mars 2022

Enseignement du Pr ALOUANI, *Histoire de la psychiatrie*, Faculté de Médecine, Université Ferhat Abbas, 2019-2020

FRIARD D., *Attacher n'est pas contenir*, Colloque organisé par Serpsy au CH de Montperrin, février 2011

HAOUI R., *Colloque « Contention et isolement : aux limites de la loi et du soin ? »*, Espace de réflexion éthique BFC, 22 août 2022

JONATHAN, *Modes d'Hospitalisation en soins psychiatriques*, Entraide ESI-IDE, 24 février 2018

LACASSAGNE M., *Le vécu de l'infirmier lors de la contention physique d'un patient agité en psychiatrie*, Auch, IFSI du Gers, 2012

LAROUX I., SCGULTZ P., *Cartographie régionale de l'offre de soins en santé mentale*, Documents de travail (1998-2019), n° 155, 08/04/2011

LAZARUS R-S. & LAUNIER R., *Stress-related transactions between person and environment, Perspectives in interactional psychology*, New York, Springer US, 1978

LEGOHÉREL D., *Étude sur les soins psychiatriques sans consentement*, Cour de cassation, décembre 2014

LEYRELOUP A-M. & DIGONNET E., *La liberté de circulation : portes ouvertes, portes fermées ?*, Démarche qualité en santé mentale, ed EN PRESS, 2005

MOUGEOT F., *La Clinique en pratiques : usages de la contrainte dans le travail infirmier en psychiatrie*, séminaire du collectif Contrast, Paris Descartes, 07/2014

Moment Care, *La pénurie de soignants en France : causes et conséquences*, 27 juillet 2023

Médecins du Monde, *Pénurie de soignants : quelles sont les causes et solutions ?*, 23/09/2022

Psykiatriloven, 1989, dernière modification en 2019, LBK nr 936 af 02/09/2019

Rencontre de la recherche en soins en psychiatrie, 6e édition, 23-24/01/2020, Lyon

« Une nouvelle loi en psychiatrie pour la prochaine majorité », Communiqué des 39 contre la nuit sécuritaire, 21 avril 2012

UNICEF., “Mental Health and Psychosocial Well-being of Children and Adolescents: Overview of Needs and Evidence-Based Interventions.”, *United Nations International Children's Emergency Fund*, 2021.

VINCENT LIAUDAT, *De la prévision de la dangerosité à l'évaluation du risque de violence.*, Conférence débat, DU criminologie clinique, Lyon, mars 2007

VI – THESES, MEMOIRES, COURS

ABT M., « *Sortir à tout prix* », *Perspectives des patients hospitalisés sous contrainte en psychiatrie : une étude par théorisation ancrée*, Université de Lausanne, 2016 manque la direction, et la discipline

BÉRARD K., *Les soins psychiatriques sans consentement en droit contemporain*, thèse de doctorat en droit, Université Jean Moulin (Lyon 3), 2017

BOT A, *De l'utilisation du terme péril imminent dans la pratique. Réflexions et implications concernant le terme péril imminent*, thèse de doctorat en médecine, Université de Lille, 2021.

CARRE R., *Contention physique : revue de la littérature et étude qualitative du vécu des patients*, thèse de doctorat en médecine, Université Toulouse III - Paul Sabatier, 2014

CHARLET F., *Évolution de la liberté d'aller et venir au sein de l'Établissement Public de Santé Mentale Val-de-Lys-Artois de 2010 à aujourd'hui*, thèse de doctorat en médecine, Faculté de médecine Henri Warembourg, Lille, 2018

CLOUTIER J., *La perception de justice procédurale : quand le « qui » influence le « comment »*, doctorat en administration, Université du Québec à Montréal, 2003

DANET J. et GRUNVALD S., *Le Droit à la sécurité et le risque au cœur d'un nouveau droit pénal ?*, *Cours de Politique Criminelle destiné au Master II de Droit pénal et de Sciences criminelles*, Université de Nantes.

DORON C-O., *Races et dégénérescence. L'émergence des savoirs sur l'homme anormal*, thèse de doctorat de philosophie, Université Paris Diderot, 2011

JOLIVET L., *Le programme de soin, une nouvelle perspective du soin en psychiatrie : outil juridique ? Outil thérapeutique ?*, thèse de doctorat en médecine, Université Paul Sabatier, Toulouse, 2015

LAFOSSAS A., *Le programme de soins : étude des pratiques dans le pôle universitaire de psychiatrie adulte du centre hospitalier Charles Perrens*, thèse de doctorat en médecine, Université Victor Segalen, Bordeaux, 2016

PANFILI J-M., *Le juge, l'avocat et les soins psychiatriques sans consentement depuis 2011*, mémoire CRPA, Université Toulouse 1 Capitole, 09/09/2020

PANFILI J-M. « L'intervention du juge judiciaire dans les soins psychiatriques sans consentement : analyse de la jurisprudence depuis la loi du 5 juillet 2011 », Document support élaboré pour la formation continue des avocats, Ordre des avocats de la Haute-Garonne, barreau de Toulouse, mis à jour 24/03/2016

PAUMELLE P., *Essais de traitement collectif du quartier d'agités*, thèse de doctorat en médecine, soutenue en 1952

RAMUS-HOUSTIN M., *Les programmes de soins : place, recours et efficacité des soins psychiatriques sans consentement en ambulatoire. Étude observationnelle d'analyse des pratiques au CHRU de Tours*, thèse de doctorat en médecine, Université François Rabelais, Tours, 2018

ROMY N., *Réhabilitation psychosociale après un séjour hospitalier*, travail de Bachelor, Haute École de Travail Social, Bienne, avril 2019

ROUHIER E., *De la camisole ou gilet de force*, thèse de doctorat en médecine, Paris, imprimerie de A. Pillet fils aîné, 1871

TOMKIEWICZ S., *Post-face de la thèse de Philippe PAUMELLE, Essais de traitement collectif du quartier d'agités*

VII – ARTICLES, ETUDES ET COMMENTAIRES DE JURISPRUDENCE

ABSIL G., SERVAIS V., DUBUSON M., DE MOFFARTS V., FOND-HARMANT L., « Figures hybrides de l'ultime, structuration et lignes de fuites : santé mentale, psychiatrie et digitalisation de la société », *M@gm@: Rivista Internazionale di Scienze Umane e Sociali*, 21(3), 2023, [Lien](#)

AGARD A. & FOURÉ P-Y., « Constitutionnalité des dispositions sur l'isolement et la contention : le patient n'est pas un détenu », *Cabinet Houdart & Ass.*, 11/04/2023, [Lien](#)

ALEZRAH C., « Le dernier rapport relatif à la prise en charge des patients susceptibles de présenter des risques de dangerosité », *L'information psychiatrique*, 83(1), 2007.

ALLEN R., NAIRN R G., “Media Depictions of Mental Illness. An Analysis of the Use of Dangerousness”, *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, vol. 3, 1997, p. 375-381.

AMAD A., THOMAS P., « Histoire de la maladie mentale dans le Moyen-Orient médiéval », *Annales Médico-Psychologiques, Revue Psychiatrique*, 2011, 169(6), pp.373, [DOI](#)

APPELBAUM, P. S.. “The Insanity Offense: How America’s Failure to Treat the Seriously Mentally Ill Endangers Its Citizens”. *American Journal of Psychiatry*, 2008, 165(11), 1493–1494. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2008.08060938>

ARGYRIS C., “Organizational learning and management information systems”, *Accounting, Organizations and Society*, vol. 2, no 2, 1977, p. 113–123.

AUXÉMÉRY Y., « « Névrose » et « Psychose » : quelles définitions pour la psychiatrie contemporaine ? », *Annales Médico-Psychologiques*, 2015, 173(8), p. 643-648.

BANTMAN P., « La Liberté d'aller et venir en psychiatrie. Entre l'exigence de la loi, l'éthique et la réalité des pratiques. Cinq ans après la conférence de consensus, ou en sommes-nous ? », *L'information psychiatrique*, vol. 86, n°4, 2010, p. 293-297.

BARTHELEMY C., « Ethique de la contrainte en psychiatrie », *L'Information Psychiatrique*, 2003;79(7):577-582.

BARTHELEMY C., « Urgence de l’urgence », *L’information Psychiatrique*, vol 82, n°7, septembre 2006, p. 553-555.

BASHSHUR RL., SHANNON GW., SMITH BR., « Les fondements empiriques des interventions de télémédecine dans les soins primaires », *Télémédecine et e-Santé*, 2015.

BEKHDADI C., « Les pratiques de la mise en isolement et sous contention en psychiatrie : étude descriptive au regard de la nouvelle réglementation », *Médecine humaine et pathologie*. 2017. [ffdumas01958187f](#)

BENHAMOU Y., « Le contrôle du juge judiciaire sur les hospitalisations psychiatriques sous contrainte : l’exemple de la cour d’appel de Douai », *Gaz. Pal.*, 26 avril 2012, n° 117.

BENEZECH M., LE BIHAN P., BOURGEOIS ML., « Criminologie et psychiatrie », *Encycl Méd Chir, Psychiatrie*, 37-906-A-10, 2002, 15p.

BIGWOOD S. & CROWE M., "It's part of the job, but it spoils the job: a phenomenological study of physical restraint", *International Journal of Mental Health Nursing*, 2008, p. 215-222.

BITTON A., « La loi du 5 juillet 2011, tournant sécuritaire et « putsch » judiciaire », *L'Information psychiatrique*, 2013 ; 89 : 9–12, [Lien](#)

BONFILS P. & SARGOS P., « La responsabilité des établissements de santé », *La Semaine Juridique, JCP G*, 2010, n° 24, p. 1132.

BONNEAU B., « Evrard : Le procès de la récidive », *Le journal du dimanche, Société*, 26/10/2009.

BORGHETTI J-S., « L'obligation de moyens renforcée en matière de responsabilité médicale », *Revue générale de droit médical*, 2019, n° 72.

BOUHALLIER G., « Qui a peur de la camisole de force ? », *L'Histoire*, 21/01/2021.

BRAITMAN A., GUEDJ M-J., DAURIAC-LE MASSON V., CARVALHO J., GALLOIS E., LANA P. P., « Critères de prise de décision aux urgences de l'hospitalisation sans le consentement », *Ann Med Psychol*, 169, 2011, p. 664-667.

BROUSSOLLE Y., « Les principales dispositions de la loi relative aux droits et à la protection des personnes faisant l'objet de soins psychiatriques et aux modalités de leur prise en charge », *LPA*, 25 octobre 2011, n°212.

BUREAU E. & HERMANN-MESFEN J., « Les patients contemporains face à la démocratie sanitaire », *Anthropologie & santé*, 2014, p. 2-15.

CAPDEVIELLE D., RAFFARD S., BAYARD S., BOULENGER J-P., « Insight et capacité à consentir au soin et à la recherche : étude exploratoire et points de vue éthiques », *Ann Med Psychol*, 2011, 169, p. 438-440.

CARRE R., MORLHON L. & PONET B., « Enfermement et contention », *Empan*, 2019/2 (n° 114), p. 16-21.

CARTAU C., « La vidéosurveillance dans tous ses états », *DSIH*, 20 avril 2021, [Lien](#)

CASTAING C., « Le droit fou des soins psychiatriques sans consentement », *LPA*, 26 novembre 2010, n°236.

CASTAING C., « La volonté des personnes admises en soins psychiatriques sans consentement. Quel droit pour quel juge ? », *AJDA*, 2013

CASTAING C., « Soins psychiatriques sans consentement et terrorisme », *AJDA*, Dalloz, 2020

CASTEL R., « L'institution psychiatrique en question », *Revue française de sociologie*, 1971, 12/1, p. 57-92.

CASES C., SALINES E., « Statistiques en psychiatrie en France : données de cadrage », *Revue Française des Affaires Sociales*, 2004, n°1, p. 181-204.

CHAPUT-LE BARS C. et al., « Le Housing-first : L'expérimentation à la française », *Le Sociographe*, 2014/4 n° 48, 2014, p. 67-77, [Lien](#)

CHRONES D., MARTIN G.C., BEESON E., "The Eyes and Emotion Regulation: Helpful Tips for Counselors", *Journal of EMDR Practice and Research*, Volume 12, Number 2, 2018.

CICCONE A., « Enveloppe psychique et fonction contenant : modèles et pratiques », *Cahiers de psychologie clinique*, n°17, 2001.

COLDEFY M., « Les soins sans consentement en psychiatrie », *Revue de l'Institut de recherche et de documentation en économie de la santé*, février 2017.

CORDIER C., « Le CGLPL alerte en urgence pour violations graves des droits au Centre psychothérapique de l'Ain », *Hospimédia*, 16/03/16, [Lien](#)

CORDIER C., « La HAS presse le Centre psychothérapique de l'Ain de s'assurer du respect des droits des patients », *Hospimédia*, 29/06/16, [Lien](#)

CORDIER C., « Les manifestants du Printemps de la psychiatrie visent la « convergence des luttes hospitalières », *Hospimédia*, 21/03/19, [Lien](#)

COUTURIER M., « La contrainte et le consentement dans les soins ordonnés par l'autorité publique : vers une aporie juridique ? », *RDSS*, n°1 janv-févr 2014.

COUTURIER M., GRIMBERT M., « L'office du juge dans le contrôle des soins psychiatriques sans consentement : d'un juge relai à un juge prescripteur ? », *Revue générale de droit médical*, n° 85, décembre 2022.

CRPA, « Le Conseil d'État annule la circulaire du 11 janvier 2010 qui restreignait les sorties d'essai des H.O. », 30/08/2020, [Lien](#)

CROCKER A-G., LECLAIR M., BELANGER F.A. & LIVINGSTON J., “Overview of the Organisation of Forensic Mental Health Services Internationally: Towards a Balanced Care Model”, *Santé mentale et justice*, Volume 47, Number 1, Spring 2022.

DAHLGREN D., SANDBERG H., « La construction de l’obésité dans l’espace public Suédois », *Questions de communication*, 11, 2007, p. 33-49.

DAHL STEFFENSEN K., MOLRI KNUDSEN B., FINDERUP J., WILLEMANN WÜRGLER M., OLLING K., “Implementation of patient-centred care in Denmark: The way forward with shared decision-making, *Zeitschrift für Evidenz, Fortbildung und Qualität im Gesundheitswesen*, Volume 171, June 2022, Pages 36-41.

DANET F., « La Psychiatrie. Du grand renfermement au développement personnel », *Lumière & Vie*, n° 299, juillet-septembre 2013, p. 25-35.

DANET J., « La dangerosité, une notion criminologique, séculaire et mutante », *Champ pénal*, Vol. V, 2008.

DAVIDSON L., BELL AMY C., GUY K., R. a MILLER er, “Peer support among persons with severe mental illnesses: A review of evidence and experience”, *World Psychiatry*, Volume 11, Issue 2, June 2012, Pages 123-128.

DAWSON J., “Community treatment orders: International comparisons”., *Law in Context*, 2005, 23(2), 79-95.

DEBACKER P., « Un jeu de rôle thérapeutique vendéen est testé en distanciel pour les jeunes schizophrènes », *Hospimédia*, 11/08/22, [Lien](#)

DERRIEN M., ROSSIGNEUX-MÉHEUST M., *La « vie de famille » à Ainay-le-Château et Dun-sur-Auron : une parenté quotidienne inventée par l’institution psychiatrique au XXe siècle*, *Le Mouvement Social*, 2022/2, n° 279, p. 119-135, [Lien](#)

DODIER N., CAMUS A., « L’admission des malades. Histoire et pragmatique de l’accueil à l’hôpital », *Annales. Histoire, sciences sociales*, 52 (4), 1997.

DORON C-O., « La rétention de sûreté : vers un nouveau type de positivisme juridique ? », *L’information psychiatrique*, 6, 1, 2008.

DROUILLARD M., « Les soins psychiatriques sans consentement : quels enjeux en France ? », *The Conversation*, 19 juillet 2022, [Lien](#)

DUBOIS R., « Les malades dangereux au service Henri Colin (Villejuif) », *Psychiatrie française*, n°18, 1987.

DUBRET G., « UHSA : un formidable effort dans la mauvaise direction », *L'information psychiatrique*, 2008/6 (Volume 84), p. 543-550, [Lien](#)

DUBURY J., JOY W., WHITTINGTON R., “Causes and management of patient aggression and violence: staff and patient perspectives”, *Journal of Advances Nursing*, vol. 50, n°5, 2005, p. 469-478.

DURAND B., « Soins psychiatriques : le retour de la contrainte et de la stigmatisation », *Les Tribunes de la santé*, 2011, n° 32(3), 43-54, [Lien](#)

ECKERT N., « Un bref historique de la notion d'enfermement en psychiatrie », *Comité d'éthique du Centre Psychothérapique de Nancy*.

EIDE S., “Housing First and Homelessness: The Rhetoric and the Reality”, *Manhattan Institute*, April 21st, 2020, [Lien](#)

EHESP, « Module Interprofessionnel de Santé Publique, « L'hospitalisation sans consentement : problématique d'une décision adaptée et éthiquement acceptable » », 2009.

ENQUÊTE FLASH – AdESM et Conférence Nationale des PCME de CHS, *Conditions de mise en œuvre de la loi n°2022-46 du 22 janvier 2022 sur l'isolement et la contention*, mars 2022, [Lien](#)

ESTECAHANDY P., « Un chez-soi d'abord : accompagner les personnes sans abri vers et dans leur logement », *La santé en action*, n°45, mars 2020, p. 46-49.

EY H. et ROUARD J., « Essai d'application des principes de Jackson à une conception dynamique de la neuropsychiatrie », *L'Encéphale*, 1936.

EYRAUD B., VELPRY L., « De la critique de l'asile à la gestion de l'offre en santé mentale : une désinstitutionnalisation à la française de la psychiatrie ? », *Revue Française d'Administration Publique*, 149, septembre, 2014.

FAERDEN A., ROSENQVIST C., HAKANSSON M., et al., “Environmental Transformations Enhancing Dignity in an Acute Psychiatric Ward: Outcome of a User-Driven Service Design Project.”, *HERD: Health Environments Research & Design Journal*, 2023;16(2):55-72.
[Lien](#)

FEVRIER F., « De l'action disciplinaire au droit de la discipline pénitentiaire », *Synthèse d'actualité pénitentiaire et de sensibilisation*, n°3, sept. 2001.

FITZPATRICK K.K., DARCY A., VIERHILE M., "Delivering Cognitive Behavior Therapy to Young Adults With Symptoms of Depression and Anxiety Using a Fully Automated Conversational Agent (Woebot) : A Randomized Controlled Trial", *JMIR Ment Health*, 2017.

FOSSIER A., « Le grand renfermement, Tracés », *Revue de Sciences humaines*, 01/2002, mis en ligne le 11 mai 2009, [Lien](#)

FOUCAULT M., « L'évolution de la notion d'individu dangereux », *Déviance et Société*, Vol. 5 - N°4, 1981.

