

Soins sans consentement et droits fondamentaux

Soins sans consentement et droits fondamentaux

**Le Contrôleur général
des lieux de privation de liberté**



DAJLOZ

À propos de l'auteur

Le Contrôleur général des lieux de privation de liberté (CGLPL) est une autorité administrative indépendante créée par la loi du 30 octobre 2007 à la suite de l'adoption par la France du protocole facultatif à la Convention des Nations Unies contre la torture et autres peines ou traitements cruels, inhumains ou dégradants. Le CGLPL a concrètement débuté son activité le 13 juin 2008. Adeline Hazan a été nommée le 17 juillet 2014 pour un mandat de six ans non renouvelable.

Le Contrôleur général a pour mission de veiller à la protection de l'ensemble des droits fondamentaux des personnes privées de liberté, qu'elles soient en prison, en garde à vue, dans un établissement de santé mentale, en centre de rétention pour étrangers, dans les geôles d'un tribunal, en centre éducatif fermé pour mineurs ou dans tout autre lieu dans lequel des personnes sont enfermées par la décision d'un juge ou d'une autorité administrative.

Le CGLPL s'assure ainsi que les droits à la vie, à l'intégrité physique et psychique ou à ne pas être soumis à un traitement inhumain ou dégradant sont respectés. Il lui revient également de veiller à un juste équilibre entre le respect des droits fondamentaux des personnes et les considérations d'ordre public et de sécurité, notamment en matière de droit à la vie privée et familiale, au travail et à la formation, d'accès aux soins, ainsi qu'à la liberté

VI d'expression, de conscience et de pensée. De même sont examinées les conditions de travail des personnels et des intervenants car ces dernières peuvent avoir des conséquences directes sur le traitement des personnes privées de liberté.

Le CGLPL peut visiter, à tout moment, tout lieu du territoire français où des personnes sont enfermées pour vérifier les conditions de vie des personnes privées de liberté et enquêter sur l'état, l'organisation et le fonctionnement de l'établissement. Les contrôleurs ont libre accès à l'ensemble des locaux et peuvent s'entretenir de manière confidentielle avec les personnes privées de liberté ainsi qu'avec le personnel et tout intervenant.

Dans le cadre de sa mission, le CGLPL formule des recommandations aux autorités publiques. Outre les rapports publiés à l'issue de chaque visite d'établissement, le Contrôleur général peut décider de publier au *Journal officiel* des recommandations spécifiques à un ou plusieurs établissements ainsi que des avis généraux sur une problématique transversale. L'ensemble de ces documents est disponible sur le site internet de l'institution (www.cgplp.fr).

Enfin, le CGLPL peut être saisi par toute personne physique (et les personnes morales qui ont pour objet les droits de l'homme) ; les contrôleurs du pôle saisines traitent les courriers directement envoyés par les personnes privées de liberté ou leurs proches en vérifiant les situations relatées et en menant des investigations, sur place si nécessaire, pour tenter d'apporter une réponse aux problèmes soulevés mais aussi pour identifier d'éventuels dysfonctionnements et, le cas échéant, proposer des recommandations pour prévenir toute nouvelle violation d'un droit fondamental.

Contrôleur général des lieux de privation de liberté
16/18 quai de la Loire
CS 70048
75921 Paris Cedex 19

Introduction

Un français sur cinq souffre de « troubles mentaux », souffrance ayant conduit, en 2016, 342 000 personnes à une hospitalisation à temps complet dans un établissement public ou privé. Parmi celles-ci, 80 000 ont été prises en charge sans leur consentement. Ce mode d'admission, prévu par la loi depuis le XIX^e siècle, s'associe souvent à l'enfermement de ces patients dans l'établissement de santé habilité à les recevoir, établissement qui devient *ispo facto* un lieu de privation de liberté. Le CGLPL s'est toujours montré préoccupé par la question de l'enfermement en psychiatrie et en a fait sa priorité depuis 2014.

À l'achèvement du deuxième mandat de Contrôleur général, l'institution aura visité, à ce titre, tous les établissements spécialisés en santé mentale et une majorité des services psychiatriques des hôpitaux généraux accueillant des patients selon le mode légal d'admission dénommé, depuis 2011, soins sans consentement. Ces visites ont conduit au constat que l'hospitalisation à temps plein s'accompagne d'atteintes plus ou moins graves à la dignité et aux droits des patients et singulièrement à leur liberté d'aller et venir. Le nombre important de ces visites, a permis de mesurer l'ampleur des atteintes et leur banalisation, mais également d'observer de bonnes pratiques et des initiatives pour échapper à ce mouvement. Au fil de ces années, le CGLPL a aussi mesuré

avec satisfaction l'évolution de ses interlocuteurs dans ses visites. Réticents il y a douze ans, ils marquent désormais leur intérêt pour le prisme d'observation du CGLPL, reconnaissant les apports d'un « regard extérieur » et sollicitant les échanges.

Le CGLPL n'a jamais visité deux établissements similaires, les éléments de distinction touchent l'ensemble de leurs conditions de fonctionnement : la situation et l'environnement, la qualité et la disposition des locaux, les modes de gestion, l'organisation des unités, la répartition des patients, le nombre de lits. Tous ces aspects ont une incidence sur la prise en charge des patients. Aucun de ces établissements n'est totalement exempt d'atteintes aux droits de ses patients. Cette diversité permet au CGLPL dans le présent rapport de ne pas se limiter à la description ou à la dénonciation des pratiques mais de tenter une compréhension des éléments de fonctionnement, local ou à de plus larges échelles, qui contribuent à ces atteintes. Ces visites ont également permis de mettre en évidence des explications sur l'origine ou les motivations de pratiques exagérément contraignantes.

Les personnes admises en soins psychiatriques sans leur consentement sont, pour nombre d'entre elles, parmi les plus vulnérables des personnes privées de liberté, les moins capables de défendre leurs droits et leur dignité. Pour une partie d'entre elles, c'est même en raison de leur incapacité que cette mesure leur est appliquée puisque selon la loi, « ses troubles mentaux rendent impossible son consentement ». Leurs familles et leurs amis, souvent plus accablés que vindicatifs, ne sont pas en situation de veiller au respect de leur proche hospitalisé. Le patient est, à la lettre, pris en « charge » et n'est guère exigeant sur le respect de sa personne.

La loi, depuis près de deux siècles, permet d'hospitaliser des personnes atteintes de troubles mentaux et ceci sans leur consentement. Même si les textes affirment que les soins libres doivent être privilégiés lorsque l'état de santé de la personne le permet, dans la pratique, la part des soins sous contrainte dans les admissions croît de façon préoccupante, atteignant le quart des admissions et représentant 40 % d'entre elles dans certains établissements. Or,

de cette contrainte aux soins, les professionnels ont parfois tiré l'autorisation implicite d'une contrainte au corps se traduisant en une contrainte aux comportements : horaires, tabac, visites, etc., dans un souci de normalisation afin d'organiser la vie collective. La limitation, voire l'absence de relations avec l'extérieur, l'agitation de certains patients et la nécessité de maîtriser quelques faits et gestes erratiques ont permis, historiquement, le développement de pratiques empiriques, hors de tout contrôle réel par des instances institutionnelles, voire de simples regards extérieurs aux établissements. Bien sûr, ceux-ci se sont ouverts mais, dans bien des lieux, les esprits le sont moins et les professionnels sont d'autant moins enclins à l'observation et à l'analyse critique de leurs pratiques et de leurs effets qu'ils n'en ont pas le temps et qu'ils sont dans leur immense majorité mus par la conviction que « c'est pour le bien du patient ». Le fonctionnement fermé, conjugué aux difficultés matérielles croissantes, entraîne des dérives, limite les prises de distance, ainsi qu'en témoignent de nombreux soignants : « on ne se voit plus travailler ».

Tout ce que le CGLPL a constaté n'avait pas été repéré auparavant par les contrôles externes, quels qu'ils soient ; les instances supposées orienter, contrôler ou certifier les fonctionnements des établissements, n'avaient pas porté leur regard sur les droits fondamentaux des patients, ou l'avaient fait insuffisamment. Elles n'ont apporté aucune assurance du respect des droits.

Les établissements de santé mentale ne sont pas épargnés par la crise de l'hôpital public, qui touche notamment aux moyens humains, à laquelle s'ajoute pour eux, la mutation de la patientèle et de la demande collective : l'évolution de la nature des troubles mentaux, en partie consécutive aux difficultés sociales et à des conditions de vie déstabilisantes, un besoin de sécurité plus ou moins réel mais exacerbé par le discours politique. Une demande paradoxale est faite à la psychiatrie : celle d'une ouverture par le virage ambulatoire accompagné de la fermeture d'un grand nombre de lits d'hospitalisation et celle d'un enfermement de plus en plus fréquent ou durable des individus perturbants, par souci de sécurité.

Le CGLPL a publié en 2016 un rapport sur l'isolement et la contention, accueilli avec intérêt par l'ensemble de la profession. L'estime que celle-ci lui a témoignée justifie de reprendre l'exercice en étendant son champ à l'ensemble des soins sans consentement. Avec le présent rapport le CGLPL souhaite donc apporter son témoignage tant aux professionnels qu'au grand public et participer à la discussion qui occupe la sphère psychiatrique, par son point de vue différent de ceux des professionnels et des gestionnaires de la filière, tout en replaçant ses constats dans leur contexte historique et institutionnel.

La démarche du CGLPL est mue par la certitude, confortée par nombre des interlocuteurs qui ont bien voulu enrichir sa réflexion, que le respect des droits et de la dignité est une condition de l'efficacité des soins. Le CGLPL est tout autant convaincu que considérer le patient non plus comme un objet de soins, aussi bienveillants soient-ils, mais comme une personne disposant de droits redonnera un sens au travail collectif comme individuel des professionnels alors même que nombre d'entre eux ont témoigné auprès des contrôleurs de leur malaise de l'avoir perdu.

Avant d'entrer dans les développements qui suivent, il convient de préciser qu'aucune des nombreuses dénominations – patient, malade, personne souffrant de troubles mentaux, de troubles psychiques ou d'étrangeté d'âme, usager – n'est innocente et toutes traduisent une posture, de l'acteur, du locuteur ou du système. Ce rapport, par commodité et parce que c'est le terme « hospitalier » le moins connoté, utilisera le plus souvent le terme « patient », ce qui ne doit pas être interprété comme une volonté de ne pas prendre position.

Chapitre 1

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

Section 1

La réalité du fonctionnement de la psychiatrie a trahi les ambitions humanistes de ceux qui ont promu les réformes du ^{xx}e siècle

En 1819 Jean-Etienne Esquirol professe des idées précises sur la construction de ce qu'il appelle « asile » à un moment où les hôpitaux et les Hôtels-Dieu ne sont que des mouloirs pour indigents et incurables. Il inaugure la tradition de la psychiatrie française attachée à la fois au système de soins et à la maîtrise des données administratives qui aboutira à la loi du 30 juin 1838. Dans son premier article, cette loi dispose 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 ». Cette loi qui met en œuvre les premières modalités de soins sans consentement, acte, pour les « aliénés », la reconnaissance du statut de malade devant recevoir des soins mais également leur enfermement institutionnel pour protéger l'ordre public.

La surmortalité des patients hospitalisés dans les asiles français, pendant la seconde guerre mondiale, estimée à 40 000 personnes

décédées principalement de faim et d'infections, a amené la prise de conscience des traitements indignes et inhumains que pouvaient subir ces malades oubliés derrière leurs murs. Elle a donné naissance à la psychothérapie institutionnelle définie par Jean Oury comme une « méthode permettant de créer une aire de vie avec un tissu interrelationnel, où apparaissent les notions de champ social, de champ de signification, de rapport complémentaire, permettant la création de champs transférentiels multifocaux »¹. C'est initialement une prise en charge thérapeutique d'inspiration psychanalytique proposée aux patients psychotiques. Elle repose sur le double constat qu'un patient conserve toujours dans sa maladie une partie saine à laquelle les soignants vont s'adresser et sur la capacité de ce patient à « institutionnaliser » des investissements sur différents objets transférentiels (personnes, lieux, choses...). L'organisation par les soignants de toute une vie collective avec des temps groupaux, lieux de parole et d'analyse, permet au patient d'établir des relations dans une mouvance autorisant l'expression des mouvements de défense comme l'agressivité. C'est à travers les rencontres et les relations que le soin se développe, le cadre étant porté par l'appareil psychique des soignants, et l'hôpital, la ville, les campagnes seront autant de lieux de soin.

Cette démarche a ouvert, avec la mobilisation des médecins qui porteront la psychothérapie institutionnelle, la parenthèse d'une psychiatrie s'affirmant humaniste, qui fondera la politique de secteur. Un des objectifs de celle-ci est d'assurer le plus souvent possible, le traitement des patients en dehors de l'hôpital psychiatrique et au plus près de leur milieu de vie habituel, de sortir les malades de la chronicité, créant ainsi une révolution dans les pratiques. Plus d'un siècle après la loi de 1838, la mise en place de la sectorisation, d'abord par une circulaire du 15 mars 1960 puis par la loi n° 85-1468 du 31 décembre 1985, va constituer le socle organisationnel de la psychiatrie en France.

1. Jean Oury, *Psychiatrie et psychothérapie institutionnelle*, Payot, 1976.

La 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, n'a pas modifié le résultat de l'arbitrage antérieur entre protection des malades et protection de l'ordre public.

La sectorisation devait permettre, outre le développement d'une offre de soin complète par secteur, le maintien d'un lien médico-soignant-soigné ; elle souffre de trois faiblesses.

En premier lieu, les établissements n'ont pas toujours été adaptés à l'évolution démographique de leurs secteurs de référence, et se sont trouvés, parfois, confrontés à des tailles de secteur trop petites pour diversifier leur offre de soins ou trop grandes au regard de leur capacité d'accueil.

Par ailleurs il est prévu dans la loi de sectorisation des secteurs de psychiatrie infanto-juvénile (un pour trois secteurs adultes) mais, en pratique, la plupart de ces secteurs n'offre pas de lieux d'hospitalisation complète, conduisant, en cas de nécessité, à des séjours de mineurs en service pour adultes dans des conditions inadaptées voire indignes. Ces solutions portent une atteinte inadmissible au droit de l'enfant à une prise en charge adaptée (cf. chapitre 2, section 3, II).

Enfin, cette sectorisation a été confrontée à la modification de sa patientèle dans les dix dernières années. En effet, la prise en charge des personnes en soins sans consentement s'est concentrée sur le service public, avec des services agréés pour recevoir ces personnes, le secteur privé, à l'exception de sept cliniques à l'échelle de la France, n'étant pas concerné par la sectorisation. L'offre privée s'est développée sur les pathologies les moins lourdes, financièrement rentables, et concernant les personnes plus socialement favorisées. Les centres médico-psychologiques – structures publiques – font le premier accueil et, faute de capacité de lits dans les structures publiques, adressent au secteur privé, dont ils assurent ainsi une partie de la patientèle, les personnes souffrant de pathologies moins lourdes, y compris parfois celles sans mutuelle qui ne donneront pas suite et n'auront plus accès aux soins.

De l'application de ce dispositif résulte, en outre, une première atteinte à la liberté du patient : le patient pris en charge dans un établissement de la psychiatrie publique (quel que soit son mode légal d'admission) n'a pas la liberté de choisir son lieu d'hospitalisation.

L'offre de soins se segmente ainsi, entre des secteurs de psychiatrie publique territorialisés, dévolus aux patients en soins sans consentement, aux pathologies les plus lourdes et aux personnes défavorisées, et une offre privée non territorialisée pour les pathologies les moins graves et les personnes solvables.

Sur le territoire, il existe un besoin incompressible d'hospitalisation, notamment pour les patients en soins sans consentement. La diminution rapide des capacités intra hospitalières – passée de 170 000 lits en 1970 à 50 000 lits en 1999 – n'a pas été compensée par une augmentation nécessaire des moyens alloués aux dispositifs extrahospitaliers ; couplée à la pénurie de médecins psychiatres exerçant en secteur public, elle a conduit à une croissante difficulté pour accueillir des patients en crise, à des retours insuffisamment préparés vers le domicile et à des ré-hospitalisations plus fréquentes. Dans un certain nombre de départements, le secteur public n'a plus la capacité de prendre en charge de nouveaux patients y compris ceux souffrant de pathologies graves, comme il a été constaté au centre hospitalier universitaire (CHU) de Saint-Etienne (Loire) en janvier 2018¹ où 300 patients ne pouvaient plus être suivis en 2018 dans le secteur Nord ; la visite de décembre 2019 a montré une amélioration².

Dans certains territoires, l'offre du secteur public est elle-même divisée entre celle d'un centre hospitalier spécialisé (CHS) et celle d'un centre hospitalier universitaire (CHU). La sectorisation tend à alors basculer des secteurs du CHU vers les CHS, avec souvent transfert des finances mais moins souvent des ressources humaines.

1. CGLPL, rapport de visite du centre hospitalier universitaire de Saint-Etienne, janvier 2018.

2. CGLPL, deuxième visite du centre hospitalier universitaire de Saint-Etienne, décembre 2019 (rapport de visite en cours d'élaboration).

Enfin, les deux lois sur le handicap et sur les institutions sociales et médico-sociales du 30 juin 1975 qui organisent le secteur social et médico-social et le séparent du secteur sanitaire, dispositif reformulé en 2005¹, privent le secteur d'une partie des outils lui permettant d'organiser et de réguler les flux de patients. L'ambition originelle de la politique du secteur de sortir les patients de la chronicité a fait long feu avec la perte de la maîtrise d'une partie de ses moyens d'action.

Ainsi, mal comprise, dépourvue de moyens et d'enseignement, la parenthèse de la psychothérapie institutionnelle, terreau de la politique du secteur se referme-t-elle, restant plus invoquée que réelle.

Section 2

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

Au cours du xx^e siècle, la psychiatrie a obtenu une reconnaissance avec sa place de spécialité dans le monde médical au prix de nombreux affrontements théoriques et parfois idéologiques.

Cette reconnaissance, gagnée et confortée par l'évolution des supports théoriques de la psychiatrie, a entraîné un changement de références. Si l'organisation des soins psychiatriques selon le principe de la sectorisation reste marquée par des théories psychanalytiques et l'influence des psychiatres désaliénistes de la fin de la deuxième guerre mondiale et témoigne de leur empreinte, l'importance de l'EBM², *evidence based medicine*, qui voudrait

1. Loi n° 2005-102 du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées

2. L'*evidence based medicine* (EBM) est l'exercice de la médecine fondée sur des preuves. La décision diagnostique et thérapeutique repose sur l'expérience clinique du praticien associée aux meilleures données actuelles trouvées dans la littérature scientifique et sur une méthodologie rigoureuse prenant en compte les préférences du patient selon les étapes :

- La formulation claire et précise d'une question clinique à partir d'un problème clinique donné ;
- La recherche d'articles pertinents dans la littérature ;

que toute décision soit appuyée sur une base scientifique et documentée, devient prépondérante alors que l'EBM qui trouve sa place dans la médecine somatique mais n'a pas encore « fait ses preuves » en psychiatrie.

La mondialisation, avec la nécessité d'avoir un langage commun, a justifié la création d'outils de communication entre les professionnels comme le DSM 5 ou la CIM10¹ qui sont de grands répertoires descriptifs de la symptomatologie des troubles mentaux définis comme a-théoriques mais empreints des normes sociales, familiales, politiques de leurs auteurs. Ces outils ont indéniablement un effet sur la prise en charge des comportements « déviants », résultant de leur lecture normative. L'individu devient alors simple objet dans une configuration sociale plus ou moins sécuritaire.

Les traitements pharmacologiques, essentiellement symptomatiques – et d'une symptomatologie sociale –, les techniques de réhabilitation psychosociale lorsqu'elles sont normalisantes² enferment les sujets dans les rails d'une société qui dénie les conséquences de sa violence sur les individus. Le respect des droits de l'individu devient secondaire au maintien de l'équilibre social.

– L'évaluation systématique de la validité et de l'intérêt des résultats et l'extraction des preuves qui sont à la base des décisions cliniques ;

– L'intégration de ces preuves dans la pratique médicale courante afin de répondre à la question posée au départ.

En France, l'EBM a soulevé dans la communauté scientifique, des critiques éthiques et méthodologiques. Elles portent notamment sur la qualité des données trouvées dans la littérature (quel article lire et lequel croire ?), sur le caractère provisoire de la force probante de ces données ou encore sur leur prééminence sur les données contextuelles propres au cas (les aspects socioculturels, émotifs, psychosociaux, institutionnels, socio-économiques).

1. DSM 5 : Manuel Diagnostique et statistique des troubles mentaux 5^{ème} édition ; CIM 10 : Classification internationale des maladies 10^{ème} révision.

2. C'est la différence entre la prise en charge française du handicap psychique qui tente d'adapter le sujet à la société à la différence des anglosaxons qui seraient dans une adaptation de la société aux différents sujets.

Section 3

Les demandes adressées à la psychiatrie, dont une partie traduit des préoccupations sécuritaires, se multiplient

Les champs de compétence et d'intervention de la psychiatrie se sont vu considérablement augmenter depuis quelques décennies, et souvent après certains faits divers dramatiques, médiatiquement surexploités.