FRANCES A., « La psychiatrie est en dérapage incontrôlé », *Books*, n° 42, avril 2013, pages 20 à 22.

FRIARD D., « Attacher n'est pas contenir », *Colloque organisé par Serpsy au CH de Montperrin*, février 2011.

FROMM E., « Le modèle de l'homme chez Freud et ses déterminants sociaux », *L'Homme et la société*, 1969, n°13, p. 111-125.

FUCINI S., « Affaire Sarah Halimi : déclaration d'irresponsabilité pénale pour cause de trouble mental », *Dalloz actualité*, 03/02/2020.

GARRABÉ J., « En France : la loi du 30 juin 1838 créant les asiles d'aliénés », *Encyclopaedia Universalis*, 29/01/2025.

GAZIAUX E., « La liberté selon Hegel : une invitation au débat pour l'éthique théologique ? », *Revue Théologique de Louvain*, 2004, 35-3, p. 316 à 342.

GILOUX N., « Le pyjama hospitalier, une expo à la Ferme du Vinatier », *Santé Mentale*, n°206, mars 2016.

GOBILLOT C., CLAUDEL H., « Admission en soins psychiatriques en cas de péril imminent (SPPI) : une solution de facilité ? Étude descriptive rétrospective réalisée aux urgences du Centre hospitalier Le Vinatier », *L'information psychiatrique*, 2015, 91(4), 339-347, <https://doi.org/10.1684/ipe.2015.1338>

GRANIER V., « Soins sans consentement : soignants, magistrats et usagers pointent l'incohérence du suivi ambulatoire sous contrainte », *APM*, Paris, 20 avril 2012.

GUIBERT LAFAYE C., « Entre défense des droits et logique sécuritaire : le traitement politique du psychiatrique aux prises avec les faits divers », *Tétralogiques*, n°22.

GUIBET LAFAYE C., « Au cœur du débat sur les soins sans consentement en ambulatoire », *L'information psychiatrique*, 2014, 90(7), 575-582. <https://doi.org/10.1684/ipe.2014.1236>.

GUIBET LAFAYE C., « Contraindre en ambulatoire : quels droits constitutionnels pour les patients en psychiatrie ? », *Rhizome*, 2014, 52, p. 7-8. fffhal-01153350f

GUIGUE S., « Condamnation par la CEDH d'un usage abusif de la contention par un hôpital psychiatrique », *RDS*, n°51, janvier 2013

GUILGOT D., « Systèmes d'aide à la décision médicale : vers une nouvelle ère de pratiques médicales éclairées », *DSIH*, 07/05/2024, [Lien](#)

HAOUI R., Colloque « Contention et isolement : aux limites de la loi et du soin ? », *Espace de réflexion éthique BFC*, 22 août 2022.

HELAINÉ C., « Isolement et contention en hospitalisation sous contrainte : publication du décret d'application », *Dalloz actualité*, 11 mai 2021, [Lien](#)

HENRY C., GODIN O. O., COURTET P., AZORIN J. M., GARD S., BELLIVIER F., POLOSAN M., KAHN J. P., ROUX P., AUBIN V., COSTAGLIOLA D., LEBOYER M., ETAIN B., “Outcomes for bipolar patients assessed in the French expert center network: a 2-year follow-up observational study (FondaMental advanced centers of expertise for bipolar disorder)”, *Bipolar Disorder*, September 2017.

HERZOG-EVANS M. et PECHILLON E., « L'entrée des avocats en prison et autres conséquences induites par la loi n° 2000-321 du 12 avril 2000 », *D. 2000, Chron.*, p. 481.

HOLMES D. et al., “The mentally ill and social exclusion: a critical examination of the use of seclusion from the patient's perspective.”, *Issues in mental health nursing*, 2004.

IMBAUD C., GARASSUS P., ANDRE J. & LANGEVIN F., « Le développement de centres de santé pluridisciplinaires de proximité en Allemagne : les Medizinische Versorgungszentren. », *Santé Publique*, 2016, vol. 28(5), 555-568.

« Intelligence artificielle et santé, Des algorithmes au service de la médecine », *Inserm*, 6 juin 2018, modifié le 25 janvier 2024, <https://www.inserm.fr/dossier/intelligence-artificielle-et-sante/>

JONATHAN, « Modes d'Hospitalisation en soins psychiatriques », *Entraide ESI-IDE*, 24 février 2018, [Lien](#)

JORGENSEN K., HANSEN M., KARLSSON B., “Recovery-Oriented Practices in a Mental Health Centre for Citizens Experiencing Serious Mental Issues and Substance Use: As Perceived by Healthcare Professionals.”, *International Journal of Environmental Research and Public Health*, vol. 19,16, 10294, 18 août 2022.
Lien

K'OURIO H. & GOUREVITCH R., « La balance bénéfice/risque en psychiatrie », *Soins psychiatriques*, n°299, juillet/août 2015.

KALAMPALIKIS N., DAUMERIE N., JODELET D., « De l'effet médiatique au fait politique : la santé mentale en question », *L'Information Psychiatrique*, 2007, 83 (10).

KISELY S., “Compulsory community and involuntary outpatient treatment for people with severe mental disorders”, *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2011(2), CD004408.

KORKEILA J., “Organization of Community Psychiatric Services in Finland”, *Consortium Psychiatricum*, 2021. - Vol. 2. - N. 1. - P. 55-64

LAMOTHE L., PAQUETTE M-A., FORTIN J-P., LABBÉ F., MESSIKH D., DUPLANTIE J., « L'utilisation des télésoins à domicile pour un meilleur suivi des maladies chroniques. », *Santé Publique*, 2013/2 Vol. 25, p. 203-211.

LANCELEVÉE C., « Soigner ou punir ? Dilemmes européens », *La Lettre du Psychiatre*, décembre, 2014.

LAZERGES C., « La dangerosité de la notion de dangerosité en droit pénal », *Criminocorpus*, vol.20, 2022.

LEGROS B., VIOUJAS V., VERON P., « Les droits du patient faisant l'objet de soins psychiatriques : entre volonté de protection et respect de la volonté », *Revue générale de droit médical – RGDM*, n° 89, décembre 2023.

LEYRELOUP A-M., « Entre hier et aujourd'hui, le métier d'infirmier en psychiatrie », *Sud/Nord*, vol. 25, no. 1, 2010

MAILLARD-DÉCHENANS N., « Loi du 5 juillet 2011 : un toilettage bienvenu », *Santé mentale*, N°180, septembre 2013.

MALATRE-LANSAC A., « Santé mentale : faire face à la crise », *Institut Montaigne*, décembre 2020, [Lien](#)

MAQUES A., « Des équipes mobiles de psychiatrie-précarité : une forme d'articulation entre les champs social et psychiatrique. », *Le Sociographe*, n°42(2), 2013, 67-77, [Lien](#)

MARI E., « Abus en psychiatrie : le cri d'alarme des médecins », *Le Parisien*, 25/09/2021, [Lien](#)

MARQUES A., « La loi du 5 juillet 2011 : protection des usagers ou question de formalité ? », *L'information psychiatrique*, 2013/2, Volume 89, pages 171-177.

MARQUES A., « Prise en charge psychiatrique : vers une réforme des soins sans consentement ? », *Revue de droit sanitaire et social*, 2010, p. 1088.

MATEO M-A., « Responsabilité et sortie du patient hospitalisé en psychiatrie », *Gestion hospitalière*, octobre et novembre 1999.

MBANZOULOU P., « Quelles incidences possibles de la loi de rétention de sûreté sur les pratiques professionnelles pénitentiaires ? », *AJ Pénale*, 6, 400, 2008.

MEISSNER W., “Therapeutic alliance: Theme and variations.”, *Psychoanalytic Psychology*, 2007.

MISHEL M-H., “Uncertainty in illness”, *The Journal of Nursing Scholarship*, 1988.

MILLET L., « Psychiatrie : quels modèles pour la France ? », *Institut Montaigne*, 19/09/2018, [Lien](#)

MONAHAN J., “The prediction of violent behaviour: toward a second generation of theory and policy”, *American Journal of Psychiatry*, 1984, n°141, p.373-379.

MONNIER D., « Woebot : psychothérapie, suite et fin ? », *Psychothérapies*, 2020/2 (Vol. 40), p.71-78, [Lien](#)

MOYLE W., “Nurse–patient relationship: A dichotomy of expectations.”, *International Journal of Mental Health Nursing*, 2003.

MULLEN C. & APPELBAUM P.S., “Compulsory community and involuntary outpatient treatment for people with severe mental disorders”, *Canadian Journal of Psychiatry*, 2008, 53(9), 817-820.

NEWTON-HOWES G. & MULLEN R., "Coercion in psychiatric care: systematic review of correlates and themes.", *Psychiatric Services*, 2011.

NIJMAN HENK, CAMPO JOOST, RAVELLI DICK, MERCKELBACH HARALD, "A tentative Model of Aggression on Inpatient Psychiatric Wards", *Psychiatric Services*, vol. 50, n°6, Juin 1999, p.832-834.

ODIER G., « Psychiatre et juge des libertés et de la détention : que change le décret du 20 mai 2010 ? », *L'information psychiatrique*, Vol. 87, 2011/1.

PAVLOVIC R. Y, PAVLOVIC A., DONALDSON S., "Open Dialogue for psychosis or severe mental illness", *Cochrane Library*, 4 octobre 2016, doi/10.1002/14651858.CD012384

PELLIGRINI B., « Logique préventive et droits des libertés publiques », *La revue lacanienne*, 2007, n°1, p. 82 à 85.

PÉCHILLON E., « Les soins forcés décidés par le Préfet, de la prise en charge sous programme de soins à la réadmission en hospitalisation complète de la personne », *La Revue des Droits de l'Homme*, novembre 2014.

PEIFFER Y., « Restriction de la liberté d'aller et venir : dépasser une vision centrée sur l'isolement et la contention », *Santé Mentale*, 30 juin 2022.

PERRIN-NIQUET A., « Formation et pratique infirmière en psychiatrie : une structuration mutuelle », *Soins psychiatrie*, n°277.

"Qu'est-ce qu'un juge des libertés et de la détention (JLD) ?", *Vie publique en ligne*, 3 mai 2021, [Lien](#)

"Quelle place pour les soins sans consentement en ambulatoire ?", *Propos de l'enquête IDF sur les programmes de soins*, *Info Psy*, 2015, n°91(7), p.602-7, [Lien](#)

"Quelles incidences possibles de la loi de rétention de sûreté sur les pratiques professionnelles pénitentiaires ?", *AJ Pénale*, 6, 400, 2008.

REY-BELLET P. et al., « Hospitalisations non volontaires à Genève : la liberté sous contrainte ? », *Schweizer Archiv Fur Neurologie Und Psychiatrie*, 2010.

ROTH C., WENSING M., KUZMAN M-R. et al., "Experiences of healthcare staff providing community-based mental healthcare as a multidisciplinary community mental health team in

Central and Eastern Europe: findings from the RECOVER-E project: an observational intervention study.”, *BMC Psychiatry*, 21, 525 (2021), [Lien](#)

RUUD T., FRIIS S., “Community-based Mental Health Services in Norway”, *Consortium Psychiatricum*, 2021, Vol. 2, N. 1, p. 47-54.

SAINTE FARE GARNOT N., « L'Hôpital Général de Paris. Institution d'assistance, de police, ou de soins ?, Histoire, économie et société », 1984, 3^e année, n°4. *Santé, médecine et politiques de santé*, pp. 535-542.

SAUTEREAU M., LECA H., VITTOZ A., MEUNIER F., LAMOTHE P., « Les évolutions législatives françaises : un pas de plus vers la confusion justice psychiatrie. À propos de la loi du 25 février 2008 relative à la rétention sûreté et à la déclaration d'irresponsabilité pénale pour cause de trouble mental », *Psychiatrie et violence*, vol. 9, 1, 2009.

SCHEER D., « Conceptions architecturales et pratiques spatiales en prison. De l'investissement à l'effritement, de la reproduction à la réappropriation », *Revue de science criminelle et de droit pénal comparé*, vol. 2, no. 2, 2016, pp. 419-427.

SEIKKULA J., ALAKARE B. & AALTONEN J. “The comprehensive open-dialogue approach (II). Long-term stability of acute psychosis outcomes in advanced community care: The Western Lapland Project”, *Psychosis*, 2011

SEQUEIRA H. et al., “Control and restraint in the UK: service user perspectives.”, *The British Journal of Forensic Practice*, 2002.

SHIELDS-ZEEMAN L., PETREA I., SMIT F., et al., “Towards community-based and recovery-oriented care for severe mental disorders in Southern and Eastern Europe: aims and design of a multi-country implementation and evaluation study (RECOVER-E).”, *Int J Ment Health Syst*, 14, 30 (2020), [Lien](#)

SNORRASON et al., “Special observation on psychiatric patients on acute inpatient wards at the Division of Psychiatry, Landspítali-University Hospital in Iceland, attitudes of patients and staff.”, *Læknablaðið*, dec 2007, 93(12), 833-839.

SOININEN P., VÄLIMÄKI M., NODA T., PUUKKA P., KORKEILA J., JOFFE G., et al., “Secluded and restrained patients' perceptions of their treatment.”, *International Journal of Mental Health Nursing*, 2013.

STAEDEL B., HUDE W., « Programme médiateurs de santé-pairs », *adsp*, n°110, mars 2020.

STEINERT T. et al., “Incidence of seclusion and restraint in psychiatric hospitals: a literature review and survey of international trends.”, *Soc Psychiatry Epidemiol*, 2010, 45(9): 889-97.

STROUT T.D., “Perspectives on the experience of being physically restrained : an integrative review of the qualitative literature”, *International Journal of Mental Health Nursing*, 19(6):416-27, décembre 2010.

STUBBS B., “The manual handling of the aggressive patient: a review of the risk of injury to nurses.”, *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 2009, 16(4), p. 395-400.

SUYO-VEGA J-A., MENESES-LA-RIVA M-E., FERNANDEZ-BEDOYA V-H, DA COSTA POLONIA A., MIOTTO A-I., ALVARADO-SUYO S-A., OCUPA-CABRERA H-G., ALARCON-MARTINEZ M., “Mental Health Projects for University Students: A Systematic” *Review of the Scientific Literature Available in Portuguese, English, and Spanish.*, *Front. Sociol.*, 11 July 2022, Sec. Public Mental Health, volume 7 – 2022, [Lien](#)

TASSONE-MONCHICOURT C., DAUMERIE N., CARIA A., BENRADIA I., ROELANDT J-L., « États dangereux et troubles psychiques : images et réalités. », *L'Encéphale*, 36, 2010, p. 21 à 25.

TENHUNEN-LUNKKA A., HONKANEN R., “Project coordination success factors in European Union-funded research, development and innovation projects under the Horizon 2020 and Horizon Europe programmes.”, *J Innov Entrep* 13, 7 (2024), [Lien](#)

THERON S., « De quelques remarques sur une évolution attendue de la prise en charge de la maladie mentale : l’instauration de soins ambulatoires sans consentement. », *Revue de droit sanitaire et social*, 2010, p. 1088.

THIBAUT G., « Des dysfonctionnements graves et anciens sont constatés au centre de santé mentale de Lens. », *Hospimedia*, publié le 01/03/22, [Lien](#)

TOPOL E.J., “High-performance medicine: the convergence of human and artificial intelligence.”, *Nat Med*, 2019.

TOUZET P., « Soins sous contrainte, soignants sous contrainte. », *Soins Psychiatrie*, n°295, sept/oct 2014.

TRIBAUT G., « Des dysfonctionnements graves et anciens sont constatés au centre de santé mentale de Lens. », *Hospimedia*, publié le 01/03/22.

TRUCHET D., « Moyens ou résultat ? La confusion des obligations dans la jurisprudence récente. », *RTD civ.*, 2015, p. 431.

“Une nouvelle loi en psychiatrie pour la prochaine majorité”., *Communiqué des 39 contre la nuit sécuritaire, le 21 avril 2012.*

VAN EFFENTERE A., AZOULAY M., CHAMPION F., BRIFFAULT X., « La formation aux psychothérapies des internes de psychiatrie en France : résultats d’une enquête nationale. », *L’Encéphale*, juin 2013.

VELPRY L., « Moderniser l'enfermement en psychiatrie ? Le cas des unités pour malades difficiles. », *Sociétés contemporaines*, 2016/3 (N° 103), p. 65-90, [Lien](#)

VERON P., « Soins sans consentement : le juge n’a pas à « jouer au docteur ». », *Santé mentale*, n° 277, avril 2023.

VIDAL S., CORREA L., PERROUD N., HUGUELET P., “Difficult-to-engage patients: What evolution after discharge from Assertive Community Programs ?”, *L’Encéphale*, Volume 47, Issue 5, October 2021, Pages 426-434.

VIRIOT-BARRIAL D., « Secret médical et terrorisme. », *Revue de droit sanitaire et social*, Dalloz, 2019, p. 236.

VON BUELTZINGSLOEWEN I., « Les « aliénés » morts de faim dans les hôpitaux psychiatriques français sous l'Occupation., Vingtième Siècle. » *Revue d'histoire*, vol. no 76, no. 4, 2002, pp. 99-115.

WAKEFIELD S., KELLETT S., SIMMONDS-BUCKLEY M., STOCKTON D., BRADBURY A., DELGADILLO J., “Improving Access to Psychological Therapies (IAPT) in the United Kingdom: A systematic review and meta-analysis of 10-years of practice-based evidence.”, *Br J Clin Psychol.* 2021 Mar;60(1):1-37.

WALLCRAFT J., AMERING M., FREIDIN J., et al., “Partnerships for better mental health worldwide: WPA recommendations on best practices in working with service users and family carers.”, *World Psychiatry*, 10: 229-236, 2011.

WILLIS J., “Psychiatric classification and the biomedical model of mental disorder: A review from a philosophy of science perspective.”, *History of Psychiatry*, 2018, 29(3), 369-386.

WYNN R., “Coercion in psychiatric care: clinical, legal, and ethical controversies.”, *International Journal of Psychiatry in Clinical Practice*, 2006.

YOUNES N., VIDON G., HARDY-BAYLE MC., Quelle place pour les soins sans consentement en ambulatoire ?, *Interpsy*, n°15, 2014.

ZANARDI R., SERRE P., « L'éthique en psychiatrie : entre soin et contrainte. », *L'information psychiatrique*, 2015, vol. 91, n° 7, p. 602-607.

ZERMATTEN L., « Les droits des patients en psychiatrie : aspects juridiques et éthiques. », *Santé Mentale*, 2023.

VIII - LITTÉRATURE GRISE

AdESM, *Programmes de soins, Unités pour Malades Difficiles : Parution du décret n° 2016-94 du 1er février 2016*, mis à jour le 20 mai 2020, <https://www.adesm.fr/programmes-de-soins-unites-pour-malades-difficiles-parution-du-decret-n-2016-94-du-1er-fevrier-2016-portant-application-des-dispositions-de-la-loi-du-27-septembre-2013-relative-aux-droits-et/>

American psychiatric association, *Personal Perspectives on Early Psychosis, Part 2, Dec. 20, 2020*, discussion about early psychosis led by Dr. Ken Duckworth, [Lien](#)

American Psychiatric Nurses Association, *Seclusion and restraint standards of practice, Falls Church, APNA, 2014*, [Lien](#)

ANSM, *Cybersécurité des Dispositifs Médicaux Intégrant du Logiciel Au cours de leur Cycle de Vie*, septembre 2022.

Association Nationale Maisons des Adolescents, *Les Maisons des Adolescents*, [Lien](#)

BEKY A., *IA et santé : IBM Watson Health n'est plus, Silicon*, 1er sept. 2022, [Lien](#)

BRETTSCHNEIDER, COREY, *Rights within the Social Contract: Rousseau on Punishment*, *Stanford Scholarship Online*, 20 Juin 2013, [Lien](#)

BOUSSARD I., *Les paysans sous le régime de Vichy*, *École Française de Rome*, 2004, pp. 247-255.

CHAPELOTTE P., *Traitement judiciaire des malades mentaux. Dominique PERBEN, Garde des Sceaux, Ministre de la Justice consulte des professionnels, 23/12/2003, Site du Ministère de la justice*, [Lien](#)

COLDEFY M., FERNANDES S., LAPALUS D., *Les soins sans consentement en psychiatrie : bilan après quatre années de mise en œuvre de la loi du 5 juillet 2011*, IRDES, *Questions d'économie de la santé* n°222, 2017.

COLDEFY M., GANDRE C., *Personnes suivies pour des troubles psychiques sévères : une espérance de vie fortement réduite et une mortalité prématurée quadruplée*, IRDES, *Quest Econ Santé*, 2018, 237.

COLDEFY M., TARTOUR T., NESTRIGUE C., *De l'hospitalisation aux soins sans consentement en psychiatrie : premiers résultats de la mise en place de la loi du 5 juillet 2011*, IRDES, *Questions d'économie de la santé* n°205, 2015.

COLDEFY et al., *L'évolution des dispositifs de soins psychiatriques ; en Allemagne, France, Angleterre et Italie : similitudes et divergences*, IRDES, *Questions d'économie de la santé*, octobre 2012.

Comité santé mentale et psychiatrie, *Article HAS*, Mis en ligne le 17 oct. 2024, [Lien](#)

“Consultations spécialisées de psychiatrie en maison de santé pluriprofessionnelle”, CH de Saint-Nazaire, 2015.

Congrès de Genève-Lausanne, *Sur l'unité de la théorie de la pratique en psychiatrie*, Masson, Paris, *Réflexion sur la psychiatrie sociale*, La Raison n°1, 1951

DELBROUKE P., RIO K., *Consultations spécialisées de psychiatrie en maison de santé pluriprofessionnelle*, CH de Saint-Nazaire, 2015.

France Assos Santé, *Les soins psychiatriques sans consentement*, *Santé Info Droits Pratique*, Paris, Assos Santé, 2019, [Lien](#)

Interreg, North-West Europe eMen, *e-mental health innovation and transnational implementation platform North West Europe (eMEN)*, [Lien](#)

LASSERRE B., « Le Conseil d'État face à la crise sanitaire du Covid-19 », 17 septembre 2020, site du Conseil d'Etat

LOPEZ A., TURAN-PELLETIER G., « Organisation et fonctionnement du dispositif de soins psychiatriques, 60 ans après la circulaire du 15 mars 1960 », *Inspection générale des affaires sociales*, novembre 2017.

MICHEL L., OR Z., « Comparaison internationale de l'organisation de la médecine spécialisée, Des innovations dans cinq pays », *IRDES*, novembre 2019, [Lien](#)

NAHON M., « Certificats d'hospitalisation à la demande d'un tiers - SPDT – HDT », *Urgences serveur*, 13 janvier 2021, <https://urgences-serveur.fr/certificats-d-hospitalisation-a-la.html>

OMS, *Une nouvelle étude montre que la télémédecine présente des avantages évidents pour les patients européens*, 31 octobre 2022, [Lien](#)

Programme de psychiatrie légale, *Université de Saint-Etienne*, [Lien](#)

ROUSSET G., *Déserts médicaux, accès aux soins et liberté d'installation : le territoire au cœur des préoccupations de santé*, Collège international des sciences du territoire (CIST), 2016.

WACQUANT L., « La tentation pénale en Europe », *Actes de la recherche en sciences sociales*, vol. 128, 1998.

IX – REPERTOIRES, ENCYCLOPEDIES, NOTES, CONCLUSIONS, OBSERVATIONS

ALLAND D. et RIALS S., *Dictionnaire de la culture juridique*, ed. Lamy, 2019, p. 945.

Assemblée générale des nations unies, document n°A/66/268.

CORNU G., *Vocabulaire juridique*, Association Henri-Capitant, PUF, 14e ed., 2022.

DEBARD T., *Lexique des termes juridiques 2021-2022*, 29e ed., Dalloz, 2021.

Dictionnaire Larousse 2021.

Dictionnaire médical de l'Académie de Médecine, 2023.

ESQUIROL J-E., *Des établissements d'aliénés en France et des moyens d'améliorer le sort de ces infortunés*, Mémoire à l'attention du Ministère de l'Intérieur, Septembre 1818, Paris.

JUILLET P., *Dictionnaire de Psychiatrie*, Ed. du Conseil International de la Langue Française (CILF), 2000.

MAZEAUD P., *Libertés et ordre public*, 2003, [Lien](#)

Référentiel de psychiatrie, 2014, Presses Universitaires François Rabelais, Collection « L'officiel ECN ».

THÉRON S., *Dictionnaire de droit de la santé mentale et de la psychiatrie*, LEH édition, 2023.

X – JURISPRUDENCE

A) Conseil constitutionnel

Constitution française du 3 septembre 1791.

Conseil constitutionnel, décision n° 71-44 DC du 16 juillet 1971, [Lien](#).

Conseil constitutionnel, décision n° 79-107 DC du 12 juillet 1979 (*Ponts à péage*).

Conseil constitutionnel, décision n° 80-127 DC du 20 janvier 1981 (*Loi Sécurité et liberté*), [Lien](#).

Conseil constitutionnel, décision n° 84-181 DC des 10 et 11 octobre 1984.

Conseil constitutionnel, décision n° 84-185 DC du 18 janvier 1985.

Conseil constitutionnel, décision n° 85-187 DC du 25 janvier 1985, [Lien](#).

Conseil constitutionnel, décision n° 91-296 DC du 29 juillet 1991.

Conseil constitutionnel, décision n° 93-325 DC du 13 août 1993.

Conseil constitutionnel, décision n° 94-352 DC du 18 janvier 1995.

Conseil constitutionnel, décision n° 99-411 DC du 16 juin 1999.

Conseil constitutionnel, décision n° 2003-467 DC du 13 mars 2003 (*LOPSI*).

Conseil constitutionnel, décision n° 2005-532 DC du 19 janvier 2006.

Conseil constitutionnel, décision n° 2009-584 DC du 16 juillet 2009 (*Loi portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires*).

Conseil constitutionnel, décision n° 2010-71 QPC du 26 novembre 2010 (*Sur le rôle du JLD dans le cadre des soins psychiatriques sans consentement*).

Conseil constitutionnel, décision n° 2011-135/140 QPC du 9 juin 2011.

Conseil constitutionnel, décision n° 2012-235 QPC du 20 avril 2012.

Conseil constitutionnel, décision n° 2014-693 DC du 25 mars 2014 (*Loi relative à la géolocalisation*).

JO du 29 mars 2014, p. 6125.

Conseil constitutionnel, décision n° 2020-844 QPC du 19 juin 2020, [Lien](#).

Conseil constitutionnel, décision n° 2021-912/913/914 QPC du 4 juin 2021 (*Contrôle des mesures d'isolement ou de contention dans le cadre des soins psychiatriques sans consentement II*).

JORF n°0129 du 5 juin 2021, texte n° 84.

Conseil constitutionnel, décision n° 2023-1040/1041 QPC du 31 mars 2023.

JORF n°0078 du 1er avril 2023, texte n° 80.

B) Tribunal des conflits

TC, 8 avril 1935, *Action française*, n° 00822, publié au recueil Lebon.

TC, 17 juin 2013, *M. Bergoend c/ Société ERDF Annecy Léman*, n° 3911, publié au recueil Lebon.

TC, 3 juillet 2023, C4279, publié au recueil Lebon.

C) Cour de cassation

1) Chambre criminelle

Cass. crim., 29 janvier 1921, Trémintin, *S. 1922. I. 185.*

Cass. crim., 28 juin 1958, Lesage, *D. 1958. 693.*

Cass. crim., 13 décembre 1956, n° 55-05.772, *Bull. crim. n° 840.*

Cass. crim., 14 décembre 1982, *Gaz. Pal. 1983. I. Pan. 178.*

Cass. crim., 18 février 1998, nos 97-81.702 et 97-84.855 P, *Bull. crim. n° 66*.

Cass. crim., 12 mai 2010, n° 10-80.279.

Cass. crim., 26 janvier 2011, n° 10-82629.

Cass. crim., 21 mars 2012, n° 12-80.178 P, *Dalloz actualité, 11 mai 2012*.

Cass. crim., 25 juin 2013, n° 12-84.790 P, *Bull. crim. n° 152 ; Article 132-76 du Code pénal*.

Cass. crim., 25 février 2014, n° 13-90.039.

Cass. crim., 21 juin 2017, n° 16-84.158.

Cass. crim., 20 décembre 2017, n° 17-82435.

2) Chambres civiles

Cass. civ., 21 novembre 1911.

Cass. civ., 30 décembre 1936, "Arrêt Mercier", Publié au bulletin.

Cass. civ. 1re, 29 janvier 1921, Trémintin, *S. 1922. I. 185*.

Cass. civ. 2e, 20 mai 1998, n° 96-18.543, Publié au bulletin, "Arrêt Cousin".

Cass. civ. 1re, 25 février 1997, n° 94-19.685, Publié au bulletin.

Cass. civ. 1re, 18 mai 2000, n° 99-20.470.

Cass. civ. 1re, 9 mars 2004, n° 01-12.398.

Cass. civ. 1re, 21 novembre 2006, n° 04-19.413.

Cass. civ. 1re, 6 décembre 2007, n° 06-19.301.

Cass. civ. 1re, 27 janvier 2010, n° 08-17.189.

Cass. civ. 1re, 3 juin 2010, n° 09-67.242.

Cass. civ. 1re, 9 mars 2011, n° 09-67.368.

Cass. civ. 1re, 18 mai 2011, n° 10-14.935.

Cass. civ. 1re, 16 février 2012, n° 11-10.769.

Cass. civ. 1re, 19 décembre 2012, n° 11-27.513.

Cass. civ. 1re, 27 mars 2013, n° 12-11.647.

Cass. civ. 1re, 28 mars 2013, n° 12-12.015.

Cass. civ. 1re, 29 mai 2013, n° 12-21.194, Publié au bulletin.

Cass. civ. 1re, 5 février 2014, n° 11-28.564.

Cass. civ. 1re, 15 octobre 2014, n° 13-24.924.

Cass. civ. 1re, 18 décembre 2014, n° 13-24.924.

Cass. civ. 1re, 15 janvier 2015, n° 13-26.758.

Cass. civ. 1re, 4 mars 2015, n° 14-17.824.

Cass. civ. 1re, 11 février 2015, n° 14-10.842.

Cass. civ. 1re, 18 mars 2015, n° 14-15.613.

Cass. civ. 1re, 8 juillet 2015, n° 14-21.150.

Cass. civ. 1re, 5 octobre 2016, n° 15-17.634.

Cass. civ. 1re, 8 février 2017, n° 15-19.716.

Cass. civ. 1re, 14 décembre 2017, n° 16-19.113.

Cass. civ. 1re, 24 mai 2018, n° 17-21.057.

Cass. civ. 1re, 15 février 2018, n° 17-10.962.

Cass. civ. 1re, 28 février 2018, n° 17-14.082.

Cass. civ. 1re, 24 janvier 2019, n° 17-50.103.

Cass. civ. 1re, 21 novembre 2019, n° 19-20.513.

Cass. civ. 1re, 5 mars 2020, n° 19-40.039, JurisData n° 2020-003283.

Cass. civ. 3e, 5 novembre 2020, n° 19-10.857, Publié au bulletin.

Cass. civ. 1re, 26 janvier 2023, n° 22-40.021, B : JurisData n° 2023-000881 (Renvoi devant le Conseil constitutionnel - QPC).

Cass. civ. 1re, 16 octobre 2024, n° 23-14.764.

3) Chambre commerciale

Cass, Ch. Com., 24 juin 2015, n° 13-18723

4) Chambre sociale

Cass, Ch. Soc., 28 mars 2013, n° 11-23014

5) Assemblée plénière

Cass., ass. plén., 9 mai 1984, Lemaire et Derguini, Bull. civ. 2 et 3.

Cass., ass. plén., 19 mai 1988, n° 87-82.654, Publié au bulletin, "Arrêt Costedoat".

Cass., ass. plén., 14 avril 2006, n° 02-11.168, Publié au bulletin.

Cass., ass. plén., 21 décembre 2007, n° 06-11.343.

6) Avis

Cass, 11 juillet 2016, avis n°16008, V. n°245

Cass. Civ., avis, 8 juillet 2021, n°15012

D) Conseil d'Etat

CE, 19 mai 1933, Benjamin

CE, 1978, GISTI, publié dans les recueils du Conseil d'État

CE, 4 mai 1988, Jacques Plante, RDP 1990, p. 913

CE, 18 octobre 1989, "Arrêt Brousse".

CE, 20 juin 1990, n° 79.543.

CE, 10 avril 1992, Époux V., n° 79.027.

CE, 10 avril 1992, Époux V., n° 104.599.

CE, 21 octobre 1998, n° 189.325.

CE, 14 avril 1999, Syndicat des médecins libéraux, n° 202.605 - 203.623, Publié au recueil Lebon.

CE, ordonnance n° 236196 du 20 juillet 2001, Commune de Mandelieu-la-Napoule.

CE, décision du 3 décembre 2003.

CE, 6 avril 2007, M. Bernardet, n° 280.494.

CE, 20 novembre 2009, 1ère et 6ème sous-sections réunies, n° 313.598.

CE, 30 septembre 2011, 1ère et 6ème sous-sections réunies, n° 337.334.

CE, 8 février 2012, décision n° 352.667 - 352.668 (Renvoi de QPC).

CE, 20 avril 2012, décision n° 2012-235.

CE, 13 août 2013, ordonnance n° 370.902, Ministre de l'Intérieur / Commune de Saint-Leu.

CE, 4 décembre 2013, n° 362.441.

CE, 24 octobre 2014, n° 360.759.

CE, 17 mars 2017, 1ère et 6ème chambres réunies, n° 397.774, Inédit au recueil Lebon.

CE, 14 février 2018, n° 403.799.

CE, 12 juillet 2018, 1^e chambre, n° 412.639.

CE, 27 mars 2020, 9^e-10^e chambres, req. n° 431.350.

CE, Rapport public pour 1991, Études et documents n° 43, p. 379-380

E) Cours d'appel

CA de Bordeaux, Civ. 1, 13 décembre 2000, M. Baudoin.

CA de Lyon, ordonnance du 16 mai 2012, n° 12/0346.

CA de Versailles, ordonnance de mainlevée des 22 décembre 2014, 13 mai 2015 et 21 mai 2015.

CA de Versailles, ordonnance du 24 octobre 2016, R.G. n° 16/07393.

CA de Versailles, 20 janvier 2017, n° 17-00326 57.

CA de Versailles, 18 juin 2018, n° 18/03895.

CA de Paris, 14 novembre 2018, n° 17/08732.

CA de Bordeaux, 12 mai 2021, n° 21/00649.

F) Cours administratives d'appel

CAA de Nantes, 25 janvier 1995, n° 92NT00651.

CAA de Paris, 21 février 2006, n° 02PA02087.

CAA de Douai, 13 juin 2006, n° 05DA01245.

CAA de Paris, 21 décembre 2007, n° 07PA00168.

CAA de Paris, 20 septembre 2011, n° 10PA02089, inédit au recueil Lebon.

CAA de Paris, 18 octobre 2011, Civ. 4, Mme A, n° 09PA05817.

CAA de Marseille, 21 mai 2015, n° 13MA03115, inédit au recueil Lebon.

G) Tribunaux administratifs

TA de Paris n° 0708956/3-1 du 2 mars 2010.

H) Tribunaux de grande instance

TGI de Paris, Civ. 1, 10 mars 2008, n° RG 06/00880.

TGI de Lyon, ordonnance du 3 avril 2012, n° 2012/658.

TGI de Perpignan, ordonnance du JLD n° 12/477 du 18 septembre 2012.

TGI de Meaux, ordonnance de mainlevée du Juge des libertés et de la détention, 1er juillet 2014, n° 14/02104.

TGI de Versailles, 10 août 2017, n° 17/021262.

I) Juridictions extranationales

1) Cour de justice de l'union européenne

CJUE, Affaire C-157/99, Smits et Peerbooms, 12 juin 2001.

CJUE, Affaire C-117/01, K.B. c. National Health Service Pensions Agency, 7 janvier 2004.

CJUE, Affaire C-372/04, Watts c. Bedford Primary Care Trust, 16 mai 2006.

CJUE, Affaire C-303/06, Coleman c. Attridge Law et Steve Law, 17 juillet 2008.

CJUE, Affaire C-512/08, Commission c. France, 5 octobre 2010.

CJUE, Affaire C-173/09, Elchinov, 5 octobre 2010.

CJUE, Affaire C-157/15, Achbita c. G4S Secure Solutions, 14 mars 2017.

2) Cour européenne des droits de l'homme

CEDH, Winterwerp c. Pays-Bas, 24 octobre 1979, requête n° 6301/73.

CEDH, 5 novembre 1981, M. X c. Royaume-Uni.

CEDH, Van der Leer c. Pays-Bas, 21 février 1990, requête n° 11509/85.

CEDH, 29 août 1990, M. E c. Norvège.

CEDH, Herczegfalvy c. Autriche, 24 septembre 1992, requête n° 10533/83.

CEDH, Aksoy c. Turquie, 18 décembre 1996, § 62.

CEDH, Chahal c. Royaume-Uni, 15 novembre 1996, requête n° 22414/93.

CEDH, décision n° 14/1997/798/1001 du 9 juin 1998, L.C.B. c. Royaume-Uni.