La prise en charge des psycho traumatismes puis la création d'équipes mobiles de psychiatrie dite de psychiatrie et précarité¹, la création et l'augmentation des mesures de suivi socio judiciaire² avec des obligations de soins³ pour les délinquants sexuels puis pour les sujets violents, la loi sur les risques psychosociaux⁴ et la loi sur le partage des données dans le cadre de la suspicion de radicalisation⁵ illustrent cette psychiatrisation des problèmes sociaux. S'y ajoute la psychiatrisation de toute souffrance psychique, résultant d'événements ordinaires de parcours de vie (deuils, ruptures) ou induits par la pression de l'injonction sociale à la performance et au « dépassement de soi » sur tous les aspects de la vie : professionnelle, scolaire, relationnelle, apparence physique, etc.

1. Circulaire N°DHOS/O2/DGS/6C/DGAS/1A/1B/521 du 23 novembre 2005 relative à la prise en charge des besoins en santé mentale des personnes en situation de précarité et d'exclusion et à la mise en œuvre d'équipes mobiles spécialisées en psychiatrie.

2. 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.

3. Loi n° 2005-1549 du 12 décembre 2005 relative au traitement de la récidive ; loi n° 2007-297 du 5 mars 2007 relative à la prévention de la délinquance ; loi n° 2007-1198 du 10 août 2007 renforçant la lutte contre la récidive des majeurs et des mineurs ; 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.

4. Article L. 4121-1 du code du travail.

5. 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.

Cette multiplicité des demandes repose sur la constatation de comportements individuels violents, inadaptés, dérangeants avec des passages à l'acte, ou sur un vécu d'impuissance devant l'imminence annoncée ou perçue d'un passage à l'acte. La réponse passe alors par l'intervention des forces de l'ordre ou celle des services d'urgences médicales, souvent les deux se trouvent conjointement impliqués.

La présomption de dangerosité de certains malades s'est traduite dans la loi avec la création du régime de la rétention de sûreté et de la surveillance de sûreté¹ qui permet, selon l'article 706-53-13 du code de procédure pénale, le placement sur décision judiciaire, en centre socio-médico-judiciaire de sûreté de personnes dont la « dangerosité [est] caractérisée par une probabilité très élevée de récidive parce qu'elles souffrent d'un trouble grave de la personnalité »². L'article 706-53-19 du même code prévoit la possibilité de placer la personne en cause sous un régime de « surveillance de sûreté [qui] comprend des obligations identiques à celles prévues dans le cadre de la surveillance judiciaire » ; il envisage que la méconnaissance de ces obligations par la personne « fait apparaître que celle-ci présente à nouveau une

1. Ce régime a été instauré par la loi n° 2008-174 du 25 février 2008, complétée par la loi du 10 mars 2010, relative à la rétention de sûreté et à la déclaration d'irresponsabilité pénale pour cause de trouble mental.

2. Article 706-53-13 du code de procédure pénale : « A titre exceptionnel, les 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 dangerosité caractérisée par une probabilité très élevée de récidive parce qu'elles souffrent d'un trouble grave de la personnalité, peuvent faire l'objet à l'issue de cette peine d'une rétention de sûreté selon les modalités prévues par le présent chapitre, à la condition qu'elles aient été condamnées à une peine de réclusion criminelle d'une durée égale ou supérieure à quinze ans pour les crimes, commis sur une victime mineure, d'assassinat ou de meurtre, de torture ou actes de barbarie, de viol, d'enlèvement ou de séquestration. (...) La rétention de sûreté consiste dans le placement de la personne intéressée en centre socio-médico-judiciaire de sûreté dans lequel lui est proposée, de façon permanente, une prise en charge médicale, sociale et psychologique destinée à permettre la fin de cette mesure ».

particulière dangerosité caractérisée par une probabilité très élevée de commettre à nouveau l'une des infractions mentionnées à l'article 706-53-13 ». Ce régime instaure une privation de liberté sur décision judiciaire justifiée non par la commission de faits mais par une présomption de dangerosité, dangerosité associée à la présence de troubles mentaux.

Le CGLPL a relevé dans un avis du 5 octobre 2015 qu'« Il s'agit bien là d'une conception nouvelle du droit de la peine, qui supprime le lien objectif entre culpabilité et responsabilité, entre infraction et sanction, au profit de la notion de dangerosité. La loi permet ainsi de maintenir indéfiniment une personne enfermée au motif qu'elle présenterait une probabilité très élevée de récidive, associée à un trouble grave de la personnalité. Outre son caractère subjectif, le concept de dangerosité potentielle doit être considéré comme contraire aux principes fondamentaux du droit pénal français, en particulier ceux de légalité des délits et des peines et de proportionnalité de la réponse pénale. »¹ et a, en conclusion, demandé la suppression de ce dispositif.

Si les demandes des tiers identifiés (famille, amis, conjoints) reposent sur la crainte et le souci de protection devant des comportements inquiétants, incompréhensibles voire effrayants, les soins sur décision du représentant de l'État allèguent de la dangerosité de la personne qu'il s'agisse de dangerosité criminologique ou de dangerosité psychiatrique.

Le nombre croissant de demandes de soins sous contrainte fondées sur l'article L. 3212-1 II 2° du code de la santé publique, dite de péril imminent pour la santé de la personne, ou sur l'article L. 3212-3 du même code, dite d'urgence en cas de risque grave d'atteinte à l'intégrité du malade, recouvre de nombreux comportements souvent sans substrat psychiatrique : mésentente conjugale, chantage affectif, conflit de toute nature dont les *burn*

1. CGLPL, Avis relatif à la rétention de sûreté publié au *Journal officiel* du 5 octobre 2015.

out professionnels, prise de toxique et comportements violents psychopathiques, se trouvent noyés au milieu des situations de détresse psychiatrique comme la crise psychotique aiguë avec délire, agitation, et angoisse massive ou la crise suicidaire dans un contexte de dépression mélancolique.

Les descriptions et classifications des troubles des conduites chez l'enfant (CFTMEA)¹ et les troubles du comportement chez l'adulte dans les classifications psychiatriques CIM 10 et DSM 5 traduisent cette question de la psychiatisation des écarts à la norme sociale.

Or, une hospitalisation en soins sous contrainte, même si elle est de courte durée, même si la mesure administrative se trouve rapidement levée, et cela parfois dès le lendemain ainsi que le constate le CGLPL dans ses visites, n'est pas un événement anodin et alimente la stigmatisation dont sont victimes les personnes ayant recours aux soins psychiatriques.

Selon la loi, une fois la décision d'admission en soins sans consentement prononcée, il faudra attendre vingt-quatre heures pour qu'un avis psychiatrique confirme le bien-fondé et la poursuite de la mesure ou propose sa levée, mais le dossier médical de la personne hospitalisée, ainsi que les services administratifs de l'agence régionale de santé (ARS) garderont trace de cette situation avec inscription sur le fichier traité par l'outil informatique HOPSYWEB (fichier communément dénommé HOPSYWEB), contesté dès sa création.

Les troubles mentaux suscitent plus d'effroi que de compassion. L'empathie trouve difficilement à s'exprimer face au délire, à la désorganisation apparente de la pensée, à la déraison. La prise en charge thérapeutique longtemps inefficace, passant par la réclusion dans l'asile, a fait le lit d'une stigmatisation du malade mental qui se trouve aujourd'hui avivée par une normalisation étendue du comportement social.

1. Classification française des troubles mentaux de l'enfant et de l'adolescent.

La stigmatisation, avec ce qu'elle entraîne de rejet et de souffrance supplémentaire pousse tant le malade que ses proches au déni de la maladie, retardant d'autant la prise en charge.

Section 4

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

Les recommandations du Conseil de l'Europe, intervenues en 2004, vont imposer une révision de la législation française, dans un contexte qui se soucie plus d'encadrer la contrainte que d'en repenser la justification.

La recommandation 2004/10 du Conseil de l'Europe précise les droits de la personne souffrant de troubles mentaux. Elle est composée de trente-huit articles dont on peut retenir les articles suivants :

- **Article 6 – information** : les personnes prises en charge pour des troubles mentaux doivent être informées individuellement de leurs droits en tant que patient et avoir accès à une personne ou instance indépendante pouvant les assister dans la compréhension de ceux-ci ;
- **Article 8 – restriction minimale** : les personnes atteintes de troubles mentaux doivent avoir le droit d'être soignées dans l'environnement le moins restrictif possible ou impliquant la moindre intrusion, tout en tenant compte des exigences liées à leur santé et à la sécurité d'autrui ;
- **Article 12 – principes généraux des traitements pour trouble mental** : soins dispensés par des personnels suffisamment qualifiés, avec plans de traitement personnalisés après consultation de la personne malade dont l'opinion doit être prise en compte, plan réexaminé régulièrement ; ce traitement n'est administré qu'avec le consentement de la personne ; si

elle ne peut consentir, avec l'autorisation d'une autorité, d'une personne ou d'une instance désignée par la loi ; en urgence quand le consentement ou l'autorisation ne peuvent être obtenus, pour éviter des dommages graves pour la santé de la personne ou pour la sécurité d'autrui, le traitement médicalement nécessaire pourra être effectué immédiatement ;

– **Article 17 – critères pour le placement involontaire** : la personne est atteinte d'un trouble mental, l'état de la personne présente un risque de dommages graves pour sa santé ou pour autrui, le placement a un but thérapeutique, aucun autre moyen moins restrictif n'est disponible ;

– **Article 19 – traitement involontaire** : celui-ci doit répondre à des signes et symptômes spécifiques, doit être proportionnel à l'état de santé de la personne malade, doit faire partie d'un traitement écrit et doit avoir pour objectif de mettre en place le plus rapidement possible un traitement acceptable par la personne ;

– **Article 20** : la décision de placement ne peut être prise que par un tribunal ou une instance compétente, sur la base d'un examen par un médecin qualifié ;

– **Article 25 – réexamen et recours** : les personnes qui font l'objet d'un placement involontaire peuvent exercer un recours contre une décision, obtenir le réexamen à intervalle raisonnable de la légalité de la mesure, être entendu en personne ou par l'intermédiaire d'une personne de confiance, avec la possibilité d'être assistés d'un avocat, le tribunal doit prendre ses décisions dans des délais brefs avec une possibilité d'appel.

La réforme portée par la loi du 5 juillet 2011¹, traduit une partie de ces recommandations. Elle est présentée comme poursuivant un triple objectif : permettre une meilleure prise en charge

1. Loi 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.

des personnes nécessitant des soins psychiatriques ; assurer leur sécurité et celle des tiers lorsqu'elles représentent un danger ; garantir aux patients le respect de leurs droits fondamentaux et de leurs libertés individuelles.

Elle substitue la notion de soins à celle d'admission en soins psychiatriques, permettant une prise en charge en ambulatoire et non plus seulement en hospitalisation, tant pour les personnes admises sur décision du directeur de l'établissement de soins que sur décision du représentant de l'État.

Elle prévoit une information des patients sur la décision d'admission, sur leurs droits et sur les raisons qui motivent les soins, ainsi qu'un renforcement de leur droit d'exprimer leur avis sur les mesures les concernant par le recueil de leurs observations.

Autre apport essentiel de cette loi, la contrainte porte désormais non seulement sur l'hospitalisation mais plus largement sur le soin.

La loi maintient les pouvoirs du préfet pour prendre une décision d'admission en soins sans consentement d'une personne dont les troubles « compromettent la sûreté des personnes ou portent atteinte, de façon grave, à l'ordre public »¹.

Elle maintient les pouvoirs du directeur de l'établissement de santé mentale qui prend sur demande d'un tiers une décision d'admission lorsque deux certificats médicaux attestent de la nécessité des soins² ou d'un seul certificat « en cas d'urgence, lorsqu'il existe un risque grave d'atteinte à l'intégrité du malade »³. Les nouvelles dispositions législatives prévoient également que le directeur de l'établissement de soins prend une décision d'admission sans demande de tiers et au vu d'un seul certificat médical dès lors que celui-ci fait état à la date d'admission, d'un « péril imminent pour la santé de la personne », ce certificat ne devant

1. Article L. 3213-1 du code de la santé publique.

2. Article L. 3212-1 II 1° du code de la santé publique.

3. Article L. 3212-3 du code de la santé publique.

toutefois pas émaner d'un praticien de l'établissement¹. La loi affirme le caractère exceptionnel de ces deux dernières procédures mais on verra ci-après (cf. chapitre 2, section 3, II) qu'elles sont devenues le mode le plus fréquent d'admission.

Quel que soit le mode d'admission, sur décision du représentant de l'État ou du directeur de l'établissement de soins, la vérification du bien-fondé de la mesure est opérée au cours d'une période d'observation et de soins initiale de 72 heures au commencement de la prise en charge d'un malade sans son consentement, avec production d'un certificat médical dans les 24 heures puis les 72 heures suivant son admission.

L'autre apport majeur de cette loi est l'instauration d'un contrôle par le juge des libertés et de la détention (JLD) sur le bien-fondé de la mesure de soins sans consentement, dans son principe et dans sa durée, ainsi que la régularité de la procédure conduite (cf. chapitre 5, sections 2 et 3) jusqu'à son achèvement. Le juge doit être régulièrement saisi pour vérifier que l'hospitalisation complète sans consentement – qui constitue *ipso facto* une atteinte à la liberté – est adaptée, nécessaire et proportionnée aux objectifs de soins poursuivis. Le recours au juge des libertés et de la détention est possible tout au long du déroulement de la mesure pour le malade ou toute personne agissant dans l'intérêt de celui-ci – et obligatoire à échéances définies pour le directeur de l'établissement ou le représentant de l'État. La décision du juge est rendue après débat contradictoire et à l'issue d'une audience publique. Le juge a la possibilité de prévoir un effet différé de sa décision de mainlevée.

Il faut toutefois rappeler que l'inscription de cette loi à l'ordre du jour du parlement résulte d'une injonction du Conseil constitutionnel, saisi d'une question prioritaire de constitutionnalité présentée par un particulier et soutenue par l'association Groupe information asile, et ne constitue pas l'aboutissement d'une réflexion de l'ensemble de la profession

1. Article L. 3212-1 II 2° du code de la santé publique.

sur ses pratiques au regard d'un nécessaire et utile respect des droits des patients. Au demeurant, le droit de regard de l'autorité judiciaire sur les décisions d'admission en soins sans consentement, privatives de liberté et justifiant *ipso facto* le contrôle du juge des libertés et de la détention, a été très diversement apprécié par la communauté médicale. De leur côté, les magistrats judiciaires se sont montrés réticents quant à l'extension de leur compétence à ces décisions, extension peu préparée et qui a été réalisée à moyens constants.

Si cette loi et les modifications qui lui ont été apportées par la loi du 27 septembre 2013¹, se soucient d'affirmer les droits des patients en soins sans consentement, elles ne reviennent pas sur le principe de leur enfermement et de la contrainte.

Section 5

La portée pratique du contexte normatif international reste très limitée

Les engagements internationaux de la France n'ont eu d'effet sensible ni sur la réglementation de la prise en charge psychiatrique ni sur l'approche des professionnels qui ne s'y réfèrent qu'exceptionnellement.

I – La position de l'ONU appelle clairement une approche différente des personnes souffrant de troubles mentaux

Les textes et instances des Nations unies appellent globalement à un changement de regard collectif sur la maladie mentale.

Adoptée en 2006, la convention des Nations unies relative aux droits des personnes handicapées (CIDPH) consacre la

1. 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.

dimension sociale du handicap, quel qu'il soit – les « troubles mentaux » étant rebaptisés « handicap psychosocial » –, en ce qu'il résulte de facteurs à la fois personnels et environnementaux. La personne n'est plus objet de soins mais sujet de droits et c'est à la société de lui permettre de participer à la vie de la cité de manière égalitaire. Ce changement de perspective est fondé sur des principes : respect de la dignité intrinsèque et de l'autonomie, accessibilité, consentement libre et éclairé, adaptation de l'environnement, etc. Surtout, en son article 14, la convention condamne la privation de liberté basée sur l'existence d'un handicap fût-il physique, psychosocial, ou intellectuel.

Dès son rapport annuel de 2009, le Haut-commissaire des Nations unies aux droits de l'homme en a fait une interprétation stricte, qu'il a réitérée dans son rapport *Santé mentale et droits de l'homme* de 2017 : « Les personnes présentant un handicap psychosocial ne devraient pas être arbitrairement privées de leur liberté en raison de leur déficience, pas même au motif qu'elles pourraient constituer un danger pour elles-mêmes ou pour autrui. Les politiques de santé mentale devraient être fondées sur cette approche et l'intégrer. Elles devraient également constituer un rempart contre tout abaissement des normes. »

La Rapporteuse spéciale des Nations unies pour les droits des personnes handicapées a également développé cet argument dans son rapport général sur la privation de liberté en 2019 : « Si le placement forcé en institution donne lieu à un traitement sans consentement et à une prise de médicaments forcée, il constitue aussi une violation du droit à la sécurité de la personne, du droit à l'intégrité de la personne (art. 17) et du droit de ne pas être soumis à la torture ni à des peines ou traitements cruels, inhumains ou dégradants (art. 15). »

Parmi les autres instances onusiennes concernées, le Comité pour les droits des personnes handicapées, le Conseil des droits de l'homme et le Rapporteur spécial sur le droit qu'a toute personne de jouir du meilleur état de santé physique et mentale possible ont tous adopté des positions similaires, véritables fers de lance des

principes de la CIDPH. L'Organisation mondiale de la santé promeut également une approche de la santé mentale fondée sur les droits humains. Son initiative *QualityRights* soutient les États dans la mise en place de politiques, stratégies, lois et services conformes aux normes internationales relatives aux droits humains, y compris la CIDPH. Elle propose aux établissements psychiatriques une boîte à outils permettant une auto-évaluation du respect des droits de l'homme dans la prise en charge des patients.

Finalement, seul le Sous-comité des Nations unies pour la prévention de la torture montre des réserves exprimées dans sa *Position sur les droits des personnes placées en institution et faisant l'objet d'un traitement médical sans avoir donné leur consentement éclairé* de 2016¹ : « Toute privation de liberté doit être nécessaire et proportionnée aux fins de la protection de l'intéressé ou de la prévention des atteintes à autrui. Elle doit être décidée en prenant en considération d'autres mesures moins restrictives et doit être entourée de garanties de procédure et de fond suffisantes, établies par la loi ». Cette position, quoique publiée après l'adoption de la CIDPH, admet la légalité de la privation de liberté dans le champ de la santé mentale.

À l'échelle nationale, bien que la France ait ratifié la convention en 2010, les principes affirmés par celle-ci sont de portée incertaine dès lors que ses dispositions ne lui reconnaissent pas d'effet direct en droit interne. « La France n'a pas pris pleinement en considération le changement de modèle introduit par la Convention », a relevé la Rapporteuse spéciale des Nations unies pour les droits des personnes handicapées, à l'issue de sa visite sur le territoire en novembre 2017. Le constat est peu flatteur : la définition même du handicap n'est pas conforme, des dispositions relatives à la protection juridique des majeurs telle qu'envisagée ne respectent pas les termes de la convention, l'institutionnalisation des personnes est massive, les soins sans consentement sont largement pratiqués,

1. CAT/OP/27/2.

de même que les pratiques coercitives que sont le placement en isolement et les moyens de contention. En conclusion, la recommandation de la Rapporteuse spéciale pour les droits des personnes handicapées est radicale, puisqu'elle appelle la France à « [...] revoir le cadre juridique se rapportant aux soins psychiatriques sans consentement, de sorte que tous les soins de santé soient prodigués sur la base du consentement libre et éclairé, notamment d'autoriser l'octroi de soins intensifs à domicile sans entraves. »

II – Au niveau européen, l'ambiguïté est plus marquée

Le Comité européen pour la prévention de la torture et des peines ou traitements inhumains ou dégradants (CPT), organe du Conseil de l'Europe, a conduit des visites d'établissements psychiatriques dès sa première année d'exercice opérationnel, en 1990. Dans un extrait de son 8^e rapport général publié le 31 août 1998, intitulé *Placement non volontaire en hôpital psychiatrique*, il précise à quelles conditions le séjour et le traitement seront respectueux des droits des personnes enfermées, ainsi que les garanties procédurales nécessaires pour encadrer l'admission non volontaire. Ces dernières ne signifient pas pour le CPT que des traitements médicamenteux peuvent être administrés sans consentement. En 2017, le CPT a publié des normes révisées « moyens de contention dans les établissements psychiatriques pour adultes », il y traite de la contention chimique, mécanique ainsi que du placement en isolement. Les principes de proportionnalité, de dernier recours et traçabilité sont mis en avant.