CEDH, Assenov et autres c. Bulgarie, 28 octobre 1998, § 93, requête n° 24760/94.

CEDH, Selmouni c. France [GC], 28 juillet 1999, requête n° 25803/94.

CEDH, Labita c. Italie, 6 avril 2000, requête n° 26772/95.

CEDH, 5 octobre 2000, Varbanov c. Bulgarie.

CEDH, 22 mars 2001, Streletz, Kessler et Krentz c. Allemagne, requêtes n° 35532/97, 34044/96 et 44801/98.

CEDH, 3 avril 2001, Keenan c. Royaume-Uni.

CEDH, 25 avril 2002, Pretty c. Royaume-Uni, requête n° 2346/02.

CEDH, Hutchison Reid c. Royaume-Uni, 20 février 2003, requête n° 50272/99.

CEDH, 28 janvier 2003, Peck c. Royaume-Uni, requête n° 44647/98.

CEDH, 30 septembre 2003, Loyen c. France, requête n° 46022/99.

CEDH, 16 octobre 2008, Renolde c. France, requête n° 5608/05.

CEDH, 27 mars 2008, Chtukaturov c. Russie.

CEDH, Affaire K.H. et autres c. Slovaquie, 2009.

CEDH, Glor c. Suisse, 30 avril 2009, requête n° 13444/04.

CEDH, 11 juillet 2006, Rivière c. France, requête n° 33834/03.

CEDH, 18 novembre 2010, Baudouin c. France, requête n° 35935/03.

CEDH, décision n° 30812/07 du 14 juin 2011, Trévalec c. Belgique.

CEDH, affaire Stanev c. Bulgarie, 17 janvier 2012, requête n° 36760/06.

CEDH, 3 mai 2012, M.S. c. Royaume-Uni.

CEDH, Pleso c. Hongrie, 2 octobre 2012, requête n° 41248/08.

CEDH, Bureš c. République tchèque, 18 octobre 2012, requête n° 37679/08.

CEDH, 14 février 2018, n° 403799.

CEDH, M.A. c. France, 1er février 2018, requête n° 9373/15.

CEDH, Affaire Big Brother Watch et autres c. Royaume-Uni, 2018, n° 001-186317.

CEDH, Affaire Rooman c. Belgique, arrêt du 19 juin 2020, Requête no 18052/11

CEDH, 26 février 2022, H.M. c. Suisse.

Communiqué de presse du greffier de la CEDH, 17/07/2014,
file:///Users/celinegm/Downloads/003-4822316-5881638.pdf

4) Tribunal pénal international

TPIY, Affaire Anto Furundzija, 10 décembre 1998, n°IT-95-17/1-T.

5) Jurisprudence étrangère

US Supreme Court, O'Connor v. Donaldson, 422 U.S. 563 (1975)

Cour suprême du Canada, R. c. Swain, [1991] 1 R.C.S. 933.

Cour suprême du Canada, Winko c. British Columbia (Forensic Psychiatric Institute), [1999] 2 R.C.S. 625.

Cour suprême du Canada, Starson c. Swayze, [2003] 1 R.C.S. 722.

Cour fédérale suisse, ATF 134 I 229, 2008.

Cour fédérale suisse, ATF 137 III 470, 2011.

House of Lords, UK, Case R. (H) v. Mental Health Review Tribunal

Cour suprême de Victoria, Re SB, [2013] VSC 437.

Cour suprême de Victoria, XY c. The Mental Health Review Board, [2015] VSC 268.

Cour européenne des droits de l'homme, M.S. c. Croatie, requête n° 36337/10, 2015.

X – TEXTES

A) DROIT INTERNE

1) Bloc de constitutionnalité

Constitution française du 4 octobre 1958

Déclaration des Droits de l'Homme et du Citoyen (DDHC) de 1789

Préambule de la Constitution de 1946

2) Lois

Loi du 30 juin 1838, dite « loi de protection des malades mentaux ».

Loi du 15 avril 1954 prévoyant le traitement des « alcooliques dangereux pour eux-mêmes ou pour autrui ».

Loi n° 68-5 du 3 janvier 1968, portant réforme du droit des incapables majeurs, dite « loi sur les tutelles et curatelles ».

Loi n° 70-643 du 17 juillet 1970 tendant à renforcer la garantie des droits individuels des citoyens.

Loi n° 78-17 du 6 janvier 1978, relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés.

Loi du 2 février 1981, dite « loi de Sécurité et liberté ».

Loi n° 82-213 du 2 mars 1982, relative aux droits et libertés des communes, des départements et des régions.

Loi n° 89-475 du 10 juillet 1989, relative à l'accueil par des particuliers, à leur domicile, à titre onéreux, de personnes âgées ou handicapées adultes.

Loi n° 90-527 du 27 juin 1990, relative aux droits et à la protection des personnes hospitalisées en raison de troubles mentaux et à leurs conditions d'hospitalisation.

Loi n° 94-43 du 18 janvier 1994.

Loi n° 95-73 du 21 janvier 1995, d'orientation et de programmation relative à la sécurité.

Loi n° 98-468 du 17 juin 1998, relative à la prévention et à la répression des infractions sexuelles ainsi qu'à la protection des mineurs.

Loi n° 98-657 du 29 juillet 1998, d'orientation relative à la lutte contre les exclusions.

Loi n° 99-641 du 27 juillet 1999, portant création d'une couverture maladie universelle.

Loi n° 2001-1062 du 15 novembre 2001, relative à la sécurité quotidienne.

Loi n° 2002-303 du 4 mars 2002, relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé, dite « loi Kouchner ».

Loi n° 2003-239 du 18 mars 2003, pour la sécurité intérieure.

Loi n° 2004-204 du 9 mars 2004, portant adaptation de la justice aux évolutions de la criminalité.

Loi n° 2004-806 du 9 août 2004, relative à la politique de santé publique.

Loi n° 2005-102 du 11 février 2005, pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées.

Loi n° 2005-1549 du 12 décembre 2005, relative au traitement de la récidive des infractions pénales.

Loi n° 2006-64 du 23 janvier 2006, relative à la lutte contre le terrorisme et portant dispositions diverses relatives à la sécurité et aux contrôles frontaliers.

Loi n° 2007-127 du 30 janvier 2007, ratifiant l'ordonnance n° 2005-1040 du 26 août 2005 relative à l'organisation de certaines professions de santé.

Loi n° 2007-297 du 5 mars 2007, relative à la prévention de la délinquance.

Loi n° 2007-308 du 5 mars 2007, portant réforme de la protection juridique des majeurs.

Loi n° 2007-1198 du 10 août 2007, renforçant la lutte contre la récidive des majeurs et des mineurs.

Loi n° 2007-1545 du 30 octobre 2007, instituant un Contrôleur général des lieux de privation de liberté.

Loi n° 2008-174 du 25 février 2008, relative à la rétention de sûreté et à la déclaration d'irresponsabilité pénale pour cause de trouble mental.

Loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009, portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires.

Loi n° 2010-242 du 10 mars 2010, tendant à amoindrir le risque de récidive criminelle et portant diverses dispositions de procédure pénale.

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.

Loi n° 2012-409 du 27 mars 2012, de programmation relative à l'exécution des peines.

Loi n° 2013-869 du 27 septembre 2013, modifiant certaines dispositions issues de la loi n° 2011-803 du 5 juillet 2011.

Loi n° 2014-372 du 28 mars 2014, relative à la géolocalisation.

Loi n° 2014-528 du 26 mai 2014, modifiant la loi n° 2007-1545 du 30 octobre 2007 instituant un Contrôleur général des lieux de privation de liberté.

Loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016, de modernisation de notre système de santé.

Loi n° 2018-1021 du 23 novembre 2018, portant évolution du logement, de l'aménagement et du numérique.

Loi n° 2020-290 du 23 mars 2020 d'urgence pour faire face à l'épidémie de covid-19

Loi n° 2020-1576 du 14 décembre 2020, de financement de la sécurité sociale pour 2021.

Loi n° 2021-646 du 25 mai 2021, pour une sécurité globale préservant les libertés.

Loi n° 2021-1754 du 23 décembre 2021, de financement de la sécurité sociale pour 2022.

Loi n° 2022-46 du 22 janvier 2022, renforçant les outils de gestion de la crise sanitaire et modifiant le code de la santé publique.

Loi du 9 septembre 2022, dite « loi Perben I ».

3) Ordonnances

Ordonnance n° 45-2250 du 4 octobre 1945, portant organisation de la sécurité sociale.

Ordonnance n° 96-346 du 24 avril 1996, portant réforme de l'hospitalisation publique et privée.

Ordonnance n° 2003-850 du 4 septembre 2003, portant simplification de l'organisation et du fonctionnement du système de santé ainsi que des procédures de création d'établissements ou de services sociaux ou médico-sociaux soumis à autorisation, *JORF n°206 du 6 septembre 2003*.

Ordonnance n° 2016-131 du 10 février 2016, portant réforme du droit des contrats, du régime général et de la preuve des obligations, *NOR : JUSC1522466R*.

4) Décrets

Décret n° 74-27 du 14 janvier 1974, relatif aux règles de fonctionnement des centres hospitaliers et des hôpitaux locaux.

Décret n° 86-602 du 14 mars 1986, relatif à la lutte contre les maladies mentales et à l'organisation de la sectorisation psychiatrique, *JORF du 19 mars 1986*.

Décret n° 97-311 du 7 avril 1997, relatif à l'organisation et au fonctionnement de l'Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé instituée à l'article L. 791-1 du code de la santé publique et modifiant ce code.

Décret n° 2005-213 du 2 mars 2005, relatif à la commission des relations avec les usagers et de la qualité de la prise en charge et modifiant le code de la santé publique.

Décret n° 2006-577 du 22 mai 2006, relatif aux protocoles de coopération entre professionnels de santé : définit les modalités de collaboration entre divers professionnels de la santé en vue d'optimiser le suivi des patients.

Décret n° 2008-1129 du 4 novembre 2008, relatif à la surveillance de sûreté et à la rétention de sûreté.

Décret n° 2010-1229 du 19 octobre 2010, relatif à la télémédecine, *JORF n°0245 du 21 octobre 2010*.

Décret du 5 mars 2015, portant création d'un traitement automatisé de données à caractère personnel dénommé « Fichier de traitement des signalements pour la prévention de la radicalisation à caractère terroriste », modifié par le décret du 15 mars 2021, *JORF n°0076 du 30 mars 2021*.

Décret n° 2016-995 du 20 juillet 2016, relatif aux lettres de liaison, *JORF n°0169 du 22 juillet 2016*.

Décret n° 2016-1338 du 7 octobre 2016, modifiant le code de procédure pénale et relatif au répertoire des données collectées dans le cadre d'une procédure judiciaire, *JORF n°0236 du 9 octobre 2016*.

Décret n° 2017-884 du 9 mai 2017, relatif aux groupements hospitaliers de territoire (GHT).

Décret n° 2018-383 du 23 mai 2018, autorisant les traitements de données à caractère personnel relatifs au suivi des personnes en soins psychiatriques sans consentement, *JORF n°0117 du 24 mai 2018*.

Décret n° 2019-412 du 6 mai 2019, modifiant le décret n° 2018-383 du 23 mai 2018, *JORF n°0106 du 7 mai 2019*.

Décrets n° 2020-1510, 2020-1511 et 2020-1512 du 2 décembre 2020.

Décret n° 2021-537 du 30 avril 2021, relatif à la procédure applicable devant le juge des libertés et de la détention en matière d'isolement et de contention mis en œuvre dans le cadre de soins psychiatriques sans consentement, *JORF n°0103 du 2 mai 2021*.

Décret n° 2022-419 du 23 mars 2022, modifiant la procédure applicable devant le juge des libertés et de la détention en matière d'isolement et de contention mis en œuvre dans le cadre de soins psychiatriques sans consentement, *JORF n°0071 du 25 mars 2022*.

Décret n° 2023-935 du 10 octobre 2023, autorisant la création d'un traitement automatisé de données à caractère personnel dénommé « Système informatisé de suivi de politiques pénales prioritaires », *JORF n°0236 du 11 octobre 2023*.

5) Arrêtés

Arrêté du 20 mars 1837, p.5 à 23.

Arrêté du 14 octobre 1986, relatif au règlement intérieur type des unités pour malades difficiles, *JORF du 23 novembre 1986*.

Arrêté du 20 juillet 2010, fixant une première tranche de neuf UHSA.

6) Instructions

Instruction n° DGOS/R4/2022/85 du 29 mars 2022, relative au cadre juridique des mesures d'isolement et de contention en psychiatrie et à la politique de réduction du recours aux pratiques d'isolement et de contention, [Texte officiel](#)

Instruction n° DGOS/R4/2022/85 du 29 avril 2022, publiée au *Bulletin officiel du ministère de la Santé (BO Santé)*, [Texte officiel](#)

7) Circulaires

Circulaire n°7 du 20 mars 1857.

Circulaire du 20 mars 1857.

Circulaire Chaumié du 12 décembre 1905.

Circulaire du 4 août 1930 relative aux placements volontaires gratuits, Ministère de la Santé, [Texte officiel](#)

Circulaire du 13 octobre 1937 relative à la réorganisation de l'assistance psychiatrique dans le cadre départemental.

Circulaire du 5 février 1939.

Circulaire du 2 septembre 1946, [Texte officiel](#)

Circulaire santé n°61 du 1er mars 1949 relative à l'organisation des services libres pour le traitement des malades mentaux, [Texte officiel](#)

Circulaire n°109 du Ministère de la Santé Publique du 5 juin 1950.

Circulaire du 28 février 1951 sur les services ouverts des hôpitaux psychiatriques, [Texte officiel](#)

Circulaire n°51.63 du 17 septembre 1951 concernant les « services libres » annexes aux hôpitaux psychiatriques publics ou privés, [Texte officiel](#)

Circulaire du 24 mars 1956 concernant l'établissement du deuxième plan d'équipement sanitaire.

Circulaire du 15 mars 1960 relative au programme d'organisation et d'équipement des départements en matière de lutte contre les maladies mentales.

Circulaire du 4 septembre 1970 étendant l'action du secteur psychiatrique à l'alcoolisme et à la toxicomanie.

Circulaire du 14 mars 1990 relative aux orientations de la politique de la santé mentale, JORF n°79 du 3 avril 1990.

Circulaire du 30 juillet 1992 sur les urgences psychiatriques.

Circulaire DH-PE 3/DGS-SP 3 n° 93-00 du 14 mars 1993 relative aux procédures de planification en santé mentale.

Circulaire DGS/SP 3 n° 48 du 19 juillet 1993 portant sur le rappel des principes relatifs à l'accueil et aux modalités de séjours des malades hospitalisés pour troubles mentaux.

Circulaire du 9 juillet 1993 relative à l'application de l'article L. 365-1 du code de la santé publique, JORF n°180 du 6 août 1993, [Texte officiel](#)

Circulaire DGS/DH n°95-22 du 6 mai 1995 relative aux droits des patients hospitalisés.

Circulaire du 22 octobre 1996 relative à l'application de l'article 10 de la loi n° 95-73 du 21 janvier 1995 d'orientation et de programmation relative à la sécurité (décret sur la vidéosurveillance), JORF n°285 du 7 décembre 1996.

Circulaire du 25 novembre 1999.

Circulaire DHOS/E2/E4 n°176 du 29 mars 2004 relative aux recommandations pour la mise en place d'un programme de gestion des risques dans les établissements de santé.

Circulaire du 25 octobre 2004 relative à l'inspection des installations classées – Plan national santé – environnement (PNSE).

Circulaire DHOS/E1/DGS/SD1B/SD1C/SD4A n° 2006-90 du 2 mars 2006 relative aux droits des personnes hospitalisées et comportant une charte de la personne hospitalisée.

Circulaire du 15 septembre 2008 relative à la mise en œuvre du volet sanitaire du plan Alzheimer 2008-2012.

Circulaire interministérielle DGOS/R4/PMJ2/2011/105 du 18 mars 2011 relative à l'ouverture et au fonctionnement des UHSA.

Circulaire du 18 mars 2011 relative aux unités hospitalières spécialement aménagées (UHSA).

Circulaire du 15 mars 2012 relative à la réforme de la psychiatrie et au rôle du juge des libertés et de la détention.

Circulaire du 30 septembre 2015 relative à la prise en charge des soins sans consentement.

Circulaire du 29 mars 2022 relative au cadre juridique des mesures d'isolement et de contention en psychiatrie et à la politique de réduction du recours aux pratiques d'isolement et de contention, [Texte officiel](#)

8) Codes

Code civil

Code de l'action sociale et des familles

Code de l'éducation

Code de la Santé Publique

Code de procédure civile

Code de procédure pénale

Code de sécurité intérieure

Code pénal

Code pénal de 1810

Code pénitentiaire

Code du travail

9) Avis et recommandations du contrôleur général des lieux de privation de liberté

CGLPL, Rapport d'activité, 2013, p. 150.

CGLPL, Rapport d'activité, 2016, [Texte officiel](#)

CGLPL, Rapport de visite du Centre Hospitalier du Forez à Montbrison, septembre 2017, [Texte officiel](#)

CGLPL, Recommandations minimales du Contrôleur général des lieux de privation de liberté pour le respect de la dignité et des droits fondamentaux des personnes privées de liberté, 2019.

CGLPL, Rapport de visite du CHS La Candélie à Pont-du-Casse, juillet 2019.

CGLPL, Rapport de visite du CH de Montfavet, novembre 2019.

CGLPL, Rapport de visite de la clinique San Ornello, Borgo, juillet 2020.

CGLPL, Soins sans consentement et droits fondamentaux, éd. Dalloz, 2020, p. 32.

CGLPL, Rapport « Soins sans consentement et droits fondamentaux », mars 2020.

CGLPL, Rapport de la 3e visite du CH Sainte Marie de Nice, février 2021.

CGLPL, Rapport d'activité 2021, publié en 2022.

CGLPL, Recommandations en urgence du 1er février 2022 relatives au centre de santé mentale Jean-Baptiste Pussin à Lens, JORF, 1er mars 2022.

CGLPL, Rapport « L'intimité au risque de la privation de liberté » : recommandations et extraits relatifs à la santé mentale, 29 août 2022.

10) Fiches d'information de la HAS

HAS, « Stratégies de désamorçage de situations à risque de violence, Mieux prévenir et prendre en charge les moments de violence dans l'évolution clinique des patients adultes lors des hospitalisations en service de psychiatrie »

HAS, « Mise en place d'espaces d'apaisement, Mieux prévenir et prendre en charge les moments de violence dans l'évolution clinique des patients adultes lors des hospitalisations en service de psychiatrie »

HAS, « Appel à renforts, Mieux prévenir et prendre en charge les moments de violence dans l'évolution clinique des patients adultes lors des hospitalisations en services de psychiatrie »

HAS, « Renforcement des connaissances et des compétences, Échanges de pratiques et simulation en santé, Mieux prévenir et prendre en charge les moments de violence dans l'évolution clinique des patients adultes lors des hospitalisations en service de psychiatrie »

HAS, Aide à la rédaction des certificats et avis médicaux dans le cadre des soins psychiatriques sans consentement d'une personne majeure à l'issue de la période d'observation de 72 heures »

11) CNIL

CNIL « Les guides de la CNIL : Guide professionnels de santé », édition 2011, https://www.cnil.fr/sites/cnil/files/attachment_429_99.pdf

CNIL, délibération n° 2015-165 du 4 juin 2015

CNIL, rapport « Reconnaissance faciale pour un débat à la hauteur des enjeux », 15 novembre 2019.

CNIL, « Les principaux avis et recommandations de la CNIL sur la Plateforme des données de santé », 31 janvier 2024, <https://www.cnil.fr/fr/les-principaux-avis-et-recommandations-de-la-cnil-sur-la-plateforme-des-donnees-de-sante?utm>

CNIL, “Artificial intelligence: the opinion of the CNIL and its counterparts on the future European regulation”, 08 July 2021, <https://www.cnil.fr/en/artificial-intelligence-opinion-cnil-and-its-counterparts-future-european-regulation>

CNIL, “Artificial intelligence: the action plan of the CNIL”, 16 May 2023, <https://www.cnil.fr/en/artificial-intelligence-action-plan-cnil>

CNIL, Rapports sur les violations de données de santé, 2023

B) DROIT INTERNATIONAL ET COMMUNAUTAIRE

1) Règlements et Directives

- **Règlements**

Règlement (CE) n° 726/2004 du Parlement européen et du Conseil du 31 mars 2004 établissant des procédures communautaires pour l'autorisation et la surveillance en ce qui concerne les médicaments à usage humain et à usage vétérinaire, et instituant une Agence européenne des médicaments.

Règlement (UE) n° 1231/2010 du Parlement européen et du Conseil du 24 novembre 2010 visant à étendre le règlement (CE) n° 883/2004 et le règlement (CE) n° 987/2009 aux ressortissants de pays tiers qui ne sont pas déjà couverts par ces règlements uniquement en raison de leur nationalité.

Règlement (UE) 2016/679 du Parlement européen et du Conseil du 27 avril 2016 relatif à la protection des personnes physiques à l'égard du traitement des données à caractère personnel et à la libre circulation de ces données, et abrogeant la directive 95/46/CE (Règlement général sur la protection des données - RGPD), Rectificatif publié au Journal officiel de l'UE du 23 mai 2018.

Règlement (UE) 2017/745 du Parlement européen et du Conseil du 5 avril 2017 sur les dispositifs médicaux, modifiant la directive 2001/83/CE, les règlements (CE) n° 178/2002 et n° 1223/2009, et abrogeant les directives 90/385/CEE et 93/42/CEE.

- **Directives**

Directive 93/42/CEE du Conseil du 14 juin 1993 relative aux dispositifs médicaux.

Directive 2000/78/CE du Conseil du 27 novembre 2000 établissant un cadre général en faveur de l'égalité de traitement en matière d'emploi et de travail.

Directive 2004/38/CE du Parlement européen et du Conseil du 29 avril 2004 relative au droit des citoyens de l'Union et des membres de leurs familles de circuler et de séjourner librement sur le territoire des États membres, modifiant le règlement (CEE) n° 1612/68 et abrogeant les directives 64/221/CEE, 68/360/CEE, 72/194/CEE, 73/148/CEE, 75/34/CEE, 75/35/CEE, 90/364/CEE, 90/365/CEE et 93/96/CEE.

Directive 2011/24/UE du Parlement européen et du Conseil du 9 mars 2011 relative à l'application des droits des patients en matière de soins de santé transfrontaliers.

Directive 2013/48/UE du Parlement européen et du Conseil du 22 octobre 2013 relative au droit d'accès à un avocat dans le cadre des procédures pénales et des procédures relatives au mandat

d'arrêt européen, au droit d'informer un tiers dès la privation de liberté et au droit des personnes privées de liberté de communiquer avec des tiers et avec les autorités consulaires.

2) Pactes et Traités

Traité de Rome du 25 mars 1957, instituant la Communauté économique européenne (CEE) et la Communauté européenne de l'énergie atomique (Euratom).

Pacte international relatif aux droits civils et politiques (PIDCP), adopté par l'Assemblée générale des Nations unies le 16 décembre 1966, entré en vigueur le 23 mars 1976.

Pacte international relatif aux droits économiques, sociaux et culturels (PIDESC), adopté par l'Assemblée générale des Nations unies le 16 décembre 1966, entré en vigueur le 3 janvier 1976.

Traité de Lisbonne, signé le 13 décembre 2007, entré en vigueur le 1er décembre 2009.

3) Déclarations et Conventions

Convention européenne des droits de l'homme (Conv.EDH), signée le 4 novembre 1950, entrée en vigueur le 3 septembre 1953.

4) Chartes

Charte sociale européenne de 1961

Charte des droits fondamentaux de l'Union Européenne, 2000

Charte des droits et libertés de la personne accueillie, 2002

5) Recommandations du Conseil de l'Europe

Conseil de l'Europe, recommandation 818 relative à la situation des malades mentaux, adopté par l'Assemblée le 8 octobre 1977, dans « Textes du Conseil de l'Europe en matière de bioéthique », Vol. II, n°5, Strasbourg, avril 2014, Page 11/123.

Conseil de l'Europe, Charte sociale européenne, révisée (STE n°163) et adoptée en 1996,

Conseil de l'Europe. Recommandation Rec(2004)10 du Comité des Ministres aux États membres relative à la protection des droits de l'homme et de la dignité des personnes atteintes de troubles mentaux. Strasbourg, Conseil de l'Europe, 2004, <https://www.coe.int/fr/web/conventions/full-list?module=treaty-detail&treatynum=163>

Conseil de l'Europe, « Le Comité européen des Droits sociaux publie ses conclusions sur les droits liés au travail », 22 mars 2023, <https://www.coe.int/fr/web/european-social-charter/-/le-comit%C3%A9-europ%C3%A9en-des-droits-sociaux-publie-ses-conclusions-sur-les-droits-au-travail>

6) Comité européen et commission européennes

Comité européen pour la prévention de la torture et des peines ou traitements inhumains ou dégradants. Rapport au Gouvernement de la République française relatif à la visite effectuée en France par le Comité européen pour la prévention de la torture et des peines ou traitements inhumains ou dégradants (CPT) du 28 novembre au 10 décembre 2010, Strasbourg, Conseil de l'Europe, 2012

Comité européen pour la prévention de la torture et des peines ou traitements inhumains ou dégradants. Normes du CPT. Strasbourg, Conseil de l'Europe, 2015

Comité européen pour la prévention de la torture, Moyens de contention dans les établissements psychiatriques pour adultes, Strasbourg, 21/03/2017.

European Commission, « LaRge-scale implementation of COmmunity based mental health care for people with seVere and Enduring mental ill health in EuRopE », nov 27, 2017, <https://cordis.europa.eu/project/id/779362/results>

7) Législations étrangères

- *Constitutions et Chartes*

Constitution fédérale de la Confédération suisse

Charte canadienne des droits et libertés, Partie I de la Loi constitutionnelle de 1982.

Charter of Human Rights and Responsibilities Act 2006, Victoria, Australie, No. 43 of 2006.

- ***Lois***

Loi canadienne sur la santé, Canada Health Act, 1984.

Mental Health Act 1983 (amendée en 2007), Royaume-Uni, [lien](#).

Guardianship and Administration Act 1986, Victoria, Australie, [act number 58/1986, version 089](#).

Loi sur les services de santé mentale en Ontario, Mental Health Act, R.S.O. 1990, c. M.7.

Loi fédérale du 18 mars 1994 sur l'assurance-maladie (LAMal), Suisse.

Health Care Consent Act, Ontario, 1996.

Mental Capacity Act 2005, Royaume-Uni, [lien](#).

Mental Health Act 2007 No 8, New South Wales, Australie, [Version actuelle pour le 27 mai 2024](#).

Loi sur la Santé (Sundhedsloven) de 2005, modifiée en 2007, Danemark, [LBK nr 210 af 27/01/2022](#).

Mental Health Act 2014, Victoria, Australie, act number 26/2014, [lien](#).

Loi fédérale sur la privation de liberté à des fins d'assistance (LPLFA), Suisse.

Mental Health Act 2016, Queensland, Australie, [lien](#).

Lov om Social Service (Loi sur les Services Sociaux) §81, Danemark, [LBK nr 170 af 24/01/2022](#).

Lov om almene boliger (Loi sur les Logements Sociaux) §59, Danemark, [LBK nr 1203 af 03/08/2020](#).

- ***Recommandations***

Department of Health, "Treatment orders, Find out about treatment orders, criteria, process, duration, and rights", [Lien](#)

MENTAL HEALTH COMMISSION OF CANADA, *Changing Directions, Changing Lives: The Mental Health Strategy for Canada*, *Canadian Journal of Community Mental Health*, December 2013.

NATIONAL INSTITUTE FOR HEALTH AND CARE EXCELLENCE (NICE), *Violence and aggression: short-term management in mental health, health and community settings*, *NICE guideline 10*, Manchester, NICE, 2015, [Lien](#)

Santé Canada, « « Certaines circonstances » Équité et sensibilisation du système de soins de santé quant aux besoins des populations minoritaires et marginalisées », Recueil de documents et de rapports, 2001

XII- ARTICLES DE PRESSE

AFP, « Un logement plutôt que la prison : à Marseille, un test contre la récidive des petits délinquants », *Le Point*, 09/10/2018, [lien](#).

AFP, « Verdict attendu dans le procès en appel du meurtre de Valentin », *Libération*, 22/11/2013.

ARNAUD D., « Meurtre d'Agnès Marin au Chambon-sur-Lignon : le procès du suivi judiciaire », *Libération*, 16/06/2013.

BATTAGLIA M. & STROMBONI C., « Crise de l'hôpital : la difficile gestion des patients « psy » aux urgences », *Le Monde*, 1e sept 2024, https://www.lemonde.fr/societe/article/2024/09/01/crise-de-l-hopital-la-difficile-gestion-des-patients-psy-aux-urgences_6300755_3224.html

BITTON A., « Psychiatrie et loi française », *Mediapart*, 14/05/2017, [lien](#).

CHAMPAGNE A., « L'injection retard à la rue : du soin aux enjeux sécuritaires », *Nouvel Obs*, 25/01/2017.

COURTOIS C., « Interné depuis 34 ans, Claude Baudoin n'a goûté qu'une journée de liberté », *Le Monde*, 07/07/2005.

DELSENY D. et LOISY F., « Le tueur des infirmières de Pau autorisé à quitter l'unité pour malades difficiles », *Le Parisien*, 09/06/2022, [lien](#).

DURAND-SOUFFLAND S., « L'assassinat du petit Valentin devant les assises de l'Ain », *Le Figaro*, 04/12/2011.

FAVEREAU E., « Contention : la dérive sécuritaire », *Libération*, 09/09/2015.

FAVEREAU E., « Kouchner de nouveau en pleine Santé », *Libération*, 12/03/2001.

FAVEREAU E., « Les maux de la psychiatrie », *Libération*, 15/10/2005.

FAVEREAU E., « Les chiffres affolants des soins psy sans consentement », *Libération*, 15/02/2017, [lien](#).

FAVEREAU E., « Les psys se lèvent contre une loi », *Libération*, 13/01/2004.

FAVEREAU E., « Psychiatrie, l'enfer derrière les portes », *Libération*, 25/03/2016, [lien](#).

FAVEREAU E., « Un nouveau diagnostic alarmant pour la psychiatrie française », *Libération*, 24/09/2019.

FRODON J-M., « 12 jours, quand Depardon filme la machine à interner de l'hôpital psychiatrique », *Slate*, 29/11/2017, [lien](#).

GAMBERT P., NOHRA S. et LOURDAIS J., « Comment, seule, apaiser les angoisses des patients... La psychiatrie publique manque de soignants », *Ouest France*, 26/04/2023

GROS M-J., « Un patient en étrangle un autre dans un HP », *Libération*, 15/01/2005.

LANDROT M., « L'internement d'office, une prison sur ordonnance », *Télérama*, 14/06/2017 (mis à jour le 08/12/2020).

LENOIR L., « Le plan du gouvernement pour lutter contre les déserts médicaux », *Le Figaro*, 13/10/2017, [lien](#).

MARI E., « Des psychiatres s'alarment : pourquoi tant de malades mentaux livrés à eux-mêmes ? », *Le Parisien*, 16/01/2019.

O.W. et L.S., « Un étudiant tué par un malade mental à Grenoble », *Le Figaro*, 13/11/2008.

PAYET M. et TOMASOVITCH G., « Hôpital psychiatrique : un patient en étrangle un autre », *Le Parisien*, 15/01/2005.

PRIEUR A., « Réforme de la psychiatrie, le grand enfermement », *Le Monde*, 29/03/2011.

PRIEUR C., « La pénurie de personnel au cœur de l'insécurité en psychiatrie », *Le Monde*, 13/05/2005.

PRIEUR C., « Le président de la République engage l'hôpital psychiatrique dans un tournant sécuritaire », *Le Monde*, 03/12/2008.

UNTERSINGER M., « A-t-on le droit de vidéosurveiller l'hôpital ? », *Le Monde*, 18/05/2018.

- **Articles sans auteur**

Journal Le Monde, édition du 26/03/1998, p. 8.

Journal Le Monde, édition du 28/03/2005.

Journal Le Monde, édition du 13/05/2005.

Journal Le Figaro, édition du 17/03/2011.

France Info, « Mme Alliot-Marie évoque la castration physique », *France Info*, 22/10/2009, [lien](#).

Le Figaro, « Le meurtre sauvage de l'épicière de Rouen », 06/03/1998.

Le Figaro, « Le crime à la lumière de la psychiatrie », 07/07/1998.

Le Figaro, « La maladie mentale fait toujours peur », 13/06/1998.

Le Parisien, « Paris : une patiente morte de froid à l'hôpital Sainte-Périne », 21/01/2013, [lien](#).

Ouest France, « Procès. À 16 ans, Andy a tué ses frères jumeaux et ses parents », 12/12/2012.

XIII – SITES INTERNET

- **Dictionnaires et encyclopédies**

Dictionnaire de l'Académie française : <https://www.dictionnaire-academie.fr/article/A9C3822>

Dictionnaire juridique en ligne : <https://www.dictionnaire-juridique.com/definition/ordre-public.php>

Dictionnaire Larousse en ligne : <https://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/libert%C3%A9/46994>

Dictionnaire médical en ligne : <https://www.dictionnaire-medical.fr/definitions/785-folie/>

Encyclopédie Universalis en ligne

CNRTL : <https://cnrtl.fr/definition/fou>

- *Institutions et organisations de santé*

ALFAPSY : <https://www.alfapsy.fr/>

AtlaSanté (IRDES & DRESS) – Santé mentale territorialisée : <https://santementale.atlasante.fr/#c=report>

Bell Cause (Canada) : <https://cause.bell.ca/>

Clubhouse France : <https://www.clubhousefrance.org/>

Collectif des 39 : <https://www.hospitalite-collectif39.org/?NON-A-LA-CONTENTION>

Collectif Psychiatrie France : <https://www.collectifpsychiatrie.fr/>

European Psychiatric Association – EU-funded Projects : <https://www.euopsy.net/eu-projects/>

France Fer Hemochromatose : <https://www.hemochromatose.org/hemochromatose/le-traitement-de-lhemochromatose/les-saignees/>

INCa (Institut National du Cancer) : <https://www.e-cancer.fr/Institut-national-du-cancer/Qui-sommes-nous/Budget>

LEH Formation : <https://formation.leh.fr/formation/les-fondamentaux-des-droits-du-patient-en-psychiatrie/?utm>

National Institute of Public Health, Denmark : <https://www.sdu.dk/en/sif>

Ontario ACT and FACT Association : <https://ontarioactassociation.com/about-oaaf/>

Organisation caritative britannique Rethink : <https://rethink.org/>

Organisation caritative britannique – Heads Together : <https://www.headstogether.org.uk/>

PAPAGENO Suicide : <https://papageno-suicide.com/>

Œuvre Falret : <https://falret.org/>

- *Services gouvernementaux et institutions publiques*

France – Ministère de la Santé et des solidarités : <https://www.sante.gouv.fr>

National Health Service (NHS – UK) : <https://www.nhs.uk/>

Site de l'ATIH (chiffres clés 2023 Psychiatrie, Rim-P) : <https://chiffres-cles.scansante.fr/psy.html>

Site de l'UE – « Denmark » : https://european-union.europa.eu/principles-countries-history/eu-countries/denmark_en

Site de l'Ordre des Médecins (Belgique) : <https://ordomedic.be/fr/l-ordre/serment-belgique/medecins-et-symboles?>

Site internet de l'INCa : <https://www.e-cancer.fr/Institut-national-du-cancer/Qui-sommes-nous/Budget>

- *Sites d'information sur la santé mentale*

Filsantejeunes : <https://www.filsantejeunes.com/>

Headspace National Youth Mental Health Foundation (Australie) : <https://headspace.org.au/>

Mental Health Act 2016 (Queensland, Australie) : <https://www.legislation.qld.gov.au/view/html/inforce/current/act-2016-005>

Mental Health Strategy for Canada : <https://mentalhealthcommission.ca/what-we-do/mental-health-strategy-for-canada/>

Mind (UK) : <https://www.mind.org.uk/>

ReachOut (Australie – Chat anonyme et soutien psychologique) : <https://au.reachout.com/>

Santé Mentale (France) : <https://www.santementale.fr/actualites/focus-sur-la-contention-en-psychiatrie.html>

Solidarité Usagers Psy – « Le Mad Pride » : <https://www.solidarites-usagerspsy.fr/s-engager/evenementiel/mad-pride/>

The Youth Mental Health Foundation : <https://www.youthmentalhealthfoundation.org/>

- *Hôpitaux et centres spécialisés*

Centre de crise de l'Hôpital Psychiatrique Universitaire de Bâle : <https://www.unispital-basel.ch/fr/notfallzentrum>

CREHPSY Hauts-de-France : <https://www.crehpsy-hdf.fr/>

Site d'information sur la santé mentale – PSYCOM : <https://www.psycom.org/>

XIV – EMISSIONS, RADIO ET FILMOGRAPHIE

A) EMISSIONS

Reportage de Paul MUXEL & Bertrand de SOLLIERS, « Histoire autour de la folie », 1994, https://www.youtube.com/watch?v=jCdqSj2mU_M&t=490s

Emission Faites entrer l'accusé, « Romain Dupuy, les infirmières de Pau », 17 février 2009, <https://www.youtube.com/watch?v=wpru7q15ZFQ>

France Info, « V.d'Ascq : un professeur poignardé par un étudiant », 28/09/2012, <https://france3-regions.francetvinfo.fr/hauts-de-france/info/vd-ascq--un-professeur-poignarde-par-un-etudiant-116425.html>

Institut national de l'audiovisuel (Ina), « Les faits divers dans les JT : toujours plus », Le Baromètre thématique des journaux télévisés, 30 juin 2013.