Par ailleurs, le comité d'experts « DH-BIO » missionné par le comité des ministres du Conseil de l'Europe, travaille depuis 2013 à la préparation d'un projet de protocole additionnel à la Convention sur les droits de l'homme et la biomédecine du Conseil de l'Europe, dite « Convention d'Oviedo », pour la protection des droits de l'homme dans le domaine biomédical. Ce projet de protocole additionnel, « relatif à la protection des droits de l'homme et de la dignité des personnes atteintes de troubles mentaux à

l'égard du placement et du traitement involontaires », a pour objet d'encadrer le recours aux soins sous contrainte. Il fait l'objet de vives oppositions de la société civile et des institutions nationales et internationales de défense des droits de l'homme mais également d'organes mêmes du Conseil de l'Europe, tels que son Assemblée parlementaire (APCE) et le Commissaire aux droits de l'homme. L'APCE combat avec constance le travail du DH-BIO, dénonçant une approche incompatible avec les principes de la CIDPH. Plutôt que d'encadrer le recours à des mesures coercitives, elle exhorte les États à les abolir et leur préférer des alternatives volontaires.

Au niveau national, le CGLPL et la CNCDH¹ ont communiqué une position commune contre le projet, le Défenseur des droits s'est également montré critique à son égard et des associations appellent régulièrement à ce que le DH-BIO cesse ses travaux.

En dépit de ces oppositions, le gouvernement français soutient malgré tout le travail du comité d'experts.

En l'état – et tant que le projet de protocole additionnel à la convention d'Oviedo, seul instrument juridique international contraignant mais peu protecteur de la dignité et des libertés des personnes souffrant de troubles mentaux ne sera pas adopté et ratifié – les dispositions des autres conventions internationales, plus protectrices, sont sans effet dans l'ordre juridique interne.

Section 6

L'insuffisance de la réflexion collective a contribué à l'intériorisation de la contrainte par l'institution hospitalière

De l'ordonnance royale de 1838, à la loi de 2011 en passant par celle de 1990, le principe de l'encadrement administratif des soins psychiatriques s'est perpétué sans reprendre une réflexion sur la nécessité de l'enfermement et de la contrainte dans la prise en charge de la maladie mentale.

1. CNCDH : commission nationale consultative des droits de l'homme

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

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

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

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

Pourtant, les soignants admettent eux-mêmes que la gestion de ces restrictions leur complique sérieusement la tâche, prend du temps, alimente conflits et tensions avec les patients.

Les fonctionnements aussi rigoureux trouvent, heureusement, des exceptions. Les soignants y témoignent que la priorité donnée au respect des droits change leur posture, facilite la prise en charge du patient, favorise son acceptation du cadre. Les équipes retrouvent une motivation avec un recentrage sur l'activité soignante, une meilleure image d'elles-mêmes, sont encouragées à la réflexion sur leurs pratiques. La responsabilisation du patient s'accompagne de la confiance à l'équipe, renforce l'alliance thérapeutique.

Ainsi, selon le moment ou le lieu, le patient sera respecté ou ses droits ignorés, il sera réifié ou acteur de son parcours de soin.

Chapitre 2

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

L'organisation actuelle des soins avec l'aspect entonnoir des services d'urgence des hôpitaux généraux amène toute une population souffrante dans ces services, la plupart du temps bondés avec une présence psychiatrique de plus en plus clairsemée. Dans une préoccupation de fluidité d'un accueil saturé de demandes, l'orientation se fait alors rapidement vers les services de psychiatrie, avec ou sans consentement du sujet. Les soins ultérieurs seront dispensés dans des services, ouverts ou fermés, pour nombre d'entre eux imparfaitement équipés, humainement ou matériellement. Les contraintes imposées à ces services les conduit souvent à privilégier la rapidité de la sortie sur le respect de la dignité et des droits des patients, voire sur leur stabilité clinique.

Section 1

La permanence des soins en psychiatrie ne permet pas de gérer respectueusement les situations de crise

La filière des urgences se trouve, de manière générale, incapable de prendre en charge les patients présentant des troubles psychiatriques aigus de manière digne et respectueuse.

La raréfaction des structures ambulatoires pouvant répondre aux situations de crises, conduit massivement les demandes vers

les services d'urgence des hôpitaux généraux. Leur saturation permanente aboutit à une sur hospitalisation de ces patients par un recours exagéré aux procédures de soins sans consentement.

I – Un effet multiplicateur du fonctionnement des urgences sur le nombre des mesures de soins sans consentement

Le parcours des malades « en crise » passe presque majoritairement par le service d'accueil et d'urgence (SAU) d'un hôpital général. Selon une étude de l'association des établissements du service public de santé mentale (ADESM)¹, près de 60 % des admissions en soins sans consentement sont initiées dans un service de médecine d'urgence.

Or, l'ensemble des contrôles opérés montre qu'aucun territoire ne dispose d'un schéma d'organisation des urgences psychiatriques, schéma pourtant rendu obligatoire par la loi du 26 janvier 2016 sur les services d'urgences². À ce titre, tout SAU doit garantir une possibilité de consultation psychiatrique et comprendre un infirmier doté d'une expérience en psychiatrie.

Ainsi, les différences constatées dans le traitement de la demande à partir des services d'urgence reposent sur les différents protocoles de prise en charge des troubles du comportement qui conduisent ou non, à trouble identique, selon les établissements, à une demande d'hospitalisation en soins sans consentement. Ces différences tiennent plus à la présence de psychiatres ou d'infirmiers psychiatriques dans les unités d'urgence, à l'existence de différents dispositifs (centre d'accueil psychiatrique, unité de crise, lits de 72 heures) qu'aux symptômes et au respect des droits du patient.

La situation de ces services, telle que constatée par les visites du CGLPL et par les nombreux interlocuteurs rencontrés, explique

1. Étude publiée dans Hospimédia, 20 mai 2019.
2. Modifié par l'article L. 3221-5-1 du code de la santé publique.

ce phénomène. Le souci d'un urgentiste étant de gérer au mieux le flux des entrées, il s'efforcera d'orienter au plus vite le patient, et encore plus vite le patient agité, pour lequel la structure n'est souvent pas adaptée. Sauf exception, un SAU n'offre ni la sérénité ni la disponibilité d'interlocuteurs pour prendre le temps d'obtenir le consentement de la personne à se soigner. La solution la plus rapide pour faire hospitaliser est d'initier une demande d'admission en soins sans consentement. Faute également de personnel pour rechercher, si nécessaire, un tiers susceptible de signer la demande, ou pour convaincre le tiers présent s'il se montre réticent, l'admission se fait sur le régime de péril imminent. Ainsi, se retrouve hospitalisée en soins sans consentement, avec les conséquences qui s'y attachent en termes d'atteintes à ses droits, à sa liberté et à la confidentialité de sa situation¹, une personne qui, si on avait pris les moyens matériels et humains de gérer la crise, de conduire un entretien avec un soignant spécialisé, aurait pu consentir à une admission en soins libres ou à des soins en ambulatoire. Facteur aggravant, si le patient est consentant à une hospitalisation mais qu'il n'y a pas de lit disponible dans l'établissement public de santé mentale (EPSM) de référence, l'admission en soins sans consentement sera utilisée pour forcer l'admission dans un établissement agréé alors même que la loi donne quarante-huit heures aux services des urgences pour organiser le transfert du patient vers le service pertinent.

Ainsi, bien que les urgences disposent de ce délai pour poursuivre la prise en charge², le patient est soit directement remis aux établissements psychiatriques, parfois sans examen somatique

1. La mesure de soins sans consentement fait l'objet d'une inscription dans le fichier tenu par l'ARS et géré par l'outil HOPSYWEB.

2. Article 3222-2 du code de la santé publique : « Lorsqu'un malade hospitalisé dans un établissement autre que ceux mentionnés à l'article L. 3222-1 est atteint de troubles mentaux tels que définis soit au I de l'article L. 3212-1, soit à l'article L. 3213-1, le directeur de l'établissement doit prendre, dans les quarante-huit heures, toutes les mesures nécessaires à la mise en œuvre de l'une des procédures prévues aux articles L. 3212-1, L. 3212-3, L. 3213-1 ou L. 3213-2. »

réal dans les heures qui suivent l'admission en service d'urgence, soit au contraire placé en attente durant plusieurs jours, éventuellement sur un brancard¹, le temps qu'une place se libère en hospitalisation complète de psychiatrie.

RECOMMANDATION 1

Chaque territoire doit définir un schéma des urgences psychiatriques garantissant un accès aux soins digne et respectueux des droits du patient.

Dans une majorité des cas, les contrôleurs ont même constaté une certaine anarchie dans les prises en charge des patients, dans une atmosphère de conflit et d'incompréhension, y compris au sein d'un même groupement hospitalier de territoire (GHT) voire d'un même service. La répartition des rôles entre urgentistes et psychiatres n'est presque nulle part protocolisée et débattue ; des pratiques d'isolement et de contention de patients présentant des troubles psychiatriques sont décidées par des urgentistes sans validation par les psychiatres, mises en œuvre dans des locaux rarement adaptés à ces patients en crise² et ne faisant l'objet d'aucune inscription dans un registre.

RECOMMANDATION 2

Les services d'urgence doivent disposer d'un espace d'apaisement spécifique aux patients en situation d'agitation et protocoliser des méthodes de prise en charge respectueuses des droits du patient et de sa dignité.

1. Cf. CGLPL, Recommandations en urgence relatives au centre hospitalier universitaire de Saint Etienne, publiées au *Journal officiel* du 1^{er} mars 2018.

2. Voir CGLPL, rapport de visite du centre hospitalier Henri Laborit à Poitiers, octobre 2010.

II – Substituer une offre de soins à l'actuel objectif d'orientation

Toute personne se présentant devant un infirmier d'accueil et d'orientation d'un SAU doit bénéficier d'un examen somatique par un médecin urgentiste avant que celui-ci sollicite un examen psychiatrique.

Par ailleurs, le service des urgences doit disposer des professionnels et des locaux adaptés aux entretiens avec les malades en crise, afin que ceux-ci ne soient pas seulement évalués et orientés.

La présence de psychiatres et d'infirmiers doit être assurée pour permettre des entretiens éventuellement répétés et d'une durée suffisante pour établir un lien thérapeutique avec le patient, de contacter et recevoir les proches. Les locaux – chambres et lits – doivent permettre de gérer la crise sans passer systématiquement par une hospitalisation dans un établissement spécialisé. Un tel dispositif contribue à l'émergence d'un consentement aux soins et, la situation étant apaisée, le patient peut être orienté vers des structures extra hospitalières.

De plus en plus d'établissements adossent les urgences psychiatriques aux urgences générales, permettant de bénéficier d'un plateau technique complet, avec quelques lits pour des hospitalisations courtes de 48 à 72 heures. On constate que plus de la moitié des patients qui y sont pris en charge ressortent, poursuivant ultérieurement des soins ambulatoires¹.

Les patients y bénéficient tous d'un examen somatique complet par l'urgentiste avant d'être confiés aux psychiatres.

RECOMMANDATION 3

La filière des urgences psychiatriques doit permettre une prise en charge en hospitalisation spécialisée de courte durée, en coordination avec les urgences générales et leur plateau technique.

1. Voir CGLPL, rapport de visite du centre hospitalier Edouard Toulouse à Marseille, octobre 2016 ; rapport de visite du centre hospitalier régional universitaire de Tours, décembre 2017.

III – Dans les services d'urgence, des pratiques de contrainte et de contention non tracées

Dans la majorité des services d'urgence, les pratiques de contention et d'isolement qui y sont régulièrement constatées ne sont pas tracées alors que le respect des droits du patient le requiert.

En effet, la conférence de consensus établie par la Haute autorité de santé, la fédération hospitalière de France et l'agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé en 2004 a adopté une recommandation relative à « la liberté d'aller et venir dans les établissements sanitaires et médico-sociaux, et obligation de soins et de sécurité ». Cette recommandation indique 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 doit 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 faire l'objet d'une information rapide à l'entourage. »

Ainsi les restrictions de circulation, dont la contention et l'isolement aux urgences, doivent faire l'objet d'un protocole spécifique et être tracées dans un registre. Tel est rarement le cas.

RAPPORT DE VISITE DU CENTRE HOSPITALIER DU FOREZ À MONTBRISON (2017)

« Presque toutes les tentatives de suicide font l'objet de ce type de placement. 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. »

RECOMMANDATION 4

La loi doit prévoir qu'au même titre que toute autre mesure de privation de liberté, les mesures d'isolement et de contention prises dans les services d'urgence soient tracées dans le dossier du patient ainsi que sur un registre spécifique.

IV – Le dévoiement juridique des soins sous contrainte

Dans les services d'urgence, dans un souci d'efficacité, sous-tendu par le principe de précaution, le patient est orienté rapidement vers un service de psychiatrie en vue de sa mise à l'abri mais également pour protéger la société de ses éventuels et supposés débordements.

On constate qu'outre que les mesures en soins sans consentement sont initiées par les services d'urgence, elles sont de façon importante prises selon le mode du péril imminent alors qu'il s'agit d'une procédure d'exception. Ce mode d'admission est en augmentation importante puisque inexistant avant 2011, il a rapidement atteint la proportion de 21 % des mesures de soins sans consentement en 2015¹, augmentant encore à 24 % en 2018.

Or, les modalités de ce régime, qui impose à un directeur d'établissement d'admettre une personne sur le fondement d'un seul certificat médical, posent intrinsèquement un problème de respect des droits ainsi qu'il sera analysé ci-après (cf. chapitre 5, section 1).

V – Traiter sans hospitalisation les situations de crise et d'urgence

Si le taux de recours aux soins sans consentement varie dans un rapport d'un à six selon les départements, il est moins élevé dans les secteurs ayant développé des alternatives à l'hospitalisation², en amont des services d'urgences.

Les personnes éprouvant une difficulté psychique doivent pouvoir être reçues par des professionnels dans un entretien permettant d'éviter que leur état n'empire en crise. Le recours aux psychiatres de ville, qui n'ont aucune obligation d'astreinte, n'est pas toujours possible à tout moment et en tous lieux. Les services extrahospitaliers des secteurs de psychiatrie doivent être en mesure de recevoir ces personnes, singulièrement lorsqu'il s'agit de patients qu'ils suivent déjà et connaissent. Les jours

1. Questions d'économie de la santé, n° 222, février 2017, *Les soins sans consentement en psychiatrie : bilan après quatre années de mise en œuvre* par Magali Coldefy (IRDES), Sarah Fernandes (ORU-Paca, Université Aix-Marseille), avec la collaboration de David Lapalus (ARS PACA).

2. *État des lieux de la contrainte en France* par Magali Coldefy, IRDES, et Coralie Gandré, INSERM.

et plages horaires d'ouverture de ces services doivent être plus étendus qu'actuellement – où la plupart ferment avant 18h et ne fonctionnent pas le week-end –, notamment en début de soirée et le samedi, et prévoir la présence à tout moment d'un professionnel disponible pour la prise en charge de ces situations.

Des expériences sont déjà conduites et montrent leur efficacité, que ce soit à travers l'ouverture de centres médico-psychologiques (CMP) 24h/24¹, la mise en place d'un numéro de téléphone unique où peuvent être joints à tout moment infirmière ou médecin², des hôpitaux de jour avec une place « de crise »³ ou, comme au centre hospitalier d'Armentières (Nord), un ensemble de dispositifs ambulatoires ayant permis une « hospitalisation » hors des murs.

RAPPORT DE VISITE DU CENTRE HOSPITALIER DE LANDERNEAU (2015)

« L'amplitude d'ouverture du CMP de Landerneau – du lundi au samedi de 8h30 à 21h, les dimanches et jours fériés de 13h30 à 21h – et l'existence d'une permanence téléphonique en dehors des heures d'ouverture contribuent à diminuer le nombre d'hospitalisations et en particulier le nombre d'hospitalisations en soins sans consentement. »

Sans qu'il soit question de généraliser un repérage des personnes ayant besoin de soins, repérage difficilement conciliable

1. Voir CGLPL, rapport de visite du centre hospitalier spécialisé de Rouffach, septembre 2018.

2. CGLPL, deuxième visite du centre psychothérapique de l'Ain à Bourg-en-Bresse, juin 2019 (rapport en cours d'élaboration).

3. Voir CGLPL, rapport de visite de l'établissement de santé mentale des portes de l'Isère à Bourgoin-Jallieu, janvier 2019.

avec le respect de la vie privée, les services de visite à domicile des personnes déjà suivies doivent être multipliés ainsi que les équipes mobiles pour répondre à une demande exprimée.

De même, développées depuis trente ans, des équipes mobiles sont extrêmement diversifiées tant dans les publics concernés (précarité, adolescence, personnes âgées, addictions, périnatalité, médicosociale, crise) que dans l'intensité et la durée de prise en charge : de quelques jours à quelques mois, de plusieurs fois par jour à une fois par semaine, ainsi que dans leur positionnement au sein des dispositifs de soins : alternative à l'hospitalisation ou postérieure à celle-ci. Rares cependant sont les équipes mobiles constituant un dispositif d'intervention et de crise¹.

L'une des premières à se mettre en place, l'équipe rapide d'intervention et de crise (ERIC) intervient depuis 1994 sur le territoire du sud du département des Yvelines. ERIC a pour objectif d'intervenir en amont de l'hôpital afin d'offrir, le plus tôt possible, une alternative à l'hospitalisation en s'appuyant sur l'engagement et les compétences de l'entourage du patient. L'équipe d'urgence (un psychiatre et un infirmier ou un psychologue), disponible 24 h/24, peut réaliser un suivi de crise en post-urgence pour une durée maximale d'un mois qui garantit la continuité des soins. Ce suivi intensif permet la prise en charge de pathologies psychiatriques sévères à domicile, le traitement à domicile de la crise et favorise, si nécessaire, la poursuite de soins spécialisés. L'étude d'impact de l'activité d'ERIC suggère que l'intervention de crise à l'extérieur de l'hôpital constitue un mode d'accès aux soins privilégié ; l'hospitalisation ne concerne qu'un tiers des patients initialement rencontrés. La possibilité d'inclure, dans le suivi de post-urgence, une hospitalisation de durée brève est utile, permettant à la majorité des patients une sortie dans les 48 heures avec un suivi ambulatoire. L'intervention de crise diminue significativement, au cours des deux années qui suivent,

1. Moins d'une dizaine, selon Kannas Serge, Pastour Nicolas, « Un demi-siècle de développement des équipes mobiles en psychiatrie : constats et perspectives », *L'information psychiatrique*, 2019/4 (Volume 95), p. 237-243.

la durée et le nombre d'hospitalisations (deux fois moindres) en comparaison avec des patients ayant bénéficié du suivi habituel et d'une hospitalisation en urgence d'emblée¹.

TRIESTE (ITALIE), UNE VILLE SANS HÔPITAL PSYCHIATRIQUE DEPUIS 1977.

L'organisation des soins psychiatriques de la province de Trieste repose presque exclusivement sur une prise en charge ambulatoire. Elle est possible grâce au mode de fonctionnement de quatre centres de santé mentale, qui offrent non seulement un accueil et des soins 24 h/24 mais également, avec six lits, la possibilité d'héberger, pour quelques jours des personnes en crise, évitant leur hospitalisation, favorisant le développement d'une alliance thérapeutique et l'adhésion aux soins, permettant l'amorce, s'il n'existe pas déjà, d'un suivi ambulatoire. Dans cette organisation, la contrainte est exceptionnelle et résulte d'une décision judiciaire. Par ailleurs, l'hôpital général de la ville comporte un service d'urgence psychiatrique ouvert qui accueille pour quelques jours en hospitalisation des patients décompensés.

RECOMMANDATION 5

Les personnes en crise doivent pouvoir être traitées prioritairement en dehors de l'hôpital, notamment à leur domicile, dans des centres médico-psychologiques, ou tout autre dispositif pouvant les accueillir plusieurs jours, jusqu'à résolution de l'épisode.

1. Kannas, Serge, Robin, M. et al. *Étude d'impact d'un service mobile d'urgence médico-psychologique sectorisé (ERIC) comme alternative au traitement des urgences psychiatriques*, rapport à l'Inserm et à la CNAMTS, programme 1994-1998, contrat n° 4AE205.

Section 2

L'intérêt thérapeutique et le respect de la dignité et des droits du patient pâtissent souvent de choix ou de contraintes organisationnels

Le soin des patients constitue la mission première de l'hôpital. On est donc en droit d'attendre que les critères d'évaluation de son organisation priorisent l'intérêt du patient, notamment la pertinence thérapeutique des choix.

L'analyse des fonctionnements des établissements lors des visites du CGLPL, des modes de leur financement, des indicateurs de leur évaluation montre pourtant la faiblesse du critère de respect de la dignité et des droits des patients dans l'appréciation de leurs performances.

I – Dans les moyens alloués

Dans l'hôpital général, le service de psychiatrie est souvent le parent pauvre¹ avec non seulement des bâtiments vétustes, mal entretenus contrastant avec des services de médecine ou de chirurgie modernes et rutilants, mais également avec une dilution des budgets spécifiques alloués à la psychiatrie dans le déficit hospitalier général : perte de moyens, diminution du personnel.

RECOMMANDATION 6

Dans les hôpitaux généraux, le rapport financier de l'établissement doit comporter une partie sur le financement de l'activité psychiatrique explicitant notamment la dotation annuelle de fonctionnement attribuée, la part de cette dotation affectée aux services communs avec une justification en comptabilité analytique.

1. Voir pour un exemple parmi d'autres : CGLPL, rapport de visite du centre hospitalier de Saint-Nazaire, août 2018.

Dans les hôpitaux psychiatriques spécialisés, historiquement mieux dotés en personnel et en structures de soins, les fréquentes mesures de retour à l'équilibre avec des restrictions budgétaires portant essentiellement sur une diminution des équivalents temps pleins infirmiers entraînent une raréfaction des activités thérapeutiques et occupationnelles. Ces restrictions de personnel sont également à l'origine de fermetures de structures externes afin de maintenir une offre d'hospitalisation suffisante en tant qu'établissement autorisé en psychiatrie mais aboutissant dans de nombreux cas à une fragilisation de l'offre de soin extra hospitalière avec un démantèlement des structures sectorielles.

Ce souci d'équilibre financier, entraîne également une limitation de la durée d'hospitalisation, malgré la pénurie de médecins hospitaliers et le manque de formation psychiatrique des infirmiers diplômés d'État (IDE)¹ dont le parcours d'apprentissage ne comprend, au minimum, qu'un stage de cinq semaines en psychiatrie². La nécessité de traçabilité et de codage de tout acte dans le but de valorisation de l'activité et de constitution d'outils pour appuyer et justifier les demandes financières enferme les professionnels du soin dans des tâches administratives de plus en plus nombreuses, vides de sens, chronophages, et restreint le temps passé avec les patients.

L'augmentation importante des demandes de soins sans consentement selon la procédure de péril imminent témoigne de ces dysfonctionnements comme en témoigne l'augmentation constatée dans les services de psychiatrie générale des levées des

1. Le décret du 23 mars 1992 et l'arrêté du 30 mars 1992 relatifs au programme des études en soins infirmiers ont mis fin aux études séparées des infirmiers de secteur psychiatrique et des infirmiers de soins généraux. La formation spécifique qui comprenait trois années dont une première année commune à la formation des infirmiers en soins généraux, une année de psychopathologie et une de nosographie psychiatrique, n'existe plus.

2. Et dans le meilleur des cas, deux stages de dix et quinze semaines.

mesures de soins sans consentement les lundis après des week-ends où la présence psychiatrique est moins importante.

Orienté rapidement, confié à des services en perpétuels remaniements, le patient subit des soins dont le sens échappe autant à lui-même qu'à l'équipe qui les prodigue.

RECOMMANDATION 7

Les effets des restrictions budgétaires associés au maintien de l'obligation d'accueil des patients en soins sans consentement entraînent un appauvrissement des structures extra hospitalières et, par suite, une augmentation des ré-hospitalisations. Ce phénomène doit être inversé par un financement adapté à la hauteur des besoins effectifs de prise en charge.

II – Dans l'organisation des soins

A – Le projet d'établissement

On constate que dans les modalités de fonctionnement des structures, les considérations autour des patients et du respect de leurs droits ne trouvent pas une place suffisante, ne sont pas une donnée primordiale ou sont éclipsées par des contraintes de gestion.

Tel est le cas lorsqu'un projet d'établissement est insuffisamment porteur d'une réflexion et d'une dynamique collective¹. Il est parfois même inexistant². Or la démarche d'élaboration d'un projet d'établissement est l'occasion d'une réflexion

1. Voir CGLPL, rapport de visite du centre hospitalier de Lannemezan, septembre 2018.

2. Voir CGLPL, rapport de visite du pôle de psychiatrie du centre hospitalier de Dax, décembre 2017 ; rapport de visite du centre hospitalier d'Agen, juillet 2019 ; rapport de visite du centre hospitalier Nord-Deux-Sèvres à Thouars, mars 2019.

commune sur le sens de l'activité, de détermination des objectifs et des priorités. Une fois adopté, il constitue une référence partagée déclinée à chaque niveau (pôle, unité) et un repère guidant dans les choix ultérieurs. Il est également un élément d'attraction pour le recrutement de praticiens. À l'inverse, son absence ou son caractère purement formel, traduit un déficit de réflexion institutionnelle, un manque de repères sur le fonctionnement de l'établissement qui devient alors plus subi que porté par les personnels. Les conséquences sur la mobilisation des soignants sont immédiates : démobilisation, repli sur l'exécution des procédures sans initiative ou réflexion. Les premières à en souffrir sont les équipes, et par voie de conséquence les patients. Il ne s'agit pas de conférer naïvement à l'élaboration du projet d'établissement la vertu d'aplanir toutes les difficultés mais de témoigner de ce qui a été souvent constaté : la déficience de cette démarche s'accompagne souvent d'un délitement de la cohésion, d'une perte de sens pour une action de soin qui est nécessairement collective et doit s'inscrire dans la durée. Il a souvent été témoigné aux contrôleurs « on ne voit plus ce que l'on fait ». Le fonctionnement de l'établissement devient une fin en soi au détriment de la vigilance sur la qualité de la prise en charge.

Enfin, le défaut de politique institutionnelle soutenante favorise le fonctionnement « en silos », fait le lit des cloisonnements, des replis sur le pôle ou l'unité privant les professionnels des échanges, des salutaires ré-interrogations sur les pratiques, l'habitus du lieu gouverne les modalités de prise en charge au quotidien et on fait « parce qu'on a toujours fait comme ça ».

Choisir de spécialiser les unités en fonction des pathologies et non du secteur, créer des unités spécifiques connotées négativement – « malades agités et perturbateurs », « longue évolution », « gravement déficitaires » – entraîne une stigmatisation des patients et parfois même des dérives. Le dommage que peuvent causer de telles organisations a été poussé à des extrémités dans le fonctionnement du centre psychothérapique de l'Ain à

Bourg-en-Bresse tel qu'il avait été constaté en 2016 avant d'être totalement repensé lors du contrôle de 2019¹.

RECOMMANDATION 8

Une attention particulière doit être apportée à l'élaboration collective du projet d'établissement dans une démarche participative du personnel. Les choix et objectifs arrêtés doivent être prioritairement évalués à l'aune du respect de la dignité et des droits des patients.

B – La ressource médicale

Alors que le motif de l'hospitalisation est d'apporter des soins, ceux-ci ne sont pas toujours prodigués avec la régularité ou l'intensité que l'état de santé du patient nécessite. La démographie médicale déclinante parfois conjuguée à l'organisation locale pèsent sur le droit des patients à recevoir dans des conditions adaptées les soins dont ils ont besoin.

Les conditions d'activité des établissements sont très dégradées par la raréfaction des psychiatres. À l'exception de quelques établissements contrôlés qui offrent aux praticiens les conditions d'exercice favorables – localisation, ouverture sur la recherche, perspectives de carrière – tous les établissements et services psychiatriques souffrent d'un déficit de médecins. Les diverses mesures prises pour pallier, recours à des généralistes, à des médecins étrangers, des intérimaires, ne compensent que partiellement la carence.

Les médecins généralistes qui sont recrutés avec la condition de se former à la psychiatrie ne sont pas, au début de leur pratique, compétents, éventuellement mal appréciés par leurs

1. Voir CGLPL, recommandations en urgence relatives au centre psychothérapeutique de l'Ain à Bourg-en-Bresse publiées au *Journal officiel* du 16 mars 2016. Ce centre hospitalier a fait l'objet d'une deuxième visite de contrôle en juin 2019, à l'issue de laquelle le CGLPL a salué l'évolution remarquable du fonctionnement de l'établissement.

collègues praticiens hospitaliers et partent vers des cieux plus heureux ou plus lucratifs lorsqu'ils sont formés.

Les intérimaires sont coûteux et n'apportent qu'une offre « libérale » de consultation de psychiatrie lorsque les périodes d'intérim sont très courtes. Ils ne font alors que passer auprès des patients, n'assurant que les urgences et l'établissement des certificats. Leur investissement dans le travail institutionnel est quasi inexistant. Il n'est désormais plus rare de voir fonctionner quelques services avec un défilé de médecins intérimaires différents chaque semaine, sans cohérence de la prise en charge globale du patient, sans respecter le lien particulier qui peut exister entre un patient et son psychiatre, sans donc un respect de l'accès aux soins de qualité que sont en droit d'attendre les patients. Ces phases d'intérimaire de courte durée doivent donc être prohibées au profit de durée d'intérim permettant l'implication dans le fonctionnement de l'équipe du service et une continuité des soins *a minima*.

RECOMMANDATION 9

La durée d'emploi d'un médecin psychiatre intérimaire extérieur à l'établissement de santé mentale ne doit pas être inférieure à trois mois.

Les médecins à diplômes étrangers n'ont pas toujours une formation identique à celle de leurs homologues français. Par ailleurs, les médecins imparfaitement francophones sont parfois mal compris par les patients : dans un hôpital, ceux-ci demandaient au soignant après la consultation avec l'un de ces praticiens « vous avez compris ce qu'il a dit le médecin ? ».

RECOMMANDATION 10

Avant d'autoriser l'exercice de la psychiatrie par des médecins à diplôme étranger, le conseil de l'Ordre doit s'assurer de leur maîtrise suffisante de la langue française.

Cette raréfaction médicale impacte directement le fonctionnement des unités. Outre une présence médicale insuffisante auprès des patients, les équipes soignantes souffrent d'un manque d'étagage, alimentant un sentiment de flottement, voire d'abandon. Les médecins n'ont plus le temps d'assurer une formation *in situ* des infirmiers ; les réunions de synthèse sont espacées ou inexistantes. Les praticiens qui sont de plus chargés de tâches administratives, renâclent parfois à s'investir dans le travail institutionnel, comme le montre leur peu d'appétence pour les fonctions de chef de pôle ou la participation aux divers groupes de travail.

C – Les modalités de dispensation des soins

La qualité des soins psychiatriques exige la présence quotidienne d'un psychiatre. Fortement dépendante non seulement de la vacance de postes mais également de leur répartition, elle n'est pas partout garantie en journée. Lorsque les patients ne voient plus suffisamment le psychiatre, parfois seulement tous les quinze jours¹, les hospitalisations sont plus longues, les restrictions de liberté perdurent au-delà du nécessaire ; la permanence des soins de jour n'est pas efficace car le médecin ne règle que les urgences et les admissions.

La diversité et l'inégalité selon les établissements est également criante dans l'accès aux soins somatiques : les postes de médecin généraliste sont incomplètement pourvus et le fait, pour un service psychiatrique, d'être installé dans un hôpital général ne garantit pas aux patients l'accès aux soins somatiques². Les examens sont pratiqués dans des conditions précaires, la permanence des soins est imparfaitement assurée rendant problématique la

1. Voir CGLPL, rapport de visite du centre hospitalier d'Agen, juillet 2019.

2. Voir CGLPL, rapport de visite du centre hospitalier intercommunal de Poissy, février 2014 ; CGLPL, rapport de visite du centre hospitalier régional universitaire de Tours, décembre 2017.

gestion des urgences. Parfois les consultations de spécialistes en ville sont difficiles à obtenir, éventuellement en raison de la réticence de ceux-ci ¹.

RAPPORT DE VISITE DU CENTRE HOSPITALIER RÉGIONAL UNIVERSITAIRE DE TOURS (2017)

« Aucun médecin somaticien n'intervient dans les unités du pôle de psychiatrie. L'examen somatique initial – lorsque les patients ne sont pas passés par le service des urgences – et le suivi des pathologies somatiques chroniques sont assurés par les médecins psychiatres ou les internes, voire les externes, éventuellement présents, sans supervision d'un somaticien. La prise en charge des situations aiguës varie d'un site à l'autre : sur le site de Bretonneau les internes des spécialités concernées se déplacent dans les unités, sur le site de Trousseau les patients sont transportés aux urgences et à la clinique psychiatrique universitaire, il est fait appel au SAMU.

Si les patients de psychiatrie ont théoriquement accès à l'ensemble des spécialités du CHRU, selon les informations fournies, ils ne seraient pas traités avec les mêmes égards que les patients *lambda*. De nombreuses difficultés d'accompagnement, d'obtention de rendez-vous et de durée d'hospitalisation en « médecine chirurgie obstétrique » – MCO (qui sont parfois écourtées pour ce type de patients au prétexte qu'ils disposent d'un lit en psychiatrie) ont été signalées aux contrôleurs. »

En revanche, on peut rencontrer le meilleur avec l'organisation d'un service de médecine générale suffisamment pourvu et

¹. Voir CGLPL, rapport de visite du centre hospitalier spécialisé de Blain, juin 2018.

des médecins de garde le soir et le week-end¹, une intégration du généraliste au projet de soin et aux réunions cliniques.

RECOMMANDATION 11

L'accès aux soins somatiques doit être garanti pour tous les patients en soins sans consentement hospitalisés et le médecin généraliste doit être intégré au projet de soin et à son suivi.

Les contrôles opérés dans les établissements confirment la prégnance des problèmes addictologiques parmi les patients pris en charge, que cela concerne le tabac, l'alcool ou le cannabis. Il est de plus en plus recouru à l'addictologie mais les moyens qui y sont consacrés ne permettent pas encore une prise en charge de tous les patients qui la requerraient.

RECOMMANDATION 12

Un recours à l'addictologie doit être assuré dans tous les établissements prenant en charge des patients en soins sans consentement.

Les conséquences sur les infirmiers et aides-soignants de la politique de gestion des ressources humaines, qui partout donne la priorité à la rigueur financière, alimente un cercle vicieux dommageable autant pour les soignants que pour les patients : la formation initiale embryonnaire à la psychiatrie et l'effectif des équipes trop faible favorisent la déshérence des patients et la montée des

1. Voir CGLPL, rapport de visite du centre hospitalier spécialisé de Castelluccio à Ajaccio, avril 2017 ; rapport de visite du centre hospitalier de Lannemezan, septembre 2018 ; rapport de visite du pôle psychiatrique du centre hospitalier intercommunal de Meulan-Les Mureaux, janvier 2017.

tensions difficile à gérer. Ces phénomènes alimentent un cercle vicieux assorti d'une démobilitation des professionnels et d'absentéisme non compensé. Les demandes de formation continue ne peuvent être honorées faute, encore, de possibilité de remplacement, comme la participation au travail institutionnel, deux éléments qui pourtant, renforcent compétence et motivation.

Or les nombreux contrôles opérés ces dernières années montrent que la question de l'organisation des plannings et des remplacements devient cruciale. Les remplacements ne pouvant être assurés, on voit souvent les équipes passer de l'effectif « normal » à l'effectif de « sécurité », qui comme sa dénomination l'indique n'assure que la sécurité des patients, puis, à l'effectif du mode « dégradé ». Si l'effectif qualifié de « normal » que l'on constate de quatre à cinq soignants pour vingt-deux à vingt-cinq patients permet, sous réserve d'une bonne organisation, d'assurer les entretiens, les sorties, les activités, l'humanisation des phases de crise à plusieurs et les tâches administratives, l'effectif de « sécurité » à deux soignants, limite l'activité des infirmiers à un rôle de « gardiennage » éloigné du soin, les dépossédant de leur rôle propre d'initiative, d'activité et d'observation, pour les restreindre au seul rôle prescrit. Il a été largement témoigné aux contrôleurs que ces situations conduisent à une perte de sens de leur mission pour les soignants et de sens de leur hospitalisation pour les patients.

RAPPORT DE VISITE DU CENTRE HOSPITALIER DE NOVILLARS (2016)

« Malgré la volonté affichée d'offrir une prise en charge de qualité à l'ensemble des patients, les moyens humains sont insuffisants et conduisent le personnel soignant à adopter des pratiques portant atteinte à la liberté d'aller et venir et à la dignité des patients. Ainsi, dans une unité de long séjour qui accueille principalement des patients présentant des troubles

graves du comportement, un seul soignant est présent durant la nuit. En conséquence les patients sont systématiquement enfermés dans leur chambre durant toute la nuit alors même que ces chambres ne sont pas équipées de sanitaires, ni de sonnettes d'appel. »

Pour pallier ces difficultés, les gestionnaires dégradent souvent l'organisation des soins comme le constatent les contrôleurs lors de leurs visites : diminution des temps de transmission voire suppression¹, remplacement des infirmiers par des aides-soignants, gestion de la pénurie de soignants par des mutations de personnel de dernière minute d'un service à un autre parfois sans rien de commun, comme l'envoi d'infirmiers de psychiatrie générale en pédopsychiatrie, ou en maison d'accueil spécialisée, et inversement.

Les modes locaux de gouvernance se révèlent parfois plus soucieux des objectifs de gestion et secondairement, de la satisfaction des personnels – en pratique de la minimisation leur insatisfaction –, que du respect des droits des patients et de l'accès aux soins.

Les soignants ont besoin de donner du sens à l'hospitalisation, de réfléchir aux modes de prise en charge, de remettre le sujet au centre de ses soins, de préparer son retour à une vie sociale adaptée ; tout cela demande du temps et du personnel formé autant à l'écoute du patient qu'à l'analyse des pratiques et des logiques institutionnelles.

RECOMMANDATION 13

L'organisation des soins doit répondre aux besoins : les effectifs de soignants présents auprès des patients doivent être suffisants pour leur permettre l'exercice des soins de psychiatrie, y compris des activités thérapeutiques et occupationnelles intégrées au projet de soin.

1. Voir CGLPL, rapport de visite du centre hospitalier du Gers à Auch, mars 2019.

Pressées, peu ou mal formées, confrontées à des injonctions paradoxales, sans les supports de réflexion et d'élaboration que sont les réunions de synthèse ou les supervisions, les équipes de soins font état de leur épuisement et du recours à l'enfermement et à la contention comme seule alternative à des agitations ou par crainte (anticipation) de comportements potentiellement violents. Les restrictions de liberté comme le refus d'accès au téléphone, à l'ordinateur, aux sorties, au tabac, l'obligation du port du pyjama sont autant de réponses en miroir de professionnels désarmés par des demandes de prises en charge non pensées et non « élaborables » par manque de temps.

RECOMMANDATION 14

Les établissements doivent organiser l'accès des professionnels à une supervision, indépendante de la structure et réalisée sur leur temps de travail.

D – L'impératif de gestion des flux conduit à une violation de droits fondamentaux

Ce délitement de l'organisation aboutit aussi à un fonctionnement centré sur la gestion du flux de patients, qu'il faut à tout prix héberger, quelle que soit la qualité du soin alors apportée, ou qui n'est plus apportée. Comme si l'hébergement constituait à lui seul une prise en charge suffisante alors même qu'aucun soin ne peut s'engager dans ces conditions.

Outre le mésusage des mesures de soins sans consentement pour assurer les admissions, la sur occupation amène les établissements à recourir à des changements de chambres et de service, y compris en pleine nuit, avec ce que cela occasionne

comme perturbations psychologiques pour le patient¹ ou à l'installation de mineurs parmi des majeurs².

Enfin et de manière plus fréquente, les directions d'établissement utilisent les chambres d'isolement en tant que chambres hôtelières.

RAPPORT DE VISITE DU CENTRE HOSPITALIER SPÉCIALISÉ DE BLAIN (2018)

« Faute de chambre disponible, des patients nouvellement admis sont parfois hébergés en chambre d'isolement. De même, certains patients ayant fait l'objet d'une mesure d'isolement doivent demeurer en chambre d'isolement plus longtemps que le strict nécessaire, leur chambre ayant été réquisitionnée pour une nouvelle admission. Selon les témoignages recueillis auprès de patients, ces derniers appréhendent de ne pas retrouver leur chambre à leur retour de permission de sortie. »

RECOMMANDATION 15

Le séjour d'un patient en soins sans consentement ne peut se faire que dans une chambre hôtelière, y compris s'il est amené à séjourner le temps nécessaire à la résolution de la crise dans un espace dédié, comme une chambre d'isolement. Le patient doit être en mesure à tout moment de réintégrer sa propre chambre d'hospitalisation. À cette fin, les logiciels de gestion des lits ne doivent pas intégrer les chambres d'isolement ou d'apaisement.

1. Voir CGLPL, rapport de visite du centre hospitalier Saint Jean de Dieu à Lyon, avril 2019 ; rapport de visite du centre hospitalier d'Agen, juillet 2019.

2. Voir par exemple CGLPL, recommandations en urgence relative au centre hospitalier du Rouvray à Sotteville-lès-Rouen publiées au *Journal officiel* du 26 novembre 2019.

Section 3

Malgré sa diversité, l'offre de soins ne répond qu'imparfaitement à l'hétérogénéité des besoins

L'organisation des soins montre une grande hétérogénéité, tant au niveau architectural qu'au niveau fonctionnel. Pour autant les différents publics peinent à trouver les structures adaptées à leurs spécificités.

I – La diversité touche tous les aspects du fonctionnement hospitalier

Le CGLPL n'a jamais visité deux établissements similaires. En effet, aucune règle n'est apportée sur l'organisation des établissements de santé depuis 1838. Cette diversité porte sur tous les éléments constitutifs des établissements : leur environnement géographique, l'organisation de leur offre, leur conception architecturale, leur capacité ou encore leurs moyens matériels et humains.

Au fur et à mesure des constructions des établissements et des idées des architectes, les modèles diffèrent complètement, des pavillons disséminés dans un immense parc (modèle asilaire) ou des unités constituant un village dans le cadre de la psychothérapie institutionnelle. Plus tard, le développement de la psychiatrie à l'hôpital général contraindra à installer les services de psychiatrie dans un étage du bâtiment de l'hôpital à l'instar de n'importe quel service de médecine-chirurgie-obstétrique, sans prendre en compte la spécificité des conditions et des durées de séjour des patients de psychiatrie.