Interview dans Le Magazine de la Santé, émission du 6 Avril 2016 sur le thème « Urgences psychiatriques : quand faut-il hospitaliser ? »

Reportage « 24 heures dans un service psychiatrique au temps du Covid », *Loop sider*, 6 Avril 2021

B) RADIO

Interview de Michel FOUCAULT de 1961 sur l'ORTF

M. FOUCAULT : Entretien "Histoire de la folie" dans "La Psychiatrie versus l'anti-psychiatrie" (sur Radio Canada) avec Georges Charbonnier en 1973

Interview de Hervé GUILLEMAIN par Yann LAGARDE pour France Culture, le 10 avril 2019

C) FILMOGRAPHIE

Film documentaire "12 jours", réalisé par Reymond DEPARDON, Production: Claudine Nougaret, 2017

« Sécurité globale, de quel droit ? », film réalisé par Karine PARROT & Stéphane ELMADJIAN, AGITI Films, 2020 : <https://kparrot.gitlab.io/securite-globale-de-quel-droit/>

INDEX ALPHABÉTIQUE

A

Admission : 21, 34, 36, 43, 57, 65, 67, 70, 72, 88, 89, 93, 94, 97, 102, 139, 142, 143, 144, 145, 146, 147, 148, 149, 150, 151, 152, 153, 154, 166, 168, 186, 240, 245, 255, 285, 320, 321, 358, 363, 364, 365, 372, 373, 392, 410, 439, 462, 465

Aliénation : 7, 15, 23, 25, 70, 131, 312

Aliéné : 13, 41, 70, 131, 211, 279, 321

Asile : 5, 23, 25, 26, 28, 30, 61, 70, 170, 171, 196, 200, 201, 203, 258, 375, 395

Atteinte : 3, 4, 7, 17, 32, 37, 39, 41, 44, 45, 47, 51, 54, 55, 57, 61, 62, 64, 66, 68, 69, 74, 78, 86, 90, 112, 117, 119, 120, 122, 123, 133, 135, 136, 137, 139, 140, 141, 145, 146, 148, 149, 150, 155, 156, 157, 161, 171, 173, 176, 177, 178, 180, 191, 193, 194, 204, 206, 209, 211, 213, 216, 222, 224, 237, 242, 243, 244, 246, 248, 252, 254, 255, 258, 262, 264, 265, 277, 278, 285, 289, 291, 292, 312, 314, 316, 317, 318, 319, 332, 333, 334, 343, 346, 367, 425, 430, 446, 457, 460

Autonomie : 61, 64, 96, 98, 100, 105, 115, 124, 127, 129, 131, 132, 133, 158, 194, 201, 208, 209, 211, 212, 254, 321, 322, 330, 333, 335, 348, 350, 363, 371, 380, 384, 387, 388, 389, 398, 400, 402, 403, 406, 407, 409, 425, 426, 427, 428, 432, 437, 438, 439, 440, 443, 445, 447, 451, 453, 455, 456, 458, 459, 462, 464

B

Barreau : 167, 190

Base légale : 155, 178, 198, 319, 454

Besoin : 14, 35, 37, 43, 44, 53, 58, 60, 70, 76, 85, 93, 95, 96, 122, 172, 173, 174, 176, 178, 196, 200, 204, 206, 208, 216, 217, 218, 222, 224, 228, 235, 237, 240, 241, 251, 271, 317, 326, 330, 335, 356, 361, 415, 423, 425, 426, 427, 454, 460

Bien-être : 10, 23, 31, 54, 59, 161, 179, 185, 198, 223, 224, 285, 286, 316, 333, 382, 390, 391, 423, 442, 455

Bonne foi : 188

Bénéfice : 93, 94, 102, 188, 215, 216, 224, 230, 252, 378

C

Citoyenneté : 331

Condition : 7, 8, 20, 23, 28, 30, 31, 44, 56, 61, 83, 89, 136, 138, 147, 153, 166, 206, 237, 296, 312, 325, 331, 335, 391, 424, 425, 426, 430, 447

Confiance : 27, 32, 36, 50, 78, 97, 101, 114, 127, 139, 169, 179, 180, 217, 223, 268, 282, 363, 371, 426, 427, 450, 456, 458, 464

Conflit : 23, 334

Conformité : 53, 190, 269, 277, 280, 384, 385, 405, 412, 452

Constitution : 1, 2, 43, 52, 116, 117, 118, 119, 191, 255, 262, 265, 269, 277, 319, 327, 328, 456

D

Dangerosité : 8, 9, 43, 48, 129, 131, 132, 144, 227, 233, 285, 287, 298, 299, 301, 302, 304, 305, 308, 309, 310, 314, 315, 320, 343, 347, 353, 355, 356, 357, 358, 360, 361, 362, 364, 367, 373, 374, 375, 387, 462, 463, 464

Débat : 3, 63, 80, 110, 111, 112, 115, 123, 124, 126, 129, 132, 133, 228, 236, 246, 263, 278, 284, 286, 288, 318, 322, 342, 372, 378

Défenseur : 26, 36, 164

Délai : 38, 45, 47, 77, 99, 102, 109, 118, 145, 148, 149, 255, 265, 266, 267, 269, 270, 275, 278, 281, 289, 301, 326, 336, 347, 386, 414, 446, 460, 465, 466

Démence : 7, 8, 12, 32, 39, 97, 312, 335, 374

Déontologie : 32, 201, 350

Dérogação : 14, 35, 42, 115, 128, 214, 286, 372, 398, 439

Détention : 3, 34, 37, 38, 39, 41, 48, 59, 62, 63, 65, 85, 88, 116, 117, 145, 153, 159, 160, 162, 163, 188, 190, 196, 244, 245, 254, 262, 263, 264, 273, 301, 317, 357, 364, 366, 372, 373, 374, 376, 377, 378, 383, 397, 410, 412, 415, 425, 428, 439, 465, 466

Détresse : 70, 222, 354, 357, 423, 425, 430

Dignité : 22, 35, 41, 52, 114, 158, 171, 184, 206, 233, 237, 241, 243, 246, 250, 254, 255, 260, 277, 285, 317, 319, 323, 324, 331, 333, 334, 353, 383, 389, 392, 396, 400, 409, 410, 415, 422, 423, 425, 430, 439, 443, 447, 455, 459, 464

Discipline : 5, 6, 11, 21, 63, 81, 171, 179, 198, 200, 203, 361, 371, 378, 439, 448, 452

Discrimination : 35, 39, 129, 327, 373, 380, 413, 414, 415, 457

E

Éducation : 14, 23, 55, 106, 128, 203, 394, 441, 442, 444, 449

Égalité : 43, 297, 326, 327, 328, 329, 330, 414, 415, 433, 449

Éthique : 64, 87, 112, 114, 127, 129, 171, 182, 198, 201, 204, 208, 209, 211, 212, 213, 231, 282, 285, 332, 371, 374, 378, 379, 380, 401, 433, 436, 437, 448, 458

Évaluation : 41, 92, 106, 107, 108, 126, 134, 136, 144, 230, 238, 242, 257, 267, 290, 293, 312, 321, 323, 332, 348, 351, 352, 353, 357, 358, 361, 362, 363, 375, 377, 384, 390, 396, 397, 399, 400, 403, 404, 406, 432, 435, 439, 441, 442, 455, 457, 460, 462, 463

Évidence : 13, 15, 29, 59, 78, 129, 180, 184, 187, 215, 235, 238, 265, 283, 286, 299, 303, 305, 309, 315, 319, 326, 342, 368, 369, 378, 392, 395, 446

Exception : 38, 65, 71, 72, 102, 134, 135, 162, 168, 170, 178, 186, 213, 239, 246, 248, 253, 261, 269, 270, 287, 306, 321, 350

Expertise : 79, 102, 139, 161, 167, 196, 255, 290, 293, 357, 363, 377, 411, 417, 432, 438, 443, 449, 462

Exécution : 116, 117, 299, 318, 319, 337, 339, 340, 341, 350, 355, 368, 378, 463

F

Faible : 79, 81, 193, 279, 325, 361, 396, 447

Famille : 19, 21, 26, 28, 32, 67, 84, 87, 96, 146, 147, 149, 154, 177, 191, 199, 228, 234, 238, 268, 289, 290, 295, 365, 370, 414, 430, 441, 444, 450

Finalité : 52, 314, 332, 462

Fonction : 12, 14, 17, 36, 90, 91, 96, 106, 108, 115, 127, 129, 136, 142, 153, 158, 171, 176, 252, 304, 312, 318, 321, 329, 337, 344, 346, 349, 350, 351, 353, 356, 357, 360, 371, 384, 396, 441, 447, 450, 462, 464, 465

Fondement : 10, 43, 52, 54, 56, 72, 121, 122, 133, 141, 150, 153, 163, 165, 166, 168, 170, 262, 263, 267, 297, 348, 363

Force : 21, 25, 26, 39, 46, 119, 120, 124, 130, 163, 169, 171, 185, 196, 199, 200, 201, 204, 208, 230, 235, 240, 246, 250, 307, 327, 338, 339, 342, 381

G

Garantie : 4, 41, 46, 48, 52, 83, 164, 167, 169, 187, 241, 243, 277, 280, 284, 285, 286, 287, 288, 291, 292, 297, 299, 303, 314, 315, 319, 327, 328, 331, 339, 396, 407, 439, 441

Garde : 74, 84, 155, 264, 273, 277, 295, 297, 298, 311, 324, 364, 381

Gouvernance : 437, 442, 452

Gravité : 77, 89, 174, 184, 243, 287, 294, 299, 412, 436

Grief : 162, 464

H

Habilitation : 76, 159

Handicap : 84, 220, 287, 289, 291, 423, 447

Hébergement : 97, 249, 359, 388, 407, 425, 426, 447

Historique : 10, 11, 74, 198, 201, 202, 286, 314, 384, 391, 452, 464

Homicide : 311, 313, 350

Humanité : 8, 28, 129, 171, 201, 203, 292, 305, 306, 307, 308

Hypothèse : 48, 54, 186, 212, 223, 298, 301, 308, 313

I

Identité : 28, 70, 103, 145, 162, 190, 259, 368

Imposition : 131, 296

Incapacité : 37, 119, 194, 220, 281, 378, 398, 427

Incarcération : 299, 314, 357, 367, 374, 375, 376, 377, 378, 425, 428

Indépendance : 133, 161, 211, 247, 406

Influence : 8, 16, 41, 52, 212, 243, 246, 284, 285, 292, 303, 330, 385, 392, 395, 397, 401, 405, 416, 422

Inhumain : 169, 319, 412

Instruction : 138, 245, 246, 247, 248, 260, 263, 267, 274, 295, 311, 313

Intégrité : 47, 53, 57, 130, 135, 146, 177, 179, 222, 224, 248, 252, 258, 319, 409, 410, 412, 457

Interprétation : 12, 14, 79, 180, 195, 312, 324, 362, 368, 408, 412, 415

J

Jouissance : 1, 2, 83

Justice : 15, 36, 50, 85, 112, 137, 140, 141, 158, 159, 178, 180, 195, 249, 260, 277, 282, 288, 293, 294, 295, 297, 298, 299, 346, 355, 368, 372, 449, 452, 464

L

Lacune : 107, 245, 247, 357

Lien : 51, 67, 92, 98, 114, 131, 180, 182, 210, 211, 212, 227, 239, 279, 291, 306, 340, 360, 404, 412, 426, 429, 434, 436, 443, 444, 445, 452, 463

Limitation : 41, 171, 179, 208, 209, 318, 333, 394, 460, 463

Lutte : 45, 48, 80, 157, 201, 204, 209, 251, 288, 334, 387, 415, 439, 441, 443

Légalité : 148, 160, 161, 190, 261, 285, 312, 334, 400

Légitimité : 159, 161, 164, 189, 190, 194, 212, 228, 249, 348, 463

M

Magistrat : 85, 122, 135, 161, 167, 249, 368

Majeur : 18, 39, 49, 54, 57, 63, 97, 128, 139, 169, 202, 230, 244, 248, 255, 256, 268, 270, 315, 331, 335, 343, 357, 376, 379, 401, 426, 449, 456

Maladie : 7, 8, 9, 10, 15, 16, 17, 18, 20, 22, 23, 35, 41, 54, 55, 56, 57, 62, 65, 70, 71, 73, 84, 85, 92, 106, 110, 114, 131, 132, 137, 147, 168, 176, 191, 194, 198, 202, 210, 219, 221, 222, 224, 234, 243, 250, 289, 292, 299, 300, 304, 305, 308, 310, 314, 315, 316, 323, 356, 362, 371, 377, 378, 404, 410, 426, 434, 437, 438, 440, 443, 450, 463

Mandat : 138, 158, 159, 166, 367

Marge : 36, 76, 135, 304, 412

Menace : 49, 86, 173, 333, 462

Mineur : 248

Mobilisation : 61, 205, 208, 428, 441

Modification : 28, 99, 100, 123, 255, 267, 275, 357, 375, 443

Mort : 18, 55, 59, 216, 226, 237, 307, 357

Motivation : 156, 168, 242, 281, 429

Moyen : 14, 17, 18, 22, 26, 135, 141, 143, 179, 188, 198, 199, 200, 208, 209, 218, 222, 226, 228, 243, 258, 268, 277, 335, 336, 337, 338, 423, 432, 440, 459

N

Norme : 7, 33, 41, 55, 211, 243, 251, 319, 414, 423

Notion : 8, 11, 23, 24, 31, 32, 33, 34, 39, 45, 46, 49, 51, 52, 56, 57, 67, 69, 72, 110, 111, 117, 118, 121, 167, 177, 194, 200, 206, 209, 210, 211, 213, 224, 234, 246, 253, 262, 285, 290, 291, 292, 312, 318, 319, 355, 356, 463

Numérique : 246, 256, 267, 420, 437, 454, 462

Nécessité : 4, 28, 29, 41, 56, 57, 67, 76, 106, 109, 117, 123, 133, 134, 135, 136, 144, 149, 158, 160, 161, 162, 172, 173, 175, 176, 178, 179, 182, 186, 203, 206, 224, 235, 237, 241, 243, 244, 251, 264, 277, 284, 285, 296, 301, 312, 313, 317, 321, 323, 324, 327, 330, 332, 333, 334, 335, 343, 345, 347, 350, 351, 353, 363, 365, 368, 378, 383, 384, 387, 388, 390, 394, 397, 398, 399, 404, 406, 410, 411, 412, 413, 414, 416, 418, 421, 426, 444, 446, 449, 455, 457, 458, 459, 462, 463, 464

Négligence : 79, 325, 338, 348, 350, 352

O

Observation : 59, 65, 93, 103, 145, 149, 151, 179, 203, 317, 323, 456, 460

Opposition : 101, 110, 124, 126, 127, 149, 198, 210, 211, 312

Organisation : 20, 25, 28, 51, 73, 93, 98, 101, 135, 188, 191, 193, 211, 214, 238, 273, 274, 275, 288, 295, 297, 300, 308, 328, 332, 343, 349, 356, 357, 363, 373, 379, 395, 400, 401, 404, 419, 422, 432, 438, 439, 440

Orientation : 46, 72, 81, 279, 291, 297, 298, 300, 304, 305, 306, 307, 308, 309, 329, 372, 374, 375, 428, 432, 441, 459

Ouvert : 153, 184, 237, 281, 300, 301, 321, 324, 387, 406, 436, 440, 443

Ouverture : 150, 183, 239, 287, 290, 318, 321, 322, 324, 371, 375, 380, 395

P

Pénal : 2, 7, 32, 33, 39, 48, 254, 273, 274, 277, 287, 306, 311, 312, 350, 356, 367, 374, 375, 389, 463

Peine : 39, 48, 135, 167, 168, 180, 215, 254, 298, 299, 301, 314, 321, 355, 357, 368, 375, 428, 463

Personnalité : 14, 48, 95, 234, 355, 368, 378, 439, 441, 462, 463

Plainte : 138, 254

Politique : 5, 54, 208, 235, 263, 279, 280, 288, 292, 294, 295, 296, 297, 298, 300, 301, 302, 303, 304, 305, 306, 307, 308, 309, 313, 314, 318, 324, 327, 328, 356, 377, 381, 399, 400, 402, 420, 437, 439, 452

Preuve : 7, 47, 56, 89, 139, 162, 183, 243, 262, 273, 295, 297, 298, 305, 312, 327, 337, 340, 341, 342, 343, 360, 410

Q

Qualification : 79, 148, 173, 313, 340

Quotidien : 90, 203, 276, 279, 308, 370, 371, 388, 399, 403, 406, 433, 437, 447

R

Représentation : 110, 115, 127, 129, 200, 208, 277

Responsabilité : 7, 39, 84, 97, 104, 112, 113, 126, 134, 161, 163, 186, 209, 212, 226, 240, 243, 244, 276, 277, 285, 287, 290, 292, 294, 296, 308, 311, 312, 313, 315, 322, 328, 335, 336, 337, 339, 340, 341, 342, 343, 344, 345, 346, 347, 348, 349, 350, 351, 352, 353, 358, 364, 374, 375, 378, 430, 433, 445, 449, 460, 461, 463

Récidive : 48, 288, 290, 291, 292, 294, 298, 301, 306, 314, 355, 356, 357, 361, 362, 375, 428, 463

Réflexion : 5, 9, 10, 64, 92, 117, 131, 157, 158, 181, 182, 201, 208, 211, 212, 220, 250, 283, 286, 299, 300, 301, 324, 332, 377, 422, 433, 441, 448, 464

Régime : 30, 39, 44, 71, 73, 110, 119, 134, 135, 136, 152, 157, 162, 170, 188, 200, 245, 318, 343, 349, 350, 360, 375

Réhabilitation : 93, 285, 290, 314, 333, 348, 379, 383, 389, 400, 401, 402, 404, 406, 415, 426, 427, 434, 440, 446, 450

Réparation : 36, 39, 243, 319, 339

Répression : 26, 31, 52, 292, 321

Révision : 275, 299, 383, 387, 393, 410, 421

Usage : 3, 34, 51, 73, 120, 141, 171, 175, 196, 197, 198, 199, 201, 202, 203, 204, 206, 208, 220, 224, 225, 227, 230, 235, 244, 245, 246,