Cette diversité touche aussi le statut de l'établissement : établissements publics de santé mentale (EPSM)¹, privé d'intérêt collectif (ESPIC) ou établissement à but non lucratif (EBNL),

1. Anciennement dénommés CHS : centre hospitalier spécialisé, bien que cette appellation perdure souvent.

centre hospitalier général (CHG) comportant des secteurs de psychiatrie ou encore centre hospitalier universitaire (CHU) comportant un service de psychiatrie sectorisé ou non sectorisé. On le verra plus loin, le statut juridique n'est pas sans incidence sur la prise en charge, notamment par le biais des moyens humains et financiers dévolus aux établissements et aux conditions matérielles d'hébergement.

Les capacités d'accueil – d'une vingtaine de lits dans certains services psychiatriques en hôpital général à près de mille au centre hospitalier interdépartemental de Clermont de l'Oise –, les moyens matériels et humains (postes de psychiatres plus ou moins bien pourvus) ou encore l'éloignement des centres urbains, sont autant d'éléments qui diffèrent considérablement d'un établissement à l'autre, pesant sur des conditions de prise en charge qui s'en trouvent tout aussi diverses.

II – L'offre de soins à destination des enfants et adolescents ne respecte pas les droits de l'enfant

Dès les origines de la politique de santé mentale, les textes réglementaires organisant l'offre de soins en psychiatrie infanto-juvénile ont mis l'accent sur le diagnostic et le traitement précoce. Si ces textes prévoyaient la mise en place de « secteurs de psychiatrie infanto-juvénile pour les enfants et adolescents correspondant à une aire géographique desservie par un ou plusieurs secteurs de psychiatrie générale », les modes de cure ambulatoire ou à temps partiel y étaient considérés comme « prioritaires afin de maintenir l'enfant dans son milieu familial et scolaire dans la mesure du possible ». Ils admettaient toutefois, qu'il y avait une « nécessité de créer ou de conserver des moyens d'hospitalisation » estimés dans un premier temps à vingt/vingt-cinq lits par département ¹.

1. Circulaire n° 443 du 16 mars 1972 relative au programme d'organisation et d'équipement des départements en matière de lutte contre les maladies et déficiences mentales des enfants et adolescents, complétée par la circulaire DGS/892/MS/1 du

Ces mêmes textes, qui instaurent une limite d'âge inférieure à 16 ans pour la prise en charge par les secteurs de psychiatrie générale, précisent que « l'âge limite des enfants pris en charge par les équipes de pédopsychiatrie [devait] être apprécié avec souplesse ».

À quarante ans de distance de ces textes fondateurs, qui sont toujours en vigueur, tous les acteurs s'accordent aujourd'hui¹ sur le constat d'une saturation extrême des structures ambulatoires pour enfants et adolescents. Les délais d'obtention d'un premier rendez-vous sont lointains, rendant illusoire un repérage précoce pourtant essentiel dans le domaine des troubles psychiques de l'enfant et de l'adolescent. En 2014, on comptait 2 257 lits privés et publics (1 635 en public) d'hospitalisation à temps complet en psychiatrie infanto-juvénile² pour 44 076 patients pris en charge par les secteurs de psychiatrie infanto-juvénile.

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

Les soignants des unités pour adultes qui accueillent ces enfants et jeunes se sentent mal armés pour aborder les problématiques présentées par ceux-ci (mise en danger, troubles du comportement, parcours institutionnels lourds), ainsi que

9 mai 1974 relative à la mise en place sectorisation psychiatrique infanto-juvénile ; Décret n° 86/602 du 14 mars 1986 relatif à la lutte contre les maladies mentales et à l'organisation de la sectorisation psychiatrique.

1. Sénat, rapport d'observation sur la situation de la psychiatrie des mineurs en France, avril 2017.

2. Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES) du ministère chargé de la santé.

pour mettre en place la prise en charge très individualisée qu'ils nécessiteraient. Dès lors, les soins apportés à ces jeunes patients mineurs dans les unités pour adultes consistent surtout à assurer une vigilance particulière à leur égard, pour les protéger autant que faire se peut de la confrontation avec les manifestations jugées traumatisantes de la pathologie de patients adultes, ou bien de risques d'agression. Ces mineurs sont ainsi placés dans des chambres à proximité des bureaux des soignants et dans des chambres individuelles. Ils peuvent aussi être placés dans les chambres d'isolement de ces unités sans justification clinique. Ce placement, effectué dans les mêmes conditions que celles faites aux adultes¹, constitue une solution extrême, atteinte inadmissible à leurs droits. La situation des mineurs a particulièrement retenu l'attention du CGLPL, qui a développé une analyse de leur situation et les recommandations qu'elle appelait dans un rapport thématique publié en 2017².

RECOMMANDATION 16

L'isolement d'un enfant ou d'un adolescent doit être évité par tout moyen ; cette pratique ne doit en aucun cas pallier l'absence de structure d'accueil adaptée à son âge.

RECOMMANDATION 17

Les enfants ou adolescents ne doivent pas être hospitalisés avec des adultes. Dans tous les cas, leur suivi doit s'exercer sous le contrôle étroit d'un médecin et d'une équipe formés spécifiquement à la pédiatrie et à la pédopsychiatrie.

1. Voir CGLPL, rapport de visite du centre hospitalier universitaire de Dijon, février 2019.

2. CGLPL, Les droits fondamentaux des mineurs en établissement de santé mentale, Dalloz, 2017.

III – Le séjour des patients porteurs de pathologies complexes est exagérément prolongé

Dans la grande majorité des établissements, séjourne une catégorie de patients, présents depuis de longs mois, voire de nombreuses années, porteurs de lourdes pathologies chroniques comme, par exemple, des patients présentant une psychose résistante, des patients cérébrolésés ou encore des patients aux troubles cognitifs importants ou aux comorbidités complexes.

L'examen des situations individuelles montre en général, qu'il serait simpliste de penser que ces patients pourraient tous bénéficier de structures d'accueil de type médico-sociales (MAS ou FAM¹, résidences accueil) ou alternatives mettant fin à une hospitalisation.

Une majorité de cette catégorie ont d'ailleurs une orientation MDPH² prononcée leur permettant théoriquement d'entrer dans un établissement médico-social. Cependant, les délais d'attente sont très importants. Plus encore, le profil de ces patients au lourd passé « psychiatrique » comme l'accompagnement nécessaire dans tous les actes ordinaires de la vie courante (se lever, boire, manger, se rendre aux sanitaires, etc.) sont autant de difficultés à leur bonne intégration dans des structures. Le déficit de places en structure adaptée conduit des établissements à placer les patients dans des établissements médico-sociaux en Belgique avec un financement par l'assurance maladie française : en 2017, 1 500 places pour les enfants, 6 109 pour adultes dont 3 188 relevant d'un financement par l'assurance maladie, tous handicaps confondus dont une majorité de handicaps psychiques³.

1. MAS : maison d'accueil spécialisée ; FAM : foyer d'accueil médicalisé.

2. MDPH : maison départementale des personnes handicapées.

3. Conférence nationale du handicap, rapport « prévention des départs non souhaités en Belgique ».

Les contraintes et le cadre hospitalier ne permettent pas une prise en charge garantissant la dignité, malgré la bonne volonté et les efforts de la part d'équipes soignantes qui s'épuisent, d'autant que les possibilités d'accueil temporaire dans les structures médico-sociales sont encore trop peu mobilisées par la psychiatrie.

Pour ces patients, l'établissement assure pleinement son rôle de service public et accueille ceux qui ne peuvent trouver de place ailleurs. Cependant, une réflexion gagnerait à être conduite sur le mode de prise en charge qui demeure, à ce jour, sur des schémas et des processus encore très hospitaliers : dispositions architecturales, déroulement des journées, attention portée aux soins sanitaires, règles de vie. L'établissement doit apporter des réponses plus originales et plus adaptées aux besoins des personnes concernées : espaces extérieurs aménagés, tolérance sur les règles d'hygiène, accent mis sur l'éducatif autant que sur le soin, conditions hôtelières plus ouvertes et moins institutionnelles (horaires de lever de repas, de coucher,) prise de risques inhérents à l'état des patients (sorties, contact avec la nature dont les animaux, etc.).

RECOMMANDATION 18

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

IV – Le traitement de la délinquance repose le plus souvent sur la répression et l'enfermement

A – Les impératifs sécuritaires sont implicitement intégrés

Depuis 1945 de nombreux rapports, lois et plans nationaux sur la psychiatrie et la maladie mentale ont été publiés

préconisant des ouvertures sur la ville, la cité¹. Cependant, à l'exception de la période d'instauration du secteur, les choix politiques portés par l'amalgame entre maladie mentale et dangerosité voire criminalité, ont toujours conduit au renforcement de la sécurité. Les divers rapports vont ainsi dessiner le profil du malade mental dangereux² avec pour objectif le contrôle social et pour corollaire l'enfermement. Ainsi que l'analyse Caroline Guibet Lafaye³ « La prévalence de rapports proposés par des non-médecins, en l'occurrence par V. Lamanda, Premier président de la Cour de Cassation, par Milon, sénateur, coïncide avec le déploiement d'une logique sécuritaire. Le rapport Milon (2009) récuse les soins en milieu ouvert au profit de l'enfermement⁴. La référence à l'actualité et à une actualité dramatique est explicite dans les rapports Fenech (2007) et Milon (2009, 2012), suggérant que le politique s'appuie sur cette actualité pour procéder à des modifications législatives, là où les conclusions des rapports, notamment réalisés par des médecins, lors des décennies précédentes, sont restées lettre morte ». La presse et l'opinion publique à l'occasion de ces drames vont abonder dans ce sens, aggravant la stigmatisation déjà en œuvre depuis la période asilaire, alimentant la représentation d'un malade mental, agressif, violent, loin de la réalité de sa souffrance.

1. Rapport Demay (1982), mission Cléry-Melin (1995), rapport Strohl (1997), rapport Piel-Roelandt (2002), rapport Robiliard (2013).

2. Rapport Burgelin (2005), rapport Garraud (2006), rapport Lamanda (2008), rapport Milon (2009).

3. Caroline Guibet Lafaye, Entre défense des droits et logique sécuritaire : l'ambivalence du traitement politique du psychiatrique, <https://hal.archives-ouvertes.fr/hal-01566376>, 20 juillet 2017.

4. « 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. » (Rapport Milon, 2009).

B – Les choix des soins proposés aux délinquants restent sans consensus

Lors des visites effectuées par le CGLPL, une partie de la communauté médicale se montre ambiguë sur ces dérives sécuritaires.

En pratique, les professionnels hésitent à ouvrir les portes des unités de soins qui accueillent des patients en soins sans consentement et des patients en soins libres, entravant ainsi gravement leur liberté d'aller et venir, au motif de la sécurité, de risque de « fugue », etc. Ce vocable fréquemment utilisé à la place de « sortie sans autorisation » témoigne bien de la perception d'un patient infantile et irresponsable.

S'agissant de patients admis sur décision du représentant de l'État (SDRE), les psychiatres font valoir que leur responsabilité est engagée en cas de problème et parfois citent les affaires qui ont mis en cause des psychiatres et qui ont été récemment jugées par des tribunaux correctionnels¹. Ainsi, même si elle ne reprend pas à son compte les représentations stigmatisantes des malades dont elle a la charge, la communauté médicale est obnubilée par la responsabilité qu'elle pense encourir en cas de passage à l'acte, quel que soit le patient et son mode d'admission. Le patient devient, en pratique, dangereux d'abord pour le risque juridique potentiel et présumé qu'il fait courir au médecin ou à l'établissement et s'en prémunir peut passer avant le respect des droits du patient.

RECOMMANDATION 19

Afin de lever leurs réticences à autoriser les sorties de leurs patients, les psychiatres doivent recevoir une formation juridique sur les conditions précises et réelles – au demeurant

1. En pratique, à ce jour, trois psychiatres ont été poursuivis et deux condamnés. Le contexte de la dernière condamnation est exceptionnel et constitue manifestement un cas d'espèce, la cour de cassation prend soin de rappeler la nature exceptionnelle des faits qui conduisent à la faute et le lien de causalité avec le dommage (Cf Cour de cassation, Chambre criminelle, 22 octobre 2019, N° de pourvoi 18-84001).

exceptionnelles – dans lesquelles leur responsabilité pour faute peut être engagée en cas de dommage causé par un de leurs patients.

C – Le renforcement des moyens sanitaires en milieu pénitentiaire n'apporte pas la réponse espérée

Le traitement de la délinquance ou des comportements délictuels ne relève pas de la psychiatrie, du moins pas à la hauteur du nombre des soins pénalement ordonnés qui suggère le contraire. En outre, le traitement psychiatrique proposé en milieu carcéral reste insatisfaisant.

Les traitements psychiatrique et pénal de la folie sont historiquement et intimement liés.

Dans un article intitulé « Politiques et pratiques de la psychiatrie en prison 1945-1986, des annexes psychiatriques aux services médico-psychologiques régionaux (SMPR) », Hélène Bellanger décrit et annonce le passage de l'organisation des soins d'abord psychiatriques puis somatiques de l'autorité du ministère de la justice vers le ministère de la santé : « À partir des années 1960 et jusqu'en 1977, quelques pionniers mirent en place cinq à dix structures psychiatriques dans quelques grandes maisons d'arrêt avec des objectifs, des pratiques et des moyens très hétérogènes. Leur action et leurs expérimentations permirent d'élaborer le cadre fondateur des "centres médico-psychologiques". Enfin de 1977 à 1986 : la psychiatrie en milieu pénitentiaire s'institutionnalisa, et fut prise en charge par le ministère de la santé d'abord avec la création de centres médico-psychologiques régionaux (circulaire du 28 mars 1977) puis les services médico-psychologiques régionaux (décret 86-802 du 14 mars 1986). À partir de cette date, la psychiatrie constitua "l'avant-garde de la santé publique en prison" et servira de modèle à la réforme de la prise en charge sanitaire des détenus par le service public hospitalier pour les soins somatiques en 1994. »

Pour autant, les moyens sont inégaux selon que l'on se trouve dans l'un des vingt-six établissements pénitentiaires dotés d'un service médico-psychologique régional (SMPR) ou si le patient est admis dans l'une des neuf unités hospitalières spécialement aménagées (UHSA)¹ créées par la loi Perben du 9 septembre 2002. Dans les autres établissements pénitentiaires (maison d'arrêt ou établissement pour peine), c'est le secteur où est implantée la prison qui assure les soins psychiatriques aux personnes détenues. Le CGLPL a ainsi observé des établissements où la prise en charge était réduite au minimum, faute de psychiatres en nombre suffisant dans l'établissement ayant signé le protocole avec l'établissement pénitentiaire en charge des soins. Toutefois, les pratiques de certaines UHSA, refusant l'admission de patients en crise, tout comme le déficit constaté de places dans ces unités, lors des contrôles, au regard des listes d'attente, obligent à une prise en charge dans les établissements de proximité. L'admission est alors nécessairement opérée sur décision du préfet et donc en soins sans consentement, même si le patient est demandeur de soins.

RECOMMANDATION 20

Les UHSA doivent à tout moment être en mesure d'admettre un patient en urgence.

RECOMMANDATION 21

Le programme de réalisation des UHSA doit être achevé afin d'atteindre les dix-sept unités prévues.

1. Lyon (Rhône), Orléans (Loiret), Villejuif (Val-de-Marne), Bordeaux (Gironde), Nancy (Meurthe-et-Moselle), Lille (Nord), Marseille (Bouches-du-Rhône), Rennes (Ille-et-Vilaine), Toulouse (Haute-Garonne).

Ces dernières années, de nouveaux moyens ont été attribués aux unités sanitaires en milieu pénitentiaire pour la création de centres d'activité thérapeutique à temps partiel (CATTP) afin de diversifier et d'intensifier la prise en charge des personnes détenues présentant des troubles psychiatriques. Mais l'existence d'un dispositif de soins psychiatriques en milieu carcéral offre la tentation d'y placer certains délinquants pour lesquels les institutions sanitaire et judiciaire « se renvoient la balle », faute de solution. Les multiples réincarcérations de certains patients-détenus illustrent cette question de la rechute ou de la récidive – selon le point de vue. Elles pointent les difficultés de la psychiatrie publique à s'articuler entre le dedans et le dehors et à être présente autant en institution que dans la cité sans rupture de prise en charge.

Ces difficultés sont particulièrement illustrées par la relation institutionnelle complexe entre les services de protection judiciaire de la jeunesse (PJJ) et ceux de pédopsychiatrie qui se montrent souvent incapables de coordonner efficacement leurs actions, chacun se renvoyant la compétence de la prise en charge de certains enfants. Ainsi, les enfants qui leur sont adressés alternent les séjours dans l'une ou l'autre de leurs institutions pour des mêmes comportements qualifiés tantôt de passage à l'acte délinquant, tantôt de troubles du comportement ou encore de troubles psychiques selon les interlocuteurs et l'enjeu de la prise en charge.

L'exercice de la psychiatrie en milieu pénitentiaire se heurte souvent à des injonctions paradoxales : l'incarcération d'un sujet suivi en psychiatrie s'accompagne fréquemment d'une rupture de soins, risque majoré par la détention, et entraîne ainsi très souvent l'aggravation des troubles psychiatriques préexistants.

L'expertise psychiatrique pourrait permettre d'éclairer les décisions d'incarcération dans ces situations ou la maladie mentale reste très prégnante mais, obligatoire en matière criminelle, elle ne l'est pas pour les délits, notamment ceux qui sont jugés en comparution immédiate. Or, ce mode de jugement permet peu aux comparants et à leurs conseils de

s'exprimer et d'indiquer qu'ils font l'objet d'un suivi psychiatrique. Ainsi, le nombre de personnes souffrant de pathologies psychiatriques actives qui se trouvent incarcérées croît régulièrement.

En matière criminelle, les experts retiennent rarement l'abolition du discernement dans les passages à l'acte, abolition conduisant à un jugement d'irresponsabilité pénale¹. S'ensuit pour l'auteur de l'acte, un séjour dans un service de psychiatrie fermé d'une durée extrêmement longue. La levée de la mesure, après cette très longue période, est soumise à l'autorisation de préfets hautement sensibilisés au climat sécuritaire, malgré des avis contraires et répétés des psychiatres, au motif parfois d'événements certes dramatiques mais sans lien avec le patient concerné².

D – Les réponses aux situations difficiles ne sont pas satisfaisantes malgré des dispositifs spécifiques

En dépit de la pratique de fermeture majoritaire des unités d'admission, on a vu augmenter une nouvelle catégorie d'unités fermées entre les unités classiques de psychiatrie générale et les unités pour malades difficiles (UMD) : les unités de soins intensifs en psychiatrie (USIP).

Une circulaire³ décrit les premières unités de soins intensifs en psychiatrie sur le territoire français : « dans chaque département au moins, une unité d'hospitalisation à temps complet doit être conçue pour recevoir, pour des séjours limités, des patients agités et perturbateurs dont la prise en charge est provisoirement contre-indiquée dans les unités d'hospitalisation en secteurs, mais qui ne relèvent pas pour autant d'un service pour malades difficiles. »

1. En application du 1^{er} alinéa de l'article 122-1 du code pénal.

2. Voir CGLPL, rapport de visite du centre hospitalier Alpes-Isère à Saint-Egrève, juin 2018.

3. Circulaire n° 5780 du 21 décembre 1987 relative à la planification en santé mentale et à la préparation de la mise en place de la carte sanitaire en psychiatrie.

Si la légitimité des UMD ressort des dispositions du décret n° 86-602 du 14 mars 1986, la création et le fonctionnement des USIP, dépourvue de cadre juridique, ne résulte que de la volonté des équipes médicales ou administratives des établissements confrontés à la gestion des patients « dangereux », ce à moyens constants ou avec les financements des agences régionales de santé (ARS).

Il s'agit d'unités fermées, intermédiaires entre les services de psychiatrie générale et les UMD et décrites comme présentant un cadre contenant pour des patients en crise ou des patients dont la prise en charge en secteur n'est pas adaptée, en raison de l'intensité de leurs symptômes, leurs troubles majeurs du comportement ou une dangerosité envers eux-mêmes.

Aujourd'hui treize USIP sont installées, essentiellement dans le Sud de la France ¹. En dehors de tout cadre juridique spécifique, elles accueillent pour une durée de deux mois renouvelables des patients admis sans leur consentement, orientés sur des indications variables en fonction du projet de service.

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

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

1. Ajaccio (Corse), Bron (Rhône), Cadillac (Gironde), Eygurande (Corrèze), Fort-de-France (Martinique), La-Roche-sur-Foron (Haute-Savoie), Montpellier (Hérault), Montpon-Ménéstérol (Dordogne), Nice (Alpes-Maritimes), Pau (Pyrénées-Atlantiques), Prémontré (Aisne), Sarreguemines (Moselle), Uzès (Gard).

RECOMMANDATION 22

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

E – La question de la responsabilité pénale n'est pas traitée clairement

La complexité de la prise en charge d'une personne présentant à la fois des troubles mentaux et des comportements déviants, entraîne souvent des atteintes à ses droits, banalisées par l'indifférence sociale.

Selon les statistiques les plus récentes¹, le nombre de malades mentaux en prison augmente régulièrement. Une nouvelle évaluation qualitative et quantitative permettrait d'avoir une juste appréciation. Ces personnes se trouvent incarcérées en raison de l'absence de diagnostic de leur état pathologique au cours des poursuites judiciaires (notamment lors d'une comparution immédiate) ou ont déclaré leur pathologie pendant l'incarcération.

La suspension de peine pour raison médicale prévue par la loi du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé, a été étendue aux motifs psychiatriques en 2014. Aucune suspension de peine ne semble avoir été prononcée pour ce motif.

RECOMMANDATION 23

La loi permettant la suspension de peine pour raison psychiatrique doit être appliquée ou révisée si elle s'avère inapplicable.

1. Enquête de prévalence sur les troubles psychiatriques en milieu carcéral, Professeur B. Falissard, CEMKA EVAL décembre 2004.

Durant leur séjour en prison, ces personnes atteintes de troubles psychiatriques auront à affronter plusieurs difficultés : la stigmatisation par leurs codétenus et parfois par le personnel de surveillance ; la difficulté de participer aux activités proposées par la détention (promenade, travail, scolarité, formation, activités socioculturelles) engendrant un isolement de fait pouvant aggraver leur état ; une difficulté d'accès aux soins psychiatriques, notamment dans les établissements dépourvus de SMPR ; une réelle difficulté d'admission dans une des neuf UHSA, étant donné le délai d'admission.

RECOMMANDATION 24

Le personnel médical et non médical des établissements psychiatriques doit être informé et sensibilisé sur les conditions d'incarcération des personnes détenues et les modalités de leur prise en charge par les unités sanitaires des établissements pénitentiaires.

Par ailleurs les patients détenus admis dans les établissements de santé en application de l'article L. 3214-3 du code de la santé publique selon les termes de l'article D. 398 du code de procédure pénale, connaissent des conditions indignes de prise en charge : un séjour presque systématique en chambre d'isolement, l'absence de promenade, d'activités et d'accès au tabac, une rupture des liens familiaux ; une atteinte permanente des droits des patients entrant dans le cadre de traitements inhumains et dégradants¹. Leurs séjours y sont souvent de trop courte durée pour obtenir une amélioration clinique notable.

1. Quelques établissements font exception, dont le centre hospitalier Alpes-Isère de Saint-Egrève (visite de juin 2018), le centre hospitalier spécialisé de Rouffach (visite de septembre 2018), le centre hospitalier spécialisé d'Uzès (visite de février 2018) et le centre hospitalier de Rodez (visite de janvier 2014).

RECOMMANDATION 25

L'hospitalisation de personnes détenues en service de psychiatrie générale ne doit en aucun cas s'accompagner de la violation des droits fondamentaux du fait de leur statut pénal. Seul leur état clinique doit être pris en considération par le personnel médical et soignant.

Section 4

Les locaux des hôpitaux demeurent souvent inadaptés au séjour et au travail thérapeutique

Certains des locaux dans lesquels sont installées les unités de psychiatrie portent intrinsèquement atteinte aux droits des personnes qu'ils accueillent.

Beaucoup d'entre eux ont été conçus et édifiés avec des normes de confort et pour des modalités de prise en charge qui ne sont plus d'actualité : aucune chambre individuelle ou en nombre insuffisant, sanitaires collectifs, absence de placard personnel fermant à clef. Pour des personnes dont les séjours se comptent au moins en semaines, souvent en mois, l'inconfort de telles conditions est une atteinte à l'intimité et à la dignité.

Les unités de construction récente disposent plus fréquemment de salles diverses (salon de télévision, bibliothèque, salles d'activité). Dans les bâtiments plus anciens, les espaces offerts aux patients sont généralement limités à une salle de « vie », qui, dans le pire – mais pas rare – des cas tient lieu de réfectoire, de salle d'activité et de salle de télévision, et d'interminables couloirs, dans lesquels ils déambulent sans autre but que de tuer le temps. La promiscuité est inévitable tout au long de la journée, le bruit est incessant en raison d'un téléviseur constamment allumé.

Les unités situées en immeuble n'offrent pas toujours d'espace à l'air libre accessible, où se détendre et se dégourdir le corps ou simplement fumer. Les pièces servant alors de fumeurs, lorsqu'elles existent, sont rapidement malodorantes, jaunies et sales.

Les soignants ne sont pas mieux lotis. Ils ne disposent pas toujours eux-mêmes d'espaces suffisants pour les échanges collectifs professionnels ou de pièces permettant des moments de repos à l'écart des patients. Les vitres du poste de soins, qui devraient permettre d'assurer une surveillance, sont alors recouvertes de toutes les notes et affiches permettant de se soustraire de la vue des patients. Expédiant insuffisant pour assurer la tranquillité nécessaire à certaines tâches mais horripilant pour les patients qui se sentent rejetés.

Ces contraintes ne sont pas sans effet sur la qualité de la prise en charge et les choix thérapeutiques : l'inadaptation des locaux limite les possibilités de projets et démotive les initiatives. Faute de salles, les activités ne sont pas proposées. Le personnel est lassé des allers retours vers la porte des unités fermées pour l'ouvrir à ceux qui sont autorisés à sortir. Le bruit incessant fatigue patients comme soignants. Faute de lieu où se détendre, les tensions montent, les conflits s'avivent, les violences sont moins supportées alimentant le recours à l'isolement pour les plus agités.

RECOMMANDATION 26

Les unités d'hospitalisation doivent offrir des conditions d'hébergement dignes et confortables (chambres individuelles avec sanitaires complets, espaces extérieurs accessibles, salles d'activités et de détente en nombre suffisant) et des moyens de qualité pour les soignants (matériel et salles de soins, d'activités et de repos).

Section 5

La formation des professionnels ne les prépare pas à prendre en charge la patientèle du secteur public

Entre 1970 et 1990, le nombre de médecins psychiatres a été multiplié par dix, la plupart formés dans les hôpitaux psychiatriques participant au fonctionnement du secteur avec

l'implication de professionnels très engagés. Le secteur a également été porteur de la formation des infirmiers, jusqu'à la suppression de leur corps en 1992. En 1982, la suppression de l'internat en psychiatrie créé en 1968 a abouti au retour de la formation des psychiatres dans les centres hospitaliers universitaires (CHU). Elle a le double effet de diminuer le nombre d'étudiants et d'ouvrir leur formation à d'autres écoles de pratiques, notamment la biomédecine puis les neurosciences avec un effacement relatif de la psychothérapie institutionnelle ou de la psychanalyse.

Alors que le nombre de places offertes à l'internat est le plus important de toutes les spécialités (529 postes en 2019), cette offre de formation ne suffit pas pour fournir un nombre suffisant de praticiens de secteur, les psychiatres formés se détournant de la pratique hospitalière pour l'exercice libéral. Il en résulte un déficit crucial décrit ci-dessus (cf. chapitre 2, section 2, II, B) de praticiens dans les services d'hospitalisation publique qui perturbe dramatiquement la prise en charge. Les postes bien que financés restent malheureusement non pourvus en raison de cette démographie nationale non régulée.

Quant aux CHU, certains conservent des chaires de psychiatrie adulte et de pédopsychiatrie alors même qu'ils ne gèrent parfois plus de services d'hospitalisation et encore moins de services agréés pour les personnes en soins sans consentement. Cette situation n'est pas sans répercussion sur la formation des internes aux spécificités des soins sans consentement et des restrictions de liberté qui en découlent. L'assemblée parlementaire du Conseil de l'Europe invite dans sa résolution 2291 (2019) les États membres « à revoir le programme des établissements d'enseignement supérieur et tout particulièrement des facultés de médecine, de droit et de travail social, pour garantir qu'il soit conforme aux dispositions de la convention des Nations unies relatives aux droits des personnes handicapées ».

Par ailleurs, l'évolution générale de la psychiatrie avec le développement des neurosciences a conduit à une prééminence actuelle du modèle biomédical souvent au détriment de la prise

en compte des aspects psychologiques et sociaux du soin. La contestation cyclique de certaines théories ne doit pas conduire à l'abandon de leur enseignement au risque de faire perdre leur substrat conceptuel aux dispositifs qui en sont le fruit et dont la pertinence n'est, elle, pas remise en cause.

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

RECOMMANDATION 27

La formation des psychiatres doit comporter des enseignements sur l'ensemble des théories qui ont conduit à l'organisation de la psychiatrie avec un secteur qui offre des soins sans discrimination de lieu ou de pathologie. La diversité des outils thérapeutiques doit être ainsi préservée dès lors qu'aucun d'entre eux n'a fait la preuve de son universelle efficacité ni n'a discrédité sérieusement la valeur des autres.

Les infirmiers n'ont plus de formation théorique spécifique à la psychiatrie en début de carrière, sauf ceux bénéficiant d'un programme « consolidation des savoirs » en plusieurs modules sur deux ans. Cette absence de formation n'est compensée qu'après plusieurs années de pratique, la compétence des infirmiers n'est acquise que bien tard après leur mise en responsabilité, état de fait qui entraîne malaise dans l'exercice de la profession et mises en danger des professionnels comme des patients.

RECOMMANDATION 28

Tout infirmier postulant dans un service de psychiatrie doit avoir suivi un cursus de formation spécialisée d'une durée d'au moins six mois.

Section 6

L'hôpital peine à intégrer les apports extérieurs dans le parcours de soins

La psychiatrie hospitalière montre des difficultés à s'articuler avec les autres intervenants extérieurs agissant sur les conséquences de la maladie mentale ou du handicap, notamment ceux qui disposent d'un savoir-faire non médical ou d'une expérience. Les médiateurs de santé pairs sont accueillis avec réserve, les co-formations avec les acteurs extérieurs sont rares. Toutefois, il convient de citer le dispositif innovant du centre hospitalier d'Armentières (Nord) où plusieurs médiateurs de santé pairs sont salariés. Les difficultés à s'articuler en co-construction des projets avec les autres acteurs, en sortant de la logique amont aval n'est pas sans effet sur la chronicisation.

I – La participation des usagers aux décisions relatives à leur prise en charge est formelle

En son préambule, la convention des Nations unies relative aux droits des personnes handicapées estime que « les personnes handicapées devraient avoir la possibilité de participer activement aux processus de prise de décisions concernant les politiques et programmes, en particulier ceux qui les concernent directement ».

En France, cette volonté de consulter et impliquer les personnes souffrant de troubles psychiques sur les modalités mêmes de leur prise en charge n'est pas nouvelle mais sa mise en pratique n'est pas aboutie, inaboutissement révélateur d'une vision paternaliste des usagers des établissements de santé mentale.

A – Au sein des unités d'hospitalisation

Au-delà de leur investissement dans leur propre chemin de stabilisation voire de rétablissement, il peut être proposé aux

patients de s'exprimer et même d'être consultés sur les conditions de leur prise en charge au sein de leur unité d'hospitalisation.

Cela se traduit par l'organisation de réunions « soignants-soignés », qui ne sont pas systématiquement mises en place et relèvent de la volonté du cadre de santé, d'un psychologue ou d'un médecin. Dans le même établissement, voire au sein d'un pôle, les pratiques sont hétérogènes.

Parfois régulières, parfois sporadiques, ces réunions sont l'opportunité pour les patients d'exprimer des demandes relatives à l'organisation du service, des activités, ou de poser leurs questions. Rarement, ces réunions donnent lieu à des comptes rendus qui peuvent être affichés dans l'unité et consultés au sein de l'établissement et permettraient une continuité de la réflexion. Il arrive que des cadres de santé interrompent la tenue de ces réunions lorsqu'elles deviennent un lieu de contestation perçu comme difficile à gérer. La plupart du temps, le contenu de ces échanges reste réduit, se bornant à évoquer les activités à venir.

RECOMMANDATION 29

Des réunions soignants-soignés régulières doivent systématiquement être mises en place dans toutes les unités d'hospitalisation à temps plein. Des conseils de la vie sociale, à l'instar de ceux du secteur médicosocial, devraient être installés.

B – Au niveau des établissements, la commission des usagers

Depuis les années 1970, sous l'impulsion d'associations, la France a connu un mouvement de démocratisation sanitaire. La loi n° 2002-2 du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale a traduit les revendications des associations en consacrant la promotion des droits des usagers du système de santé et de leur entourage : droit à l'information, et surtout droit à être acteur au cœur du dispositif de santé en tant que citoyen.

72 Au départ, c'est la Commission des relations avec les usagers et de la qualité de la prise en charge, qui évoluera jusqu'à sa forme actuelle en 2013, par l'instauration d'une commission des usagers (CDU) :

« 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. Elle peut être présidée par un représentant des usagers.

*La commission des usagers participe à l'élaboration de la politique menée dans l'établissement en ce qui concerne l'accueil, la prise en charge, l'information et les droits des usagers. Elle est associée à l'organisation des parcours de soins ainsi qu'à la politique de qualité et de sécurité élaborée par la commission ou la conférence médicale d'établissement. Elle fait des propositions sur ces sujets et est informée des suites qui leur sont données. »*¹

Le degré d'implication et d'acceptation des représentants des usagers est variable d'un établissement à l'autre. Surtout, les représentants des usagers sont généralement des associations défendant les intérêts des familles, non pas ceux des usagers eux-mêmes. Les patients en psychiatrie sont à ce point dépossédés de leur possibilité et capacité à être citoyens, que l'on considère que leur famille les représente. Celle-ci est pourtant souvent dans un positionnement ambigu, fondé sur sa propre expérience en tant que proche d'une personne souffrant de troubles psychiques, éprouvant un sentiment d'impuissance face à une situation difficile et une absence de dialogue avec les médecins et les soignants.

1. Article R. 1112-81 du code de la santé publique.

Dans le meilleur des cas, ces associations sont consultées et associées au traitement des plaintes et réclamations formulées par les patients. Parfois, cette consultation est fictive car on leur communique simplement le compte rendu de décisions déjà prises. Il est rare qu'on les consulte sur d'autres questions, bien que certains établissements fassent exception.

Quant aux usagers des pôles de psychiatrie rattachés à des CHU, ils ne bénéficient souvent d'aucune représentativité au sein de la CDU, puisque ce sont la plupart du temps des associations d'usagers « somatiques » qui y siègent.

De fait, il s'agit de nouveau de demander à des personnes atteintes de troubles psychiques de s'adapter à un cadre administratif et institutionnel rigide et contraint. D'autres formes de consultations, adaptées et flexibles seraient plus susceptibles de favoriser la participation active et effective de ces personnes.

RECOMMANDATION 30

Le décret fixant la composition de la commission des usagers doit être modifié pour tenir compte, dans la mesure du possible, de l'ensemble des associations représentant les patients sur le territoire de santé.

C – Au niveau territorial et national

Au niveau territorial et national, la prise en compte de la parole des représentants d'usagers est prévue par la loi de 2009 « Hôpital Patients Santé et Territoires » (HPST). Ainsi, les projets territoriaux de santé mentale (PTSM) doivent-ils associer les associations de représentants d'usagers à leur élaboration.

À l'échelle nationale, c'est au sein de la conférence nationale de la santé que s'exerce la représentativité des associations.

Toutefois, les mêmes écueils se retrouvent, à savoir l'inadaptation de ces formats à la prise en compte du trouble psychique et la représentation par des familles d'usagers et non des usagers eux-mêmes.

Advocacy France, qui se présente comme une association composée d'usagers, d'ex-usagers, et de familles, a commandité une recherche-action intitulée *Recherche sur les conditions d'émergence, de reconnaissance et de prise en compte de la parole des personnes dites handicapées psychiques par les décideurs publics*, publiée en 2017. Côté usagers, y ont participé des personnes issues des groupes d'entraide mutuelle (GEM) et d'*Advocacy France*. L'association identifie des modalités de participation à différents échelons pour que la parole des personnes en souffrance psychique puisse être mieux prise en compte. Il en ressort effectivement que les lieux institutionnalisés ne favorisent pas l'émergence de la parole des usagers. Le guide à l'intention des professionnels et des personnes qui accompagnent les personnes en souffrance contient des recommandations dont la première est : décider *avec* et non décider *pour*, en reconnaissant leurs capacités. Il rappelle l'importance de faire participer les GEM et les associations de défense des droits des usagers aux instances telles que la CDU, la commission des droits à l'autonomie de la MDPH, et le conseil de la vie sociale, pour « faire entendre notre voix et faire valoir nos droits », tout en soulignant l'importance de les accompagner pour ce faire. « Ne sommes-nous pas les mieux placés pour expliquer nos besoins à ceux qui nous soutiennent ? », c'est ainsi que commence l'une des vidéos issues de ce projet.

II – La place des familles dans la prise en charge doit être clarifiée et confortée

Lors de ses contrôles dans les établissements en psychiatrie, le CGLPL a pu observer que la simple présence des proches dans les unités d'hospitalisation n'allait pas de soi, du fait de la rareté des salons de visite ; c'est ainsi que fréquemment les familles et leurs proches hospitalisés doivent sortir de l'unité et se rendre dans le parc ou à la cafétéria de l'établissement, ou bien dans des espaces contraints tel un bureau médical, dans

des conditions qui n'allient ni le confort ni l'intimité. Parfois le nombre de visiteurs est limité.

Les représentants des familles ont une place statutaire à travers la commission des usagers¹ dont l'apport varie selon les établissements de la simple réponse aux plaintes à la participation aux instances.

Plus indirectement, le recours aux associations de familles est également acté par leur présence au sein des commissions départementales des soins psychiatriques (CDSP), action renforcée par les missions qui ont été confiées par la direction générale de la santé à l'union nationale des familles et amis des personnes malades et/ou handicapées psychiques (UNAFAM)².

Au sein de l'hôpital, et dans les unités, la place des proches est très ambiguë : leur souffrance et leur culpabilité tantôt gêne, tantôt accable ; une suspicion pèse sur les familles « toxiques » ou celles qui simplement critiquent la qualité ou le mode de prise en charge de leur proche. Le secret médical constitue un légitime obstacle au partage d'informations avec les proches. Mais dans un mouvement inverse, les familles sont sollicitées comme solutions de sortie – toujours difficile à trouver – pour les patients. La famille n'est que rarement perçue comme une ressource dans l'approche de la maladie et sa prise en charge, avivant leur sentiment de dépossession et d'incompréhension. L'éducation thérapeutique du patient ne s'étend que rarement à elles. Leur faiblesse de pouvoir d'agir

1. Article L. 1112-3 du code de la santé publique et décret 2016-726 du 1^{er} juin 2016.

2. Dans le cadre d'une convention entre la direction générale de la santé et l'UNAFAM, une « boîte à outils » a été élaborée par un groupe de travail co-piloté par l'UNAFAM. Cette boîte à outils est accessible aux secrétaires de CDSP sur un « site partagé » du ministère de la Santé. L'UNAFAM a également reçu mandat du ministre chargé de la santé de conduire une enquête sur les conditions d'isolement, recensement et état des lieux.

(institutionnel, personnel), leur crainte des représailles sur leur proche hospitalisé nourrit l'absence de communication.

DIALOGUE OUVERT (FINLANDE)

Le « dialogue ouvert » est apparu en 1980 en Finlande dans la région de la Laponie, où la prévalence de la schizophrénie était particulièrement élevée. Inspiré de la thérapie systémique, il rassemble autour du patient une équipe pluridisciplinaire et son cercle familial ou toute autre personne de son entourage susceptible de participer à des « réunions de traitement ». La discussion dialogique, méthodologie utilisée, a donné des résultats intéressants dans le cadre d'une recherche conduite sur environ 3 000 patients depuis les années 1990 : réduction de l'utilisation des neuroleptiques (30 % des patients en prennent), diminution du nombre d'hospitalisations et diminution du nombre d'allocations adultes handicapés. Cette méthode se répand actuellement à travers le monde dans des pays ou régions tels que le Royaume Uni, la Californie, le Danemark, l'Australie, le Japon, la Grèce et le Portugal.

A contrario, le CGLPL a rencontré quelques équipes qui ont fait du travail avec les familles un élément du projet, tel le centre hospitalier Buëch Durance (Hautes-Alpes)¹, dont le projet d'établissement donne une place importante aux familles tant au niveau individuel qu'institutionnel, et qui propose le programme de formation « *Profamille* » permettant aux proches de mieux appréhender la maladie et le traitement de leur proche hospitalisé et de maintenir le contact avec lui de façon positive et efficace.

1. CGLPL, rapport de visite du centre hospitalier Buëch-Durance à Laragne-Montéglin, mai 2018.

RECOMMANDATION 31

L'expérience des proches sur le parcours du patient doit être prise en compte dans la prise en charge de celui-ci. Elle doit aussi être diffusée dans le cadre d'un partage plus large notamment auprès d'autres familles et intervenants.

III – Sortir d'une logique amont-aval pour construire de la coresponsabilité notamment en liaison avec les établissements et services médico-sociaux

Un repositionnement de la psychiatrie de secteur vers une coopération accrue avec le social et le médico-social est nécessaire pour assurer sur la durée le parcours de santé des personnes, et éviter une succession des prises en charge, parfois sans cohérence entre elles, facteur de ruptures de parcours et de ré-hospitalisations.