S

Sanction : 115, 251, 254, 287, 312

Société : 1, 2, 8, 9, 10, 12, 13, 14, 15, 17, 18, 20, 23, 26, 42, 52, 53, 54, 59, 83, 84, 92, 109, 110, 112, 131, 132, 134, 161, 170, 180, 196, 199, 200, 204, 231, 235, 264, 285, 286, 290, 291, 295, 299, 308, 310, 312, 314, 318, 331, 339, 361, 363, 374, 375, 377, 380, 384, 385, 387, 398, 400, 419, 422, 423, 424, 425, 428, 430, 436, 437, 440, 443, 444, 445, 447, 448, 449, 458, 462, 463, 464

Système : 3, 23, 32, 59, 64, 134, 136, 157, 161, 185, 208, 230, 245, 247, 252, 264, 278, 279, 282, 284, 285, 294, 295, 299, 313, 314, 327, 329, 341, 355, 375, 376, 378, 379, 381, 382, 383, 384, 385, 386, 387, 389, 390, 391, 393, 394, 395, 396, 397, 398, 399, 400, 401, 402, 403, 404, 411, 412, 413, 414, 419, 421, 422, 424, 427, 428, 430, 435, 440, 443, 446, 452, 460, 461, 462, 463

T

Territoire : 2, 5, 41, 42, 61, 80, 98, 185, 214, 225, 251, 305, 325, 329, 384, 386, 391, 414, 426, 439, 442, 444

Transparence : 134, 161, 212, 334, 411, 413, 414, 418, 435, 443, 458

Tutelle : 96, 157, 158, 159, 329, 438

U

Universalité : 229, 383, 386

Urgence : 32, 48, 57, 65, 67, 69, 77, 78, 80, 83, 84, 85, 89, 135, 137, 139, 146, 150, 158, 163, 168, 177, 210, 240, 242, 249, 253, 255, 263, 274, 279, 315, 332, 346, 388, 397, 425, 426, 454, 456, 461

250, 251, 253, 256, 257, 265, 272, 283, 296, 310, 317, 319, 324, 332, 333, 334, 335, 361, 445, 455, 456, 458, 459, 462, 463, 464, 465

V

Valeur : 1, 40, 43, 44, 52, 53, 116, 125, 237, 245

Validité : 162, 272, 392

Victime : 39, 288, 293, 311, 313, 315, 342

Vie privée : 35, 43, 51, 114, 116, 120, 130, 317, 332, 333, 334, 454, 455, 456, 457, 460

Vigilance : 96, 212, 236, 243, 333, 342, 345, 351, 353, 414, 416, 457

Violation : 122, 167, 168, 179, 237, 262, 285, 312, 317, 350, 369, 373, 412, 457, 460

Violence : 8, 13, 76, 127, 136, 163, 218, 219, 221, 222, 224, 225, 226, 227, 230, 235, 257, 258, 297, 302, 310, 315, 324, 342, 356, 361, 362, 367, 369, 376

Volonté : 12, 18, 21, 35, 36, 43, 56, 64, 69, 90, 159, 177, 179, 183, 185, 187, 190, 200, 211, 218, 220, 238, 242, 286, 289, 290, 291, 292, 294, 295, 301, 306, 312, 316, 340, 356, 374, 377, 378, 437, 462

Vulnérabilité : 353, 362

Vérité : 261, 310

TABLE DES MATIÈRES

REMERCIEMENTS	1
INDEX DES ABRÉVIATIONS	4
INTRODUCTION.....	11
Section 1. Une prise en charge psychiatrique en perpétuelle évolution.....	18
Paragraphe 1. L'évolution de la perception et de la prise en charge des troubles mentaux	24
A. La perception du « fou », entre stigmatisation superstitieuse et place de choix dans la société.....	25
B. Les premiers pas de la médecine à la fin du XVIIIe siècle, de l'aliénation mythique à l'aliénation médicale.....	27
C. Le début du XIXe siècle, la psychiatrie, une discipline à part entière	33
Paragraphe 2. Les droits du patient en psychiatrie, une notion récente.....	42
A. De la reconnaissance des droits fondamentaux à l'acquisition de droits complémentaires.....	45
B. La liberté d'aller et venir, notion majeure pour une prise en charge humaine.....	51
Section 2. Sécurité publique et prise en charge psychiatrique, une cohésion complexe et évolutive... ..	57
Paragraphe 1. La sécurité publique, une notion récente.....	58
A. Le droit à la sécurité, un droit fondamental.....	58
B. Sécurité et ordre public, deux notions étroitement liées.....	63
Paragraphe 2. L'extension de l'exigence de sécurité publique, du péril imminent à la simple prévention	66
A. Assurer la sécurité publique en cas de péril imminent	68
B. Psychiatrie et sécurité publique, la prévention avant tout ?.....	70
Paragraphe 3. Liberté d'aller et venir et sécurité publique, une conciliation aux enjeux permanents	73
PARTIE I. L'ATTEINTE GRADUELLE À LA LIBERTÉ D'ALLER ET VENIR EN PSYCHIATRIE : UN RISQUE INÉVITABLE.....	78
Titre 1. Une Atteinte inexistante ou partielle à la liberté d'aller et venir	81
Chapitre 1. Les soins libres, le principe du respect de la liberté d'aller et venir du patient	84
Section 1. Volonté de soin émanant du patient : une atteinte à la liberté d'aller et venir choisie et consentie	84
Paragraphe 1. Les soins libres : la règle et non pas l'exception.....	85
Paragraphe 2. Une hospitalisation basée sur le consentement du patient.....	87
Section 2. Des formes d'atteinte à la liberté d'aller et venir du patient en soins libres : constatations sur le terrain	89
Paragraphe 1. Hospitalisation libre, le recours à des soins sans consentement	89
A. L'isolement et la contention, les excès en hospitalisation libre	89
B. Un contrôle contestable du respect des droits et libertés des patients.....	91
Paragraphe 2. Capacités d'accueil limitées, une forme d'atteinte à la liberté d'aller et venir du patient	93
Paragraphe 3. La crise sanitaire liée à la Covid-19, un contexte favorable aux atteintes à la liberté d'aller et venir du patient	96
1. Un impact généralisé à tous les secteurs médicaux.....	98
2. Un impact évident dans le secteur de la psychiatrie.....	99
Chapitre 2. Les soins sans consentement en ambulatoire, une atteinte modérée à la liberté d'aller et venir du patient.....	101
Section 1. Le programme de soins : une atteinte relative à la liberté d'aller et venir du patient	104
Paragraphe 1. Le programme de soins psychiatriques : un soin ambulatoire sans consentement.	104
Paragraphe 2. Envisager un programme de soins : un ensemble d'étapes complexes	108
A. Amorcer le programme de soins : entre possibilités et contraintes administratives.....	108

B.	Pertinence d'un programme de soins : une liberté d'aller et venir pas toujours souhaitable pour le patient	109
1.	Indications en faveur du PDS.....	109
2.	Contre-indications, précautions et points de vigilance	111
A.	La sortie d'hospitalisation avant l'entrée en PDS : une manœuvre à prévoir	111
Paragraphe 3.	Mise en œuvre d'un programme de soins : de la rédaction à la gestion, dans le respect de la liberté d'aller et venir du patient	113
A.	Initier un programme de soins : une manœuvre administrative.....	113
1.	Une manœuvre différente suivant le type de soins initiés	114
2.	Le PDS : une élaboration praticien/patient.....	115
B.	L'information sur le PDS : un ensemble d'acteurs à considérer	116
1.	L'information du patient : premier acteur de son PDS.....	116
2.	L'information des proches et des acteurs du programme de soins : un complément indispensable	118
C.	Cas particuliers de mise en œuvre : la mainlevée d'une hospitalisation complète	118
D.	Contenu et rédaction du PDS : des considérations multifactorielles à prendre en compte	120
Paragraphe 4.	Le déroulement et la fin du programme de soins : un suivi permanent et interdisciplinaire	121
A.	Le suivi du patient : un travail inter-professionnels	121
B.	Levée d'un PDS : synonyme de levée des soins sans consentement.....	123
C.	Évaluations des PDS sans consentement : une optique de bonne pratique médicale.....	124
1.	Évaluation institutionnelle	124
2.	Évaluation des pratiques professionnelles.....	125
Section 2.	L'obligation de soin en ambulatoire : impact sur la liberté d'aller et venir du patient.....	125
Paragraphe 1.	La mise en œuvre et la gestion du programme de soins : des conflits de normes évidents	127
A.	Première incohérence normative : le paradoxe de l'interdiction de la contrainte en soins sans consentement en ambulatoire	128
B.	Seconde incohérence normative : l'absence de contrôle systématique du PDS, en tant que soin sans consentement, par le JLD	132
C.	Des décisions en faveur du maintien de ces incohérences : la porte ouverte à des débats sur le bien-fondé du PDS	134
Paragraphe 2.	Les soins sans consentement en ambulatoire, une atteinte aux droits du patient et à sa liberté d'aller et venir, à l'origine de débats virulents	139
A.	Le débat autour du PDS : vers une vision favorable des soignants à l'égard de ces soins ambulatoires	140
1.	Un pragmatisme assumé comme argumentaire principal	140
2.	Dérive alarmante : l'euphémisation de la contrainte.....	141
3.	Accepter la contrainte pour un gain de liberté, principalement de liberté d'aller et venir	141
B.	Le débat autour du PDS : position critique adoptée par certains soignants	143
C.	Le débat autour du PDS : vers une vision radicalement opposée à cette forme de soins sans consentement.....	145
1.	Le PDS : une méthode indirectement mais massivement liberticide.....	145
2.	Le PDS, un cadre de soin favorisant les discriminations envers les malades mentaux sévères	146
3.	La considération des libertés individuelles des patients en psychiatrie : réalité ou utopie ?	148
Titre 2.	Une atteinte majeure à la liberté d'aller et venir	151
Chapitre 1.	L'hospitalisation sous contrainte : une tentative de préservation de la liberté d'aller et venir du patient.....	152
Section 1.	L'hospitalisation sous contrainte, un encadrement juridique théoriquement favorable au respect des droits du patient.....	153
Paragraphe 1.	Un constat d'atteinte potentielle majeure aux droits du patient, à l'origine d'un encadrement juridique progressif indispensable	154
A.	Le respect des droits du malade hospitalisé sous contrainte : un constat mitigé.....	154

1. Le droit du patient de choisir son établissement hospitalier	154
2. Le droit de correspondre librement	155
3. Le droit de recourir à la justice.....	157
B. Une judiciarisation justifiée par un risque d'atteinte majeure aux droits du patient	158
Paragraphe 2. Un encadrement pour chaque stade de l'hospitalisation sous contrainte : un suivi rigoureux du respect des droits du patient	161
A. L'entrée en hospitalisation sous contrainte, une multiplicité de procédures complexes .	162
1. L'hospitalisation sur demande d'un tiers	163
2. L'hospitalisation en cas de péril imminent	165
3. L'hospitalisation sur décision du représentant de l'Etat	166
B. Le prolongement de l'hospitalisation sous contrainte : des contrôles à valider	168
1. Une poursuite de soins aux contrôles stricts	169
2. Doubte persistant : vers une autre forme de prise en charge ?.....	169
C. La levée de l'hospitalisation sous contrainte : un regain de liberté d'aller et venir tout aussi contrôlé.....	171
Section 2. L'intervention du JLD au sein de l'hôpital public : garde-fou de la liberté d'aller et venir du patient	174
Paragraphe 1. L'intervention primordiale du JLD dans la procédure de contrôle de l'hospitalisation sans consentement.....	176
A. La place du JLD dans le contrôle des soins contraints : une légitimité aujourd'hui reconnue	177
B. Un contrôle nécessaire, sujet à controverse	180
Paragraphe 2. Le recours à un avocat : normalisation du statut de malade psychiatrique et garantie de ses droits.....	183
A. La procédure de recours à un avocat	183
B. Un rôle primordial dans la détection des irrégularités procédurales.....	187
Chapitre 2. L'hospitalisation sous contrainte : une remise en cause sur le fondement de la liberté d'aller et venir	190
Section 1. L'hospitalisation sous contrainte, par nature une atteinte quasi complète à la liberté d'aller et venir du patient.....	192
Paragraphe 1. Les soins sous contrainte : une mesure liberticide, entre nécessité et controverse	195
A. L'hospitalisation sans consentement, une forme de soin complète et nécessairement adaptable	195
1. L'hospitalisation sous contrainte : une adaptation compliquée en fonction de la pathologie du patient.....	196
2. Une hospitalisation imposée au patient, au détriment de sa liberté d'aller et venir.....	197
B. L'hospitalisation sans consentement, une forme de soins liberticide controversée	198
1. La recherche de modèle idéal dans l'hospitalisation contrainte.....	199
2. L'hospitalisation contrainte : une absence de liberté d'aller et venir impactant le comportement du patient.....	200
Paragraphe 2. L'hospitalisation sans consentement : une controverse liée à son caractère liberticide, à l'origine d'une tendance décroissante ?	202
A. L'hospitalisation sans consentement, objet de controverses	203
1. La controverse autour des fermetures abusives des services d'hospitalisation sans consentement	203
2. Des abus récents encore constatés.....	205
B. Un état des lieux alarmant débouchant sur des objectifs prometteurs, en faveur de la liberté d'aller et venir des patients	206
1. Dernière décennie : un constat de hausse du recours à l'hospitalisation sous contrainte	207
2. Le cas particulier du SPI.....	207
3. Vers une réduction des recours à l'hospitalisation sans consentement ?	208
Section 2. Contrôle du respect de la liberté d'aller et venir du patient dans le cadre de l'hospitalisation sous contrainte : de l'idéal juridique à la mise en pratique.....	209
Paragraphe 1. Des limites procédurales contraignantes et régulièrement observées.....	209
Paragraphe 2. Le rôle de l'avocat : une présence plus formelle que fonctionnelle ?	211
A. Le rôle de l'avocat : une intervention remise en question.....	211

B. L'avocat du patient en hospitalisation sans consentement, un rôle complexe à la formation quasi-inexistante.....	213
---	-----

PARTIE II. L'ATTEINTE ULTIME À LA LIBERTÉ D'ALLER ET VENIR DU PATIENT EN PSYCHIATRIE : L'ISOLEMENT ET LA CONTENTION..... 216

Titre 1. Une remise en cause de pratiques liberticides anciennes..... 219

Chapitre 1. Isolement et contention : des origines gréco-romaines à l'usage actuel	220
Section 1. Isolement et contention, une approche historique riche en rebondissements	221
Paragraphe 1. De l'apogée de ces pratiques à une restriction progressive de leur usage	221
A. L'isolement et la contention : de la mesure coercitive à la mesure de soin psychiatrique.....	222
B. Isolement et contention : l'émergence d'une conscience humaniste.....	223
Paragraphe 2. Repenser les pratiques d'isolement et de contention : prémices de la considération des droits et libertés du patient	224
Section 2. Etude de la contention, stade ultime d'atteinte à la liberté d'aller et venir du patient	227
Paragraphe 1. La contention : des catégories différentes portant toutes autant atteinte à la liberté d'aller et venir du patient	227
A. La contention, une pratique à l'impact extrême sur la liberté d'aller et venir du patient	228
B. Différentes méthodes pour un impact tout aussi liberticide	229
Paragraphe 2. La contention aujourd'hui : quelle réflexion éthico-juridique sur cette pratique liberticide ?	231
A. La contention : analyse philosophico-psychologique	232
B. De la soumission à la contention : approche éthique	234
Chapitre 2. Isolement et contention : des pratiques liberticides aux bénéfiques incertains	237
Section 1. Rapport bénéfiques/risques : des retours sur expérience peu concluants.....	238
Paragraphe 1. Les patients en psychiatrie : un retour ambivalent, entre contrainte et encadrement	239
A. Le retour patient sur les pratiques d'isolement et de contention.....	239
B. Les associations de patients, porte-parole de ces derniers.....	244
Paragraphe 2. Le retour des professionnels, acteurs de ces mesures.....	247
A. Les soignants, affectés par les mesures d'isolement et de contention	248
B. Un ratio bénéfiques/risques thérapeutiques controversé	254
1. L'isolement, une mesure contraignante dans tous ses aspects, pour un bénéfice incertain	254
2. La contention, une mesure extrême à l'impact parfois plus néfaste que bénéfique.....	255
C. Le pyjama, extension tout aussi controversée des mesures d'isolement et de contention ?	256
Section 2. La mise en évidence d'un cadre législatif insuffisant : la raison des abus constatés, à l'origine des critiques sur l'isolement et la contention ?.....	258
Paragraphe 1. Constat : des abus scandaleux à l'origine d'une remise en cause de l'encadrement juridique de ces mesures	260
A. Des abus liés à une pratique excessive des mesures d'isolement et de contention	262
B. Des abus liés à l'état des locaux hospitaliers.....	264
Paragraphe 2. Réactions : un recadrage juridique et déontologique face à ses abus	266
A. Un recadrage administratif : les interventions des institutions de santé publique.....	266
B. Un recadrage jurisprudentiel, prémisse d'une volonté d'encadrement légal par le législateur ?	268

Titre 2. Un contrôle de l'isolement et de la contention renouvelé par le pouvoir judiciaire..... 270

Chapitre 1. L'encadrement initial de l'isolement et de la contention : un régime juridique tardif et incomplet	272
Section 1. Des pratiques initialement peu encadrées	274
Paragraphe 1. La mise en place d'un premier contrôle non juridique.....	274
Paragraphe 2. Un encadrement plus ancien en droit international	278
Paragraphe 3. Un encadrement plus récent en droit français.....	280
A. Les premières réglementations de la mise en chambre d'isolement.....	281
A. L'encadrement de la contention	282

B. Ébauche de réglementation des mesures d'isolement et de contention apportée par les lois de 2011 et 2013	283
Section 2. La loi du 26 janvier 2016 : le premier cadre législatif de l'isolement-contention	285
Paragraphe 1. Les apports de la réforme en matière d'isolement et de contention	286
A. La mesure d'isolement, un encadrement législatif progressif.....	288
B. La contention, également encadrée par la loi du 26 janvier 2016.....	290
Paragraphe 2. Un encadrement perfectible, à l'origine d'une nouvelle évolution législative.....	291
Chapitre 2. L'encadrement récent de l'isolement et de la contention : un régime juridique nécessaire mais imparfait ?	296
Section 1. Une réforme majeure, difficile à mettre en œuvre	296
Paragraphe 1. Un processus législatif long et compliqué	297
Paragraphe 2. Les apports de cette réforme : un encadrement et un contrôle accru des mesures d'isolement et de contention	299
A. Évolution des durées d'isolement et de contention.....	299
B. Le contrôle du JLD : élément majeur de cette réforme.....	300
Section 2. Un résultat riche mais controversé.....	302
Paragraphe 1. Un accueil peu enthousiaste de la part des professionnels du droit concernés lié à des lacunes juridiques persistantes.....	302
A. Le JLD : une tâche supplémentaire dans un contexte de surcharge administrativo-judiciaire	303
B. La place de l'avocat dans le contrôle de l'isolement et de la contention : l'oublié de cette réforme ?	306
Paragraphe 2. Le cas des soignants et établissements concernés : un retour guère plus encourageant	310
A. Une réforme attendue, aux lacunes conséquentes.....	311
B. Une réforme éclairée, aux enjeux de mise en œuvre conséquents et problématiques	313