Selon une étude ¹ « la plupart des acteurs s'entendent à considérer que l'accompagnement social (ou médico-social) a des effets thérapeutiques réels [qui] se traduisent notamment par des épisodes d'hospitalisation moins fréquents et moins longs, observés pour une majorité des personnes accompagnées. En effet, l'action de veille sanitaire menée par les services d'accompagnement permet de prévenir les décompensations et de ne pas attendre que la situation soit trop dégradée pour orienter la personne vers une hospitalisation ». Cette veille à la continuité du suivi psychiatrique « porte aussi bien sur l'observance du traitement, la régularité des consultations et de la participation aux activités psychiatriques mises en place, que sur le repérage et le signalement d'une aggravation psychique susceptible de conduire à une ré-hospitalisation » ².

1. Carole Peintre, CEDIAS-CREAH IÎle-de-France, *Quels services d'accompagnement pour les personnes en situation de handicap d'origine psychique ?*, Synthèse des résultats et recommandations issus de la recherche-action. Décembre 2011, p. 32 : https://www.cnsa.fr/documentation/cedias_hand_psy_dec2011.pdf

2. Ibid.

IV – Les effets du rétablissement dans l'accompagnement des personnes et la pair-aidance

Le rétablissement constitue un tournant en santé mentale. C'est ce que souligne Bernard Pachoud¹ : avec le concept de rétablissement, on assiste au passage d'un objectif médical (la rémission des troubles), à un objectif social (la réinsertion) et existentiel (le réengagement dans un projet de vie). Aussi, le soin psychiatrique doit-il garder en ligne de mire la réinsertion des personnes en appui à la démarche thérapeutique de rétablissement.

Parmi les personnes souffrant de troubles psychiques qui s'engagent dans la voie du rétablissement, on assiste au développement de compétences issues du vécu de la maladie, c'est le savoir que la personne qui vit avec un trouble psychique tire de cette expérience. Ce savoir acquis par l'expérience peut alors être mis au service d'autres personnes souffrant de troubles psychiques, c'est la pair-aidance.

Ces dernières années en France, différentes modalités de pair-aidance se sont développées parmi les personnes souffrant de troubles psychiques : les groupes d'entraide mutuelle (GEM) et les médiateurs de santé pairs.

A – Les groupes d'entraide mutuelle

Les groupes d'entraide mutuelle (GEM)² ont été introduits par la loi « handicap » du 11 février 2005. Ils sont organisés sous forme associative et ne constituent pas des structures médico-sociales. Ils accueillent des personnes que des troubles de santé similaires mettent en situation de fragilité et ont pour objet pre-

1. Pachoud, Bernard, « La perspective du rétablissement : un tournant paradigmatique en santé mentale », Les Cahiers du Centre Georges Canguilhem, 2018/1 N° 7, pages 165 à 180.

2. Régis par les art. L. 114-1-1 et L. 114-3 du code de l'action sociale et des familles (CASF).

mier la création d'un lien social et la lutte contre l'isolement. Les 430 GEM en activité fin 2016 sont passés à 505 au 31 décembre 2018¹, et leur développement est soutenu par les politiques publiques. Selon une étude évaluative conduite en 2017², « le GEM a d'abord vocation à développer l'*empowerment*, même s'il n'est pas sans effet sur l'autonomie de la personne, ses compétences sociales ou encore l'estime de soi [...]. Bien qu'étant un lieu non médicalisé, à distance des soignants, plusieurs adhérents et tiers rencontrés font état des effets thérapeutiques du GEM, qui se serait traduit, selon les situations, par une "stabilisation" de la maladie, une fréquence moindre des hospitalisations, des consultations plus espacées avec le psychothérapeute ou encore un allègement du traitement médicamenteux. Espace d'échange de leurs expériences respectives sur les conséquences de la maladie, les traitements et la santé en générale (y compris somatique), la fréquentation du GEM participerait également à l'éducation thérapeutique de certains adhérents et leur permettrait ainsi d'être davantage acteurs de leur santé. »

B – Les médiateurs de santé pairs

Les médiateurs de santé pairs sont des personnes ayant souffert de troubles psychiques et qui ont un parcours de rétablissement et du recul sur ce parcours. Leur professionnalisation a débuté en 2012 en France, avec un programme pilote porté par le centre collaborateur de l'organisation mondiale de la santé (CCOMS), service de l'établissement public de santé mentale de Lille Métropole (Nord) et l'université de Paris 13, qui assurent leur formation et délivrent une licence professionnelle « sciences sanitaire et sociale mention médiateurs ». Ils

1. Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA), *Les GEM Groupes d'entraide mutuelle*, Les cahiers pédagogiques de la CNSA, novembre 2019.

2. ANCREAI, *Évaluation qualitative des effets produits par les GEM sur les situations de vie de leurs adhérents*, novembre 2017, 134 p.

sont salariés d'un établissement hospitalier en psychiatrie (ou d'une association sociale ou médico-sociale), et membres d'une équipe soignante. En septembre 2019, vingt-six établissements en psychiatrie agréés pour l'hospitalisation de patients en soins sans consentement disposent d'un ou plusieurs médiateurs de santé pair et le dispositif a vocation à se généraliser¹.

Ils diffusent un savoir tiré de leur expérience tant de la maladie mentale que du rétablissement, auprès des usagers et des soignants et constatent que les patients accèdent beaucoup plus vite que les soignants à la compréhension de ce qu'ils peuvent apporter, alors que leur présence peut se heurter à des représentations négatives et soulever des résistances parmi les soignants. Les équipes soignantes, mêmes volontaires pour accueillir en leur sein un médiateur de santé pair, peinent encore parfois à bien identifier la fonction et la place de ceux-ci, notamment du fait de la faible appropriation par les soignants de l'approche du rétablissement. Ainsi, l'arrivée d'un travailleur pair devrait être réfléchie et préparée en y associant l'équipe².

Ainsi, autant les GEM sont soutenus de très près par la psychiatrie de secteur, autant le dispositif des médiateurs de santé pairs est encore à ce jour non abouti, notamment du fait d'un statut peu défini (agent administratif, animateur...) qui vient renforcer les réserves des soignants sur leur présence dans les équipes.

Ces réticences mettent en lumière le manque majeur de formation ou le déficit de réactualisation des connaissances de tous les acteurs concernés en psychiatrie sur la question du rétablissement et des droits des patients.

1. Ils sont présents dans huit régions (Auvergne Rhône Alpes, Grand-Est, Guadeloupe, Hauts de France, Île-de-France, Nouvelle Aquitaine, Pays de la Loire, Région Sud).

2. C'est ce qui a déterminé le centre ressource réhabilitation psychosociale de Lyon à publier un guide pratique « Comment intégrer un travailleur pair dans une équipe de santé mentale ? », septembre 2019 : https://centre-ressource-rehabilitation.org/IMG/pdf/livret_integrertravailleurpair.pdf

RECOMMANDATION 32

Les formations initiales et continues de l'ensemble des professionnels de la psychiatrie doivent aborder la question du rétablissement et de la pair-aidance (avec des formateurs pairs aidants usagers et familles).

Section 7

Les pratiques doivent se fonder sur une réflexion éthique soutenue et valorisée par les tutelles

Les pratiques en psychiatrie sont très variables d'une équipe à l'autre, y compris au sein d'un même établissement ; la psychothérapie institutionnelle, support théorique historique pour de nombreuses équipes dans la mise en place du secteur, qui avait permis un niveau élevé de savoir-faire psychiatrique laisse de plus en plus la place aux neurosciences qui ne font pas l'unanimité et ne peuvent devenir une réponse exclusive aux besoins de soins des patients. La parole et les souhaits du patient autour des possibilités de choix de son médecin ou de son traitement se heurtent à ces difficultés institutionnelles (manque de médecins) et au principe du primat du savoir médical.

Les comités d'éthique restent également trop silencieux sur ces questionnements, silencieux ou absents dans beaucoup d'établissements. Or cette absence de la mise en place d'une réflexion éthique sur les pratiques professionnelles amène au non-respect des droits fondamentaux. Les contrôleurs constatent néanmoins de plus en plus, la réactivation de ces comités, quelques-uns développant des réflexions spécifiques sur l'isolement ou les restrictions de liberté, même si encore aujourd'hui les comités se saisissent peu des questions d'enfermement ou de sur occupation, sources de maltraitance.

RECOMMANDATION 33

Tout établissement agréé pour prendre en charge des patients en soins sans consentement doit mettre en place un comité d'éthique compétent pour toute question portant sur la dignité et le respect des droits fondamentaux.

Enfin, le silence des tutelles vis-à-vis de l'organisation défaillante des soins est généralisé. Les contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens passés avec les établissements sont basés sur les priorités de l'ARS mais peu sur la spécificité de l'établissement en question, ses difficultés et son propre projet médical. Ces contrats passés avec chaque établissement au sein d'un territoire ne permettent pas, de fait, une péréquation des moyens au regard de la réalité des besoins de soins des patients, garantissant un respect égalitaire du droit d'accès à la santé.

RECOMMANDATION 34

Les agences régionales de santé doivent intégrer le respect des droits fondamentaux et de l'accès aux soins de qualité dans les contrats d'objectifs et de moyens passés avec les établissements prenant en charge des patients en soins sans consentement.

Chapitre 3

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

Les visites du CGLPL ont montré une grande diversité dans la conception de la dignité et l'appréhension de la notion de droits des patients par les équipes et les administrations des établissements.

La mise en œuvre des dispositions de l'article L 3211-3 du code de la santé publique selon lesquelles « 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 » est loin d'être uniforme.

Les atteintes à la dignité sont nombreuses, insidieuses et, à la longue, banalisées.

L'admission en soins sans consentement ne clôt pas le chapitre des atteintes à la dignité et aux droits des patients. Les contraintes sont nombreuses, diverses selon les établissements, ce qui laisse perplexe sur leur pertinence.

Le fonctionnement des lieux où ils sont hospitalisés est encore très souvent empreint de l'obsession d'empêcher tout

acte transgressif des patients, au point de ne même plus caractériser ce qui est transgression et à quoi. Les unités édictent partout des « règles de vie » qui organisent les actes élémentaires des patients, avec des contraintes qui sont autant d'atteintes à leurs droits, comme par exemple des horaires imposés pour la toilette.

La confusion règne entre admission en soins sans consentement et limitation de la liberté d'aller et venir, entre troubles mentaux et nécessité d'enfermer. En outre, ces contraintes pèsent tout autant sur les équipes. Les soignants évoquent souvent leurs difficultés à concilier les deux fonctions qui leur incombent, de veiller au respect des règles de fonctionnement et d'assurer leur mission de soin.

Section 1

Bien qu'infondée, la corrélation entre admission en soins sans consentement et enfermement est constante

Dans de nombreux établissements, hospitalisation psychiatrique vaut enfermement. L'histoire de la prise en charge des personnes souffrant de troubles mentaux montre à cet égard une constante jusqu'au milieu du xx^e siècle. Les dispositions de la loi du 5 juillet 2011 qui prévoient la possibilité de soins sans consentement sous forme d'hospitalisation complète pour certains patients (article L. 3211-2-1 1^o du code de la santé publique) sont souvent interprétées par les professionnels comme non seulement autorisant, en pareil cas, l'enfermement de ces patients mais même l'imposant. Une telle interprétation est totalement erronée mais, hélas, loin d'être isolée. Or, aucune disposition législative n'impose l'enfermement.

De cette loi, il résulte, d'une part, que pour tout patient, même en soins sans consentement, la liberté d'aller et venir à l'intérieur de l'établissement est la règle. L'exception ne peut concerner qu'un patient admis en soins sans consentement et

elle doit être justifiée par son état clinique et adaptée à cet état, comme le précise l'article L. 3211-3 du code de la santé publique précité.

D'autre part, si tout patient hospitalisé, quelle que soit la nature de sa pathologie – somatique ou mentale – doit obtenir l'accord de l'établissement pour le quitter momentanément ou définitivement, voire contre avis médical, il ne peut y être retenu contre son gré dès lors qu'il y est admis en soins libres. S'agissant des patients admis sur décision du représentant de l'État ou du directeur, aucune disposition législative ne prévoit qu'ils doivent impérativement rester dans les locaux de l'établissement mais seulement que toute sortie, temporaire ou définitive, est subordonnée à une décision en ce sens de l'autorité qui a prononcé leur admission. En toute hypothèse, les locaux de l'établissement s'entendent de l'ensemble de ceux qui sont situés dans son emprise et non de la seule unité où est hébergé le patient.

Les atteintes à cette liberté sont nombreuses, plus ou moins réfléchies, individualisées ou systématiques, parfois institutionnalisées et peuvent prendre des formes subtiles ou détournées qui épargnent à la chaîne de leurs organisateurs – ou les en empêchent – de prendre conscience de leur responsabilité personnelle.

Rares sont les établissements dans lesquels le respect de la liberté d'aller et venir des patients détermine le mode d'organisation générale et le fonctionnement des unités. En outre, la mécompréhension des dispositions de la loi est répandue avec des conséquences diverses selon l'avancement des réflexions sur cette question : certains établissements respectent la liberté d'aller et venir mais seulement pour les patients en soins libres, convaincus que les patients en soins contraints doivent rester enfermés, aussi, s'efforcent-ils regrouper ceux-ci dans des unités fermées. Ce choix peut devenir problématique si le nombre de patients ne correspond pas à la capacité des unités où ils sont supposés être hébergés compte tenu de leur mode d'admission. La solution, alors, se fait toujours au détriment de la liberté : ainsi, dans un établissement du Sud-Ouest, les unités habituellement ouvertes

sont fermées dès qu'un patient en soins sans consentement doit y être hébergé faute de place ailleurs¹. D'autres affirment que la liberté d'aller et venir est totale, tous les patients pouvant sortir de l'unité comme ils le souhaitent puisque les soignants doivent leur ouvrir la porte sans restriction. Encore faut-il qu'un soignant soit disponible pour ce faire ce qui est loin d'être toujours le cas et rapidement², que cette possibilité ne soit pas restreinte à quelques heures par jour. De façon encore moins compréhensible, des unités de certains établissements sont ouvertes alors que d'autres, qui accueillent le même type de patients d'un secteur voisin, sont fermées, sans que la différence de pathologie des patients puisse le justifier³.

Plus subtilement, peut intervenir la prescription médicale pour tempérer quelque peu l'exercice de cette liberté. Le principe de liberté d'aller et venir au sein de l'hôpital reste posé, y compris pour les personnes en soins sans consentement, sous réserve de prescription médicale contraire. Deux situations peuvent alors se présenter : les unités sont fermées mais leur porte peut être ouverte, à leur demande, aux patients qui n'ont pas de prescription d'enfermement, ce qui en pratique a pour effet d'inverser la règle de liberté⁴ ; ou bien les unités sont ouvertes et les soignants surveillent que les patients interdits de sortie respectent la prescription.

Un patient admis en soins libres peut également se trouver privé de la possibilité de sortir non seulement de l'établissement mais même de l'unité, cette impossibilité résultant de l'application d'un « contrat de soins » auquel le patient adhérerait ou

1. Voir CGLPL, rapport de visite du centre hospitalier de Lannemezan, septembre 2018.

2. Voir CGLPL, rapport de visite du service de psychiatrie de l'hôpital de Semur-Auxois, janvier 2019.

3. Voir CGLPL, rapport de visite du centre hospitalier spécialisé de Blain, juin 2018.

4. Voir CGLPL, rapport de visite du centre hospitalier Edouard Toulouse à Marseille, octobre 2016.

qui lui serait imposé¹, sans que soient toujours précisées les circonstances, notamment cliniques, dans lesquelles le « contrat » aurait été établi. Lorsqu'on pose la question de savoir ce qui se passe si le patient ne respecte pas l'interdit, la réponse est invariablement : « on le passera en soins sous contrainte ou bien il quittera l'établissement »². Autrement (non) dit, le patient renonce de lui-même à sa liberté sous menace qu'on l'en prive autoritairement.

À l'extrême, des établissements considèrent que le parc dans lequel sont répartis les bâtiments fait partie de la voie publique et, par suite, estiment qu'une autorisation est obligatoire dès qu'un patient sort d'une unité³. Dans un établissement du Grand-Est, les unités sont fermées, à l'exception d'une seule ; certains patients en soins libres, une faible minorité d'entre eux, dispose d'un badge leur permettant d'ouvrir la porte, ce qui permet aux responsables d'affirmer qu'ils peuvent sortir à leur guise ce qui est inexact puisque la détention de ce badge est subordonnée à l'autorisation du médecin⁴.

Heureusement, il est des établissements qui ne limitent cette liberté que pour les patients dont l'état clinique – quel que soit leur statut d'admission – ne permet pas l'autonomie. Ainsi du centre hospitalier spécialisé de Saint-Alban-sur-Limagnole (Lozère)⁵ dont seule l'unité de gérontopsychiatrie est fermée – mais les patients capables de faire le code d'ouverture de la porte

1. Voir CGLPL, rapport de visite du centre hospitalier spécialisé de Dijon, avril 2015.

2. Voir CGLPL, rapport de visite du centre hospitalier spécialisé Sainte Marie de Rodez, janvier 2014.

3. Voir CGLPL, rapport de visite du centre hospitalier Alpes-Isère à Saint-Egrève, juin 2018 ; rapport de visite du centre hospitalier Ravenel à Mirecourt, avril 2018.

4. Voir CGLPL, rapport de visite du centre hospitalier Ravenel à Mirecourt, avril 2018.

5. Voir CGLPL, Rapport de visite du centre hospitalier spécialisé de Saint-Alban-sur-Limagnole, juillet 2016.

peuvent en sortir – ou celui de Castelluccio à Ajaccio (Corse-du-Sud) dont ne sont fermées que quatre unités¹. Il est remarquable que l'enceinte de ces deux établissements ne soit pas non plus fermée et que les patients se promenant dans le parc puissent en sortir tout aussi facilement sans que cette faculté, selon les interlocuteurs qui y ont été rencontrés, n'y ait jamais posé réellement problème.

Le motif le plus souvent avancé à cette restriction est le danger que peut présenter le patient pour lui-même ou pour autrui, l'évocation de ce danger étant immédiatement suivi de l'affirmation « s'il arrive quelque chose, c'est moi qui serais responsable et qui serais poursuivi ». Voilà ainsi dévoilée une préoccupation moins thérapeutique qu'il n'est prétendu : s'il s'agit de protéger les patients, il ne s'agit pas moins de protéger l'institution et ses agents de risques dont la réalité a été évoquée plus haut (cf. chapitre 2, section 3, IV, B).

Section 2

Le contrôle des comportements est rarement justifié par la clinique du patient

Le constat du contrôle des comportements repose sur le souci de protéger mais développe un rapport de pouvoir avec infantilisation du patient. Ce phénomène conduit à une standardisation des comportements des patients. La norme de référence ne repose sur aucune justification au regard de la clinique du patient puisqu'elle est générale et s'impose à tous.

1. Voir CGLPL, rapport de visite du centre hospitalier spécialisé de Castelluccio à Ajaccio, avril 2017. Les unités fermées sont les suivantes : l'USIP, l'unité de pédopsychiatrie ainsi que celles dont l'ouverture n'est pas compatible avec l'état clinique des patients : unité pour personnes âgées « démentes » et unité pour déficients mentaux avec troubles du comportement.

I – Le rythme de la journée

Créneaux de présence des médecins et des soignants, heures de distribution des traitements, services des repas, impossibilité d'accès aux chambres pendant certaines heures, imposent le rythme de la journée du patient ; il est toujours affirmé que les contraintes du service et la vie en collectivité ne permettent aucun aménagement et c'est au patient de s'adapter, quels que soient son rythme individuel et les effets des traitements sur celui-ci. Si ces impératifs peuvent s'entendre, on comprend moins pourquoi la télévision doit être éteinte à une heure précise, le summum de la souplesse consistant à respecter la fin des programmes de début de soirée.

Là encore, des établissements ont montré que les contraintes des services pouvaient tout à fait se concilier avec un meilleur respect du rythme propre de chacun comme laisser les patios ouverts la nuit pour permettre de fumer ¹. Au centre psychothérapeutique de l'Ain ², certaines équipes soignantes ont décidé de mettre en place une organisation plus flexible et mieux adaptée aux différences de rythme individuel des patients, y compris en semaine : est alors organisé un « premier tour » des soignants, à partir de 7h, pour les toilettes des patients déjà éveillés, la dispensation de leur traitement et leur accompagnement au réfectoire pour le petit-déjeuner ; puis un « second tour », identique, pour ceux qui sont restés couchés plus longtemps. Dans cette configuration, le réfectoire est accessible pour le petit-déjeuner jusqu'à 9h ou 9h15 – comme il peut l'être jusqu'à 10h ou 10h30 le dimanche. Dans ce dernier cas, les traitements sont impérativement pris avant 10h30, avec adaptation des suivants sur l'ensemble de la journée.

1. Voir CGLPL, rapport de visite du centre hospitalier Ravenel à Mirecourt, avril 2018.

2. Constats réalisés à l'occasion de la deuxième visite du centre psychothérapeutique de l'Ain à Bourg-en-Bresse en juin 2019 (rapport en cours d'élaboration).