PARTIE III. LE RESPECT DE LA LIBERTÉ D'ALLER ET VENIR DU PATIENT EN PSYCHIATRIE : UNE CONCILIATION COMPLEXE AVEC LA SÉCURITÉ PUBLIQUE 317

Titre 1. Une conciliation actuelle en faveur de la sécurité publique 319

Chapitre 1. Les choix du législateur suite à des faits divers marquants	321
Section 1. Garantir la sécurité publique : enjeu politico-juridique primant sur la liberté d'aller et venir du patient	321
Paragraphe 1. La volonté de garantir la liberté d'aller et venir du patient en psychiatrie, un objectif ardu face aux objectifs sécuritaires du gouvernement français	322
A. Les années 1960-1970 : prévenir et éviter l'hospitalisation sans consentement.....	322
B. Les années 1980 : amorce d'un durcissement sécuritaire dans la prise en charge psychiatrique.....	323
C. Les années 1990-2000 : lutter contre une sécurité publique excessive au détriment de la liberté d'aller et venir du patient	324
Paragraphe 2. Dès le milieu des années 2000, la favorisation progressive du volet sécuritaire en santé mentale.....	326
A. Orientation sécuritaire : un enchaînement normatif évocateur	327
B. Dès les années 1990 : une « législation du fait divers »	329
Section 2. Mesures législatives en réponse aux faits divers : la responsabilité des politiques et des médias sur la restriction de liberté d'aller et venir du patient	332
Paragraphe 1. La réaction du politique face aux faits divers : une course à l'électorat au détriment de la liberté d'aller et venir du patient ?	334
A. L'écartement progressif des rapports scientifiques, pourtant gage d'un équilibre entre soin et sécurité	334
B. Vers l'utilisation de rapports uniquement administrativo-juridiques	337
C. Des rapports administrativo-juridiques orientant le législateur vers l'ultrasécurité au détriment de la liberté d'aller et venir du patient	339
Paragraphe 2. Les médias en santé mentale, un appui pour le législateur ou un emballement excessif ?	342

A.	La presse en santé mentale : examen des réformes législatives et des faits divers marquants	345
1.	Une presse soucieuse du suivi des réformes en matière de santé publique	345
2.	Presse et faits divers : une couverture médiatique systématique ?	347
B.	L'impact de la presse sur l'opinion publique : fantasme ou réalité ?	348
1.	La presse face aux réformes du législateur : une assiduité contredisant le penchant des médias en faveur d'une surmédiatisation du fait divers.....	349
2.	Médiatisation des faits divers en psychiatrie : certaines extrémités à l'origine de la stigmatisation des malades mentaux.....	352
C.	Évolutions juridiques louables : quand le fait divers initie positivement les actions du législateur	353
Chapitre 2.	Les failles du système français actuel	359
Section 1.	Contraintes organisationnelles à l'hôpital : la quête de sécurité publique au détriment de la liberté d'aller et venir du patient	361
Paragraphe 1.	L'hôpital psychiatrique : des contraintes architecturales peu favorables au respect de la liberté d'aller et venir du patient et à la garantie de la sécurité publique.....	362
A.	Contraintes architecturales : les différentes formes d'atteinte architecturale à la liberté d'aller et venir du patient	363
1.	Une atteinte à la liberté d'aller et venir et aux droits fondamentaux du patient dans sa chambre et ses premiers espaces de vie.....	363
2.	Une atteinte graduelle à la liberté d'aller et venir, suivant le service concerné.....	365
B.	Contraintes architecturales : enjeux juridiques et réponses légales.....	366
1.	Pratiques coercitives : parallélisme avec la notion de « voie de fait ».....	366
2.	Insuffisance des moyens matériels : un impact réel sur la surveillance des patients	368
3.	Fermeture des services : conséquences et évolution des pratiques.....	369
4.	Ouverture/Fermeture des Services : débats et conséquences	370
Paragraphe 2.	L'hôpital psychiatrique : un manque de personnel impactant la prise en charge des patients.....	373
A.	Le droit à l'égalité d'accès aux soins et le droit au libre choix du médecin ou de l'établissement : un impact indirect sur la liberté d'aller et venir du patient.....	376
B.	Garantir la sécurité du patient, des soignants et la sécurité publique : le manque de personnel au détriment du respect de la liberté d'aller et venir du patient	382
Paragraphe 3.	Défaut de surveillance dans le cadre de l'hospitalisation sous contrainte : quelle responsabilité pour les établissements et professionnels de santé ?	388
A.	Obligation de moyen et obligation de résultat : nuances et applications.....	389
1.	Obligations de moyen et de résultat : une distinction fondamentale.....	391
2.	Conséquence de cette distinction en santé et en milieu psychiatrique.....	392
B.	Obligation de surveillance du patient incombant à l'établissement d'accueil	396
1.	Une surveillance au sein de l'hôpital psychiatrique	396
2.	Une surveillance par-delà les murs de l'hôpital psychiatrique.....	399
3.	Approches thérapeutiques modernes : une responsabilité nouvelle ?.....	400
C.	Responsabilité du défaut de surveillance : distinction entre celle de l'hôpital psychiatrique et du professionnel en charge du patient concerné	401
1.	Choix du responsable : une distinction opérée par l'attribution de la faute relevée.....	401
2.	Le cas du suicide : quelle distinction opérer ?.....	403
Section 2.	Garantir la sécurité publique et faire face à la surcharge hospitalière : des solutions au bilan mitigé.....	406
Paragraphe 1.	SMPR et hospitalisation « classique » : premier stade thérapeutique sur l'échelle de dangerosité psychiatrique	410
A.	De sa création à sa mise en œuvre : un fonctionnement régional particulier	411
B.	Traiter le patient en fonction de sa dangerosité : un examen difficile impactant la prise en charge en SMPR	413
Paragraphe 2.	Les Unités pour Malades Difficiles : un milieu quasi carcéral au sein de l'hôpital psychiatrique	416
A.	De sa création à son fonctionnement : une mise en œuvre complexe	416
1.	Admission en UMD : une procédure encadrée	417
2.	Suivi et fin de l'hospitalisation en UMD : une procédure tout aussi encadrée	419

B.	Une hypersécurité étouffant la liberté d’aller et venir du patient	421
1.	Des abus constatés quant au maintien des patients en UMD : une atteinte disproportionnée à la liberté d’aller et venir du patient.....	421
2.	Critique de fond des UMD : un modèle convaincant ?.....	424
Paragraphe 3.	Unités Hospitalières Spécialement Aménagées : l’hôpital psychiatrique en milieu carcéral	426
A.	De sa création à son fonctionnement : un cheminement complexe.....	427
B.	L’UHSA : constat d’un échec partiel conduisant à réinterroger ce modèle français de prise en charge psychiatrique.....	429
1.	Distinguer sécurité carcérale et sécurité dans la prise en charge psychiatrique : un problème de fond	430
2.	L’UHSA, un modèle louable aux orientations contestables	432
C.	L’UHSA : un modèle éthiquement contestable.....	434
Titre 2.	Une conciliation future en faveur d’un meilleur équilibre ?	436
Chapitre 1.	Les modèles étrangers de santé mentale : des références convaincantes ?.....	439
Section 1.	Les modèles extra-européens canadien et australien : sources d’amélioration du système psychiatrique français ?.....	439
Paragraphe 1.	Le modèle canadien et les « entreprises aidantes ».....	441
A.	Le modèle canadien : une approche communautaire	441
B.	Une influence potentielle sur le modèle français ?.....	445
Paragraphe 2.	Le modèle australien ou la priorité aux jeunes patients	449
A.	Le modèle australien : anticiper la pathologie	450
B.	Une influence potentielle sur le modèle français ?.....	452
Section 2.	Les modèles européens : sources d’amélioration du système psychiatrique français ?	455
Paragraphe 1.	Royaume-Uni : un patient acteur de ses soins	456
A.	Le modèle psychiatrique au Royaume-Uni : une approche sociale et intégrative	456
B.	Une influence potentielle sur le modèle français ?.....	458
Paragraphe 2.	Danemark, lieu de prise en charge « délocalisée »	460
A.	Le modèle danois : une approche intégrée, centrée sur le patient.....	461
B.	Une influence potentielle sur le modèle français ?.....	462
Paragraphe 3.	La Suisse : optimisation du système de soins psychiatriques.....	465
A.	Le modèle suisse : une réglementation rigoureuse.....	465
B.	Une influence potentielle sur le modèle français ?.....	467
Section 3.	La France, impliquée dans les projets européens liés à la santé mentale	469
Paragraphe 1.	Respecter le droit européen en matière de santé mentale	470
A.	La France, soumise aux institutions juridiques européennes.....	470
1.	Le principe : la transposition des textes européens.....	470
2.	La réalité : une harmonisation parfois difficile.....	475
B.	Une observance entraînant des obligations.....	478
Paragraphe 2.	Les projets européens en matière de santé mentale : des impacts sur le modèle français ?.....	480
A.	Les initiatives et projets européens : état des lieux	481
C.	Un impact inévitable sur les politiques françaises en santé mentale	483
Chapitre 2.	Le renouveau du modèle psychiatrique français : vers une nouvelle forme de prise en charge ?	486
Section 1.	Vers une réforme de la prise en charge psychiatrique française : innovation et respect des droits des patients inspirés de modèles étrangers.....	486
Paragraphe 1.	Le modèle « Housing First » : une approche applicable au modèle français ?.....	487
A.	Le modèle « Housing First » : une approche basée sur la stabilité résidentielle.....	488
B.	Adaptation du programme en France : « Un chez-soi d’abord » et ses résultats encourageants.	490
C.	La nécessaire combinaison entre logement et suivi médical pour garantir la continuité des soins.	495
Paragraphe 2.	Propositions de développement des équipes mobiles et alternatives à l’hospitalisation forcée : vers un nouveau modèle psychiatrique français	497
A.	Une prise en charge pluridisciplinaire à l’accès facilité	498

B.	Intégrer le patient et ses proches dans le processus de soins.....	501
	Section 2. Structurer une psychiatrie innovante et éthique répondant aux enjeux de demain	502
	Paragraphe 1. Améliorer la prise en charge en amont : anticiper la maladie pour optimiser le suivi	503
A.	La création d'un opérateur dédié à la psychiatrie et à la santé mentale	504
B.	Améliorer le dépistage précoce.....	509
	Paragraphe 2. Informer, déstigmatiser et intégrer la psychiatrie dans la société.....	512
A.	Informer l'ensemble de la population : entre création d'un espace commun d'échanges et campagnes de sensibilisation.....	512
B.	Promouvoir un rétablissement efficace : intégrer le parcours de vie du patient.....	514
	Paragraphe 3. Promouvoir la recherche et l'innovation pour une psychiatrie adaptée aux besoins du futur.....	517
A.	Développer la formation des professionnels du secteur.....	517
B.	Encourager les avancées de la recherche dans le cadre de la prise en charge psychiatrique	521
C.	Inclure les nouvelles technologies dans la prise en charge psychiatrique : des enjeux à venir	523
	CONCLUSION.....	531
A.	Les avancées et limites du cadre juridique et médical français actuel.....	531
B.	Vers un modèle de prise en charge plus respectueux des libertés ?.....	533
C.	Les défis éthiques et sociétaux de la psychiatrie numérique et des bases de données sécuritaires	539
	ANNEXES.....	542
	Annexe 1 : Tableau récapitulatif des différents modes d'hospitalisation	542
	Annexe 2 : Evolution du nombre de lits et places par statuts d'établissement entre 1994 et 2006, en France.	544
	Annexe 3 : La répartition du nombre de médecins psychiatres par département.....	545
	Annexe 4 : Résultats des demandes de contrôle obligatoire périodique de la nécessité d'une mesure d'hospitalisation complète traitées au cours des années 2012 et 2013.	546
	Annexe 5 : Taux de mainlevée d'une mesure d'hospitalisation sous contrainte par le juge d'appel, en fonction du grief soulevé	547
	Annexe 6 : Schémas récapitulatif des différents soins psychiatriques sans consentement	548
	Annexe 7 : Recours aux mesures d'isolement et de contention mécanique en psychiatrie en 2022	548
	Annexe 8 : Caractéristiques socio-démographiques et cliniques des patients hospitalisés en soins sans consentement et des séjours correspondants en 2022, en fonction de la mise en œuvre ou non de mesures d'isolement et de contention.....	549
	Annexe 9 : SANTÉ MENTALE - POPULATION GÉNÉRALE - LES SOINS SANS CONSENTEMENT ; hospitalisation à l'isolement (hors UMD)	550
	Annexe 10 : SANTÉ MENTALE - POPULATION GÉNÉRALE - LA PRISE EN CHARGE EN ÉTABLISSEMENT DE SANTÉ : admission par les urgences.....	550
	Annexe 11 : Schéma de l'évolution législative encadrant les mesures d'isolement et de contention	551
	Annexe 12 : Schéma du processus législatif de la dernière réforme sur l'isolement/contention ..	551
	Annexe 13 : Schéma récapitulatif de l'encadrement des mesures d'isolement et de contention .	552

Annexe 14 : Tableau récapitulatif de l'information sur le renouvellement de la mesure d'isolement ou de contention	552
Annexe 15 : Tableau récapitulatif des délais de saisine du JLD concernant le contrôle des mesures d'isolement et de contention	553
Annexe 16 : Nombre d'articles par année traitant de la psychiatrie, entre 1995 et 2015, pour quatre quotidiens français	554
Annexe 17 : Nombre d'articles du corpus psychiatrie mentionnant huit affaires criminelles.....	554
Annexe 18 : Années phare et ratio des types d'articles publiés	555
Annexe 19 : Évolution de l'effectif des praticiens hospitaliers des établissements publics de psychiatrie 2013-2022	555
Annexe 20 : Proportion d'établissements selon la part de capacitaire fermé, au 31 décembre 2022 (101 répondants sur les 110 établissements interrogés)	556
Annexe 21 : Proportion d'établissements selon le délai de prise en charge en ambulatoire en psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent (76 répondants sur les 110 établissements interrogés)	556
Annexe 22 : Exemple de formulaire VRAG	557
Annexe 23 : Entretien Maître DEVERS, réalisé en mars 2021.....	558
Annexe 24 : Entretien Maître ABEL, réalisé en mars 2021	562
Annexe 25 : Entretien Maître HEURTREY, réalisé en mars 2021	566
Annexe 26 : Entretien Maître VITAL-DURAND, réalisé en juin 2021	570
Annexe 27 : Entretien Madame Violaine FAURE, réalisé en juin 2021	575
Annexe 28 : entretien Madame Karine BERARD, réalisé en avril 2021	579
Annexe 29 : Entretien Dr CLAUDEL, réalisé en juin 2021.....	583
Annexe 30 : Entretien Dr LAMOTHE, réalisé en avril 2021	587
Annexe 31 : Entretien Dr CANTERINO, réalisé en juin 2021	591
Annexe 32 : Entretien Sophie DELANNE, réalisé en juin 2021.....	595
Annexe 33 : Entretien Nurullah SAHIN, réalisé en juillet 2021	599
Annexe 34 : Entretien Infirmière du Vinatier souhaitant garder l'anonymat, réalisé en juin 2021	603
Annexe 35 : Entretien Christian VAYSSE, réalisé en mai 2021.....	607
Annexe 36 : Entretien Justine AUBRIOT, réalisé en juin 2021	611
Annexe 37 : Entretien Karine GUISSARD, réalisé en juin 2021	617
Annexe 38 : Entretien Marie-France CALLU, réalisé en mars 2021	626
Annexe 39 : Entretien Procureur VIOU, réalisé en mars 2021.....	637
BIBLIOGRAPHIE	645
INDEX ALPHABÉTIQUE.....	709

Résumé de la thèse

La liberté d’aller et venir est une prérogative fondamentale protégée par la Constitution. Toutefois, en psychiatrie, elle peut être restreinte pour garantir la sécurité publique et assurer la protection des patients souffrant de troubles mentaux. Cette thèse explore la tension entre libertés individuelles et exigences sécuritaires à travers les différentes pratiques et l’évolution du cadre juridique.

La première partie analyse l’atteinte progressive à la liberté des patients, distinguant les soins libres, les soins sans consentement en ambulatoire et l’hospitalisation sous contrainte qui constitue une restriction majeure. Elle met en lumière la collaboration entre les acteurs médicaux et juridiques pour concilier nécessité thérapeutique et droits des patients.

La deuxième partie se concentre sur l’isolement et la contention, pratiques extrêmes de privation de liberté, désormais encadrées par la loi du 21 janvier 2022, développant le contrôle du Juge des Libertés et de la Détention (JLD). Cette évolution vise à garantir un usage limité et justifié de ces mesures controversées.

Enfin, la troisième partie examine davantage en profondeur la difficile conciliation entre libertés individuelles et sécurité publique. L’étude des réponses législatives face aux faits divers impliquant des patients psychiatriques révèle les limites du modèle français. Comparé aux approches étrangères, ce système pourrait être repensé pour mieux équilibrer soins psychiatriques et respect des droits fondamentaux.

Mots-clés de la thèse

Liberté d’aller et venir ; Psychiatrie ; Soins sans consentement ; Hospitalisation sous contrainte ; Isolement ; Contention ; Droits des patients ; Sécurité publique ; Juge des Libertés et de la Détention (JLD)

Thesis Summary

Freedom of movement is a fundamental prerogative protected by the Constitution. However, in psychiatry, it can be restricted to guarantee public safety and ensure the protection of patients suffering from mental disorders. This thesis explores the tension between individual freedoms and security requirements through different practices and the evolution of the legal framework. The first part analyzes the progressive infringement of patients' freedom, distinguishing between open care, outpatient care without consent and forced hospitalization, which constitutes a major restriction. It highlights the collaboration between medical and legal players in reconciling therapeutic necessity and patients' rights.

The second part focuses on seclusion and restraint, extreme practices of deprivation of liberty, now regulated by the law of January 21, 2022, developing the control of the judge of liberty and detention. This change is designed to ensure that these controversial measures are used in a limited and justified manner.

Finally, the third part takes a closer look at the difficult reconciliation between individual freedoms and public safety. The study of legislative responses to incidents involving psychiatric patients reveals the limitations of the French model. Compared to foreign approaches, this system could be rethought to better balance psychiatric care and respect for fundamental rights.

Thesis Keywords

Freedom of Movement; Psychiatry; Involuntary Care; Involuntary Hospitalization; Isolation; Restraint; Patients' Rights; Public Safety; Judge of Freedoms and Detention (JLD)