RECOMMANDATION 35

Une flexibilité doit être mise en place dans l'organisation quotidienne des hospitalisations (horaires des soins, de la dispensation des traitements, des repas, des activités) pour favoriser une prise en charge individualisée des patients, propice au respect de leurs droits et de leur dignité.

II – L'usage du tabac

La loi Evin¹ s'applique naturellement à l'hôpital où, en principe, nul n'a le droit de fumer, personnels comme patients. Cependant, après les inquiétudes initiales, l'hôpital psychiatrique a su s'adapter à la rigueur de cette loi avec des tolérances. Celles-ci sont justifiées par le fait que la consommation importante de tabac, substance psychotrope, accompagne souvent les manifestations de troubles mentaux qu'un sevrage imposé et brutal risquerait d'aviver.

Tous les établissements organisent donc les possibilités de fumer, le plus souvent à l'air libre, dans un parc ou un patio intérieur, parfois dans un fumoir. Mais arrivent ensuite les restrictions, là encore diverses selon les établissements, les unités.

Lorsqu'elles sont prévues par le règlement de l'unité, les restrictions s'appliquent évidemment à tous les patients quel que soit leur état clinique ou leur statut d'admission. Elles portent le plus souvent sur la disposition du tabac, des briquets et allumettes, conservés par les soignants pour tous les patients, sur le nombre de cigarettes autorisées par jour ou sur les plages horaires pour fumer ou même sur le nombre de cigarette par plage horaire².

1. Loi du 10 janvier 1991 relative à la lutte contre le tabagisme et l'alcoolisme.

2. Voir par exemple CGLPL, rapport de visite de l'établissement public de santé mentale de Brienne-le-Château, juillet 2011.

L'objectif de ces contrôles vise à limiter la consommation des patients qui fumeraient immodérément ou trop par rapport aux moyens financiers dont ils disposent pour acheter du tabac.

Le résultat est souvent une situation humiliante, à tout le moins infantilisante : dans une unité ¹ « les patients ne sont autorisés à fumer que quatre fois par jour à raison d'une cigarette à chaque pause ». Mais dans un autre ² « les patients conservent, sauf exception motivée par le besoin de réguler la consommation de certains malades, leurs cigarettes ainsi que, bien que cela soit en principe interdit selon le livret d'accueil, leurs briquets (le fumoir extérieur est, par ailleurs, doté d'un allume-cigarette électrique) ». Les règles appliquées sont parfois difficilement compréhensibles.

RAPPORT DE VISITE DU PÔLE PSYCHIATRIE- ADDICTIONS DU CENTRE HOSPITALIER UNIVERSITAIRE HENRI MONDOR À CRÉTEIL (2018)

« Dans les unités fermées, les cigarettes sont conservées par les soignants, dans des bannettes individualisées et nominatives. Elles sont redistribuées selon le rythme suivant (mentionné dans les règles de vie) : trois après le petit-déjeuner, deux après le déjeuner, deux à 16h (goûter), deux à 20h et deux à la tisane (mais les soignants de jour ne sont pas certains que cette distribution ait bien lieu). En outre, deux cigarettes sont distribuées pour les sorties de parc de trente minutes, quatre pour les sorties d'une heure et une par séance d'activité (ergothérapie, psychomotricité ou gymnastique). Le règlement précise « aucune cigarette n'est distribuée en plus, y compris pour dépanner les patients qui n'en ont pas ». Les patients qui roulent leurs cigarettes le font au moment des distributions et il est veillé à

1. Voir CGLPL, rapport de visite du centre hospitalier spécialisé de Cayenne, octobre 2018.

2. Voir CGLPL, rapport de visite du centre hospitalier universitaire de Dijon, février 2019.

ce qu'ils n'en roulent pas plus que le nombre prévu par distribution et cachent le surplus dans leur poche.

Les cigarettes sont fumées dans la courette dépourvue d'auvent, ouverte à heures fixes (9h, 11h, 13h30, 15h, 16h, 18h, tisane) durant vingt à trente minutes et sous la surveillance d'un soignant qui les allume. Donc, pour fumer à chaque ouverture, il faut avoir conservé des cigarettes des distributions précédentes. »

RECOMMANDATION 36

Les cours intérieures des unités doivent être équipées d'allume-cigares.

III – Les relations sexuelles

La conception de l'existence de relations sexuelles pour les patients oscille entre interdiction injustifiée et, au demeurant, illégale¹ et occultation éventuellement dangereuse pour les patients dans la mesure où le consentement des partenaires peut être altéré par les effets de la maladie. Tantôt l'indignité matérielle est admise sans toujours trop de scrupules « Il y a le parc », tantôt l'empêchement est peu réfléchi et peu parlé. Au mieux, est évoquée par les équipes la préoccupation de vérifier le « consentement libre et éclairé » et l'absence de conséquence grave pour l'un ou l'autre (par exemple maladie sexuellement transmissible, grossesse). Quand il

1. Voir la décision de la Cour administrative d'appel de Bordeaux (6 novembre 2012, requête n° 11BX01790) annulant une disposition du règlement intérieur d'une unité qui disposait : « [...] les relations de nature sexuelle ne sont pas autorisées. Cette interdiction s'impose dans la mesure où les patients d'un établissement psychiatrique sont vulnérables et nécessitent d'être protégés [...] ».

y a constat de relations entre les patients, les soignants sont mal à l'aise. La protection est peu assurée, donnée du bout des doigts ou au contraire imposée. La gestion de la contraception doit être faite en concertation avec le médecin généraliste et le gynécologue.

L'interdiction des relations avec les proches en visite peut également prévaloir au motif que « ici c'est un lieu de soin », prohibition implicitement établie par l'interdiction des visites en chambre, même lorsque celles-ci sont individuelles. Ainsi, la façon dont est traitée la question des relations sexuelles des patients est éminemment dépendante des équipes et rarement évoquée, donnant le sentiment que c'est un tabou.

Les contrôleurs ont tout de même constaté une exception intéressante pour faciliter l'approche des soignants :

DEUXIÈME VISITE DU CENTRE PSYCHOTHÉRAPIQUE DE L'AIN À BOURG-EN-BRESSE (JUIN 2019)

« Pour autant, d'intéressantes initiatives sont ponctuellement initiées par certains soignants : ainsi de la mise en œuvre, dans une unité, de groupes de parole à l'occasion desquels les soignants ont échangé, avec des patients du même sexe qu'eux, au sujet de l'hygiène, des relations sexuelles, du consentement, de la contraception ou encore de la prévention. En outre, les équipes n'hésitent pas à répondre aux éventuelles questions des patients, par exemple relatives à la contraception ou à l'utilisation des préservatifs et certains agents ont souhaité participer à des réflexions institutionnalisées hors de l'établissement (par exemple auprès du centre ressource pour les intervenants auprès des auteurs d'infractions sexuelles) ou ont évoqué le sujet en analyse des pratiques professionnelles. Enfin, l'éducation à la sexualité fait partie de l'offre de formation professionnelle. »

Le travail institutionnel ne fait qu'effleurer cette question dont, de leur côté, les comités d'éthique s'emparent rarement.

IV – La gestion des biens des patients

La plupart des patients séjournant durablement dans les services hospitaliers sont placés sous mesure de protection judiciaire, tutelle ou curatelle. Le rôle du mandataire de justice nommé porte sur la gestion ou l'aide à la gestion des biens du majeur protégé, ce qui doit le conduire, par conséquent, à la participation aux décisions de prise en charge entraînant des dépenses (sorties, logement). Il peut saisir le juge des libertés et être présent aux audiences.

Selon leur positionnement ou leur dynamisme, les mandataires peuvent donc accompagner les initiatives des équipes soignantes ou les freiner voire empêcher leur mise en œuvre : ils assureront, dans la mesure des moyens financiers du majeur protégé, la qualité de vie quotidienne de celui-ci, par exemple en garantissant la régularité des versements d'argent de poche, d'un montant suffisant notamment pour l'achat du tabac. Ils permettront le financement des projets, notamment les sorties, ou refuseront toute dépense, faisant obstacle à la réinsertion. Les visites ont montré que certains mandataires étaient totalement absents, faisant douter de l'utilité de la mesure, d'autres renâclent à toute dépense pour des motifs parfois étranges comme faire « mettre de l'argent de côté » à une personne n'ayant pour toute ressource que l'allocation adultes handicapés. La protection juridique de ces majeurs devrait être mieux contrôlée par le juge des tutelles.

L'accès des patients aux valeurs qu'ils doivent confier à l'administration lors de leur admission est particulièrement compliqué. En l'absence de service de régie, les espèces sont transmises au Trésor Public, ne permettant des retraits qu'aux heures d'ouverture de la trésorerie et sous réserve de possibilité de sortie pour le détenteur des fonds. L'organisation des sorties doit être anticipé

par les équipes et à défaut de l'être suffisamment, le patient qui bénéficie d'une autorisation de sortie pour la journée ou la fin de semaine ne pourra pas en profiter, faute de moyens financiers accessibles. Les patients sortant définitivement doivent, de même, revenir à la trésorerie pour récupérer leurs biens ce qui présente des difficultés pour les personnes dont le domicile est éloigné.

RECOMMANDATION 37

La suppression des régies des hôpitaux doit être compensée par l'organisation de services permettant aux patients d'accéder aisément à leurs valeurs, aux heures ouvrables.

Section 3

Le secret médical est inégalement préservé

Le secret médical s'impose à tout médecin et professionnel de santé. Son respect pour tout intervenant est un droit fondamental pour le patient.

I – Dans les établissements psychiatriques

A – Les droits au secret médical et à la confidentialité ne sont pas toujours observés dans la distribution des traitements

La dispensation des médicaments est un acte infirmier important qui permet, même sur un temps bref, un échange et une évaluation de l'observance, de la tolérance des traitements mais également de l'évolution de la symptomatologie du patient.

Cette distribution se fait de manière très variable selon les établissements voire dans un même établissement selon les services.

Le plus fréquemment, la distribution se fait au moment des repas au vu et au su de tous les patients et se plaindre de certains effets secondaires d'ordre intime devant une tableée d'inconnus peut être particulièrement embarrassant.

La distribution des traitements se fait parfois dans l'office infirmier porte fermée mais les patients attendent les uns derrière les autres dans le couloir. Cette façon de faire est également peu respectueuse de la dignité attendue pour ce soin.

Parfois, seuls certains traitements comme les traitements de substitution orale pour la dépendance aux opiacés sont distribués individuellement en salle de soins infirmiers. Cette exception devient une stigmatisation supplémentaire aux yeux des patients qui attendent dans le couloir leur traitement quotidien¹.

RECOMMANDATION 38

La confidentialité des soins doit être respectée également lors de la distribution des traitements.

En revanche dans un établissement², cette dispensation se fait dans un espace fermé sous forme de guichet, contigu à la salle de soins et permet d'accueillir le patient afin de lui remettre son traitement en toute confidentialité ; une information indique les plages horaires d'ouverture de la distribution, laissant une latitude au patient sur le moment de sa venue et évitant des files d'attentes.

B – Les fichiers informatiques partagés

En mai 2018, un décret³ autorise les agences régionales de santé (ARS) à créer un fichier informatique géré par les agences régionales de santé avec le logiciel HOPSYWEB concernant

1. Voir CGLPL, rapport de visite du centre hospitalier Ravenel à Mirecourt, avril 2018.

2. Constats réalisés à l'occasion de la deuxième visite du centre psychothérapique de l'Ain à Bourg-en-Bresse en juin 2019 (rapport en cours d'élaboration).

3. 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.

les soins sans consentement. Ce fichier comprend des données d'identification de la personne, données d'identification des médecins auteurs des certificats médicaux ou des rapports d'expertise, informations administratives ou juridiques des personnes en soins sans consentement, adresses électroniques des professionnels intervenant dans le suivi, données d'identification des avocats ou des individus chargés de la protection juridique des personnes concernées ainsi que les nombreux destinataires de ces données parmi lesquels le représentant de l'État dans le département, le juge des libertés et de la détention (JLD), le procureur de la République du tribunal judiciaire, le directeur de l'établissement d'accueil ou l'agent placé sous son autorité, l'avocat de la personne ou encore les membres de la commission départementale des soins psychiatriques (CDSP), les fonctionnaires du greffe du tribunal judiciaire chargés des procédures de soins sans consentement, le maire, ou à Paris le commissaire de police, auteur d'un arrêté prenant les mesures provisoires en vue d'une admission en soins psychiatriques.

Dès sa parution ce décret a entraîné de nombreuses protestations, autant des professionnels de santé que des usagers, ainsi que des recours auprès du Conseil d'État. La mise en œuvre de ce nouveau traitement doit être l'occasion de réévaluer l'opportunité de transmettre au préfet, ainsi que le prévoit l'article 3212-5 du code de la santé publique¹, les décisions d'admissions prises en soins sans consentement par le directeur de l'établissement. La transmission de ces décisions informe, *ipso facto*, le destinataire que la personne concernée souffre d'une pathologie mentale.

1. Article 3212-5 du code de la santé publique : « Le directeur de l'établissement d'accueil transmet sans délai au représentant de l'Etat dans le département ou, à Paris, au préfet de police, et à la commission départementale des soins psychiatriques mentionnée à l'article L. 3222-5 toute décision d'admission d'une personne en soins psychiatriques en application du présent chapitre. Il transmet également sans délai à cette commission une copie du certificat médical d'admission, du bulletin d'entrée et de chacun des certificats médicaux mentionnés aux deuxième et troisième alinéas de l'article L. 3211-2-2. »

RECOMMANDATION 39

Les dispositions de l'article L. 3212-5 du code de la santé publique qui prévoient la transmission au préfet et à la commission départementale des soins psychiatriques des décisions d'admissions prises en soins sans consentement par le directeur de l'établissement doivent être réévaluées.

Le 6 mai 2019, un nouveau décret¹ autorise le croisement entre les données gérées par l'outil HOPSYWEB et le fichier de traitement des signalements pour la prévention de la radicalisation à caractère terroriste.

L'existence de ces fichiers constitue une atteinte majeure à la confidentialité des soins et entraîne une stigmatisation de personnes la plupart du temps vulnérables ou qui à l'occasion d'un épisode clastique dans un cadre conflictuel vont se retrouver cataloguées comme dangereuses.

RECOMMANDATION 40

Les traitements informatiques croisant les données des fichiers du type de celui géré par les agences régionales de santé par le logiciel HOPSYWEB avec celles de fichiers de signalement de la radicalisation ou du terrorisme font regarder systématiquement des personnes vulnérables comme problématiques, voire dangereuses. Ces traitements doivent être supprimés.

1. 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, *Journal officiel* du 7 mai 2019.

Il faut noter qu'au jour de la rédaction de ce texte, le conseil d'État a annulé trois dispositions du décret du 23 mai 2018 ¹.

II – Dans les unités de soins en milieu pénitentiaire (USMP)

Le guide méthodologique ² décrit des conditions d'exercice de la médecine et de la psychiatrie en milieu pénitentiaire préservant la confidentialité et le secret médical.

Néanmoins, le renforcement des mesures sécuritaires met à mal ces conditions : difficultés à voir les patients, remise de traitement devant les surveillants, entretien non confidentiel réalisé en présence de surveillants au prétexte de la sécurité et de la protection du personnel soignant.

RECOMMANDATION 41

La situation de soin en milieu pénitentiaire n'exonère en rien les intervenants du respect du secret médical. En tant que de besoin, le personnel médical et soignant doit exiger des conditions permettant ce respect.

1. Conseil d'état, 4 octobre 2019, requête N° 421329, article 3 du dispositif : « Le a) du 5° et le 6° de l'article 1er du décret du 23 mai 2018 sont annulés en tant qu'ils ne conditionnent pas la consultation nationale des données collectées dans chaque département par les services centraux du ministre chargé de la santé aux fins de statistiques, ni l'exploitation statistique des données collectées au niveau départemental pour la confection du rapport d'activité annuel des commissions départementales des soins psychiatriques à la pseudonymisation des données utilisées. »

2. Instruction interministérielle n° DGS/SP/DGOS/DSS/DGCS/DAP/DPJJ/2017/345 du 19 décembre 2017 relative à la publication du guide méthodologique relatif à la prise en charge sanitaire des personnes placées sous main de justice.

Section 4**Les fonctionnements méconnaissent souvent la dignité et l'intimité du patient sans pour autant préserver sa sécurité**

Les modes de fonctionnement de nombreuses unités entraînent, ainsi qu'on l'a vu, des atteintes à l'intimité du patient. Ces atteintes ne sont évidemment pas souhaitées en tant que telles, elles sont souvent la conséquence de préoccupations qui y conduisent comme la prévention d'actes auto agressifs ou le souci de veiller sur le patient. On pourrait donc s'attendre à ce que la sécurité de celui-ci soit prise en compte dans les organisations des structures, tel est rarement le cas.

I – Le respect de la dignité

L'atteinte la plus manifeste à la dignité, dont il convient tout de même de préciser qu'elle tend à disparaître, est l'obligation faite au patient de revêtir le pyjama de l'hôpital. Comme celui-ci n'est pas toujours adapté à la corpulence du malade, on a pu voir des patients boudinés dans le vêtement ou au contraire devant retenir leur pantalon pour ne pas le perdre en marchant. On a même vu dans un établissement qui n'avait plus les moyens de fournir des pyjamas utiliser de simples chemises d'hôpital qui ne cachent pas totalement la nudité, et dont les soignants, devant les contrôleurs, assuraient – imparfaitement – la fermeture dans le dos avec des pinces¹.

La pratique est presque systématique en chambre d'isolement. Dans les autres circonstances, elle peut concerner tous les patients pendant les premiers jours suivant l'admission avec la justification « thérapeutique » qu'il faut que l'arrivant comprenne qu'il est malade et hospitalisé pour être soigné. Parfois, elle ne concerne que la personne présentant des tendances suicidaires

1. Voir CGLPL, rapport de visite de l'unité d'hospitalisation psychiatrique du centre hospitalier d'Amilly-Montargis, février 2017.

en vue d'assurer sa sécurité en l'empêchant d'utiliser ses propres vêtements pour des gestes auto-agressifs. Un tel motif laisse à penser que les unités, les plus nombreuses heureusement, qui ne recourent pas à cette mesure prendraient des risques inconsidérés.

La sanction disciplinaire n'est pas exclue : « Il a été toutefois indiqué que les entrants étaient soumis au port du pyjama bleu de l'hôpital pendant une phase d'observation dont la durée diffère selon la pratique des médecins ; en outre, en cas de non-respect d'une autorisation de sortie ou de constatation d'un état d'ébriété, le patient est mis en pyjama »¹.

Une autre justification, plus répandue sans être pour autant avouée, est de limiter les « fugues », avec un résultat mitigé, le port du pyjama n'empêchant pas les plus déterminés des patients de quitter les lieux.

Il est des hôpitaux où les explications données sont aussi multiples que confuses (prévention des « fugues », prise de conscience de l'hospitalisation, prévention du port d'objets dangereux, chaleur de l'été, confort, etc.) peu argumentées révélant une totale absence de réflexion sur le sujet². On a même vu un établissement qui justifiait cette disposition pour reconnaître les patients des visiteurs ou des intervenants³. À l'inverse, des établissements n'y recourent en aucune circonstance, n'en disposant même pas⁴.

Dans tous ces cas, la mesure est dégradante.

Les conditions d'hébergement conduisent parfois à des situations tout aussi humiliantes, notamment s'agissant de l'accès aux sanitaires. Les contrôleurs ont à plusieurs reprises constaté l'absence de toilettes – ou l'impossibilité d'y accéder – dans les chambres

1. Voir CGLPL, rapport de visite du centre hospitalier Guillaume Régnier de Rennes, septembre 2012.

2. Voir CGLPL, rapport de visite du centre hospitalier Les Murets à La Queue-en-Brie, juillet 2018.

3. Voir CGLPL, rapport de visite du centre hospitalier de la Côte basque à Bayonne mai 2009.

4. Voir CGLPL, rapport de visite du centre hospitalier spécialisé de Castelluccio à Ajaccio, avril 2017.

d'isolement et même les chambres d'hébergement, absence compensée par la mise à disposition d'un seau ou d'un urinal¹.

RAPPORT DE VISITE DU CENTRE HOSPITALIER ALPES-ISÈRE À SAINT-EGRÈVE (2018)

« Toutes les chambres disposent de toilettes, de douche et d'un accès à l'eau, mais dans une pièce séparée par une porte toujours fermée (unités Lainé, 104, Rimbaud, Prévert, Fodéré, UCAP, 101, Berlioz, Esquirol). Les patients doivent donc appeler pour se rendre aux toilettes ; plusieurs chambres disposent d'un seau hygiénique (ou « pot de chambre ») voire d'un urinal laissant à penser que les patients n'appellent pas pour aller aux toilettes et utilisent le seau (unités Berlioz, Esquirol, Charmeil, Fodéré). Un seau était encore non vidé lors du passage d'un contrôleur en fin de matinée dans une unité. »

II – Le droit à la sécurité et à la sûreté

Les portes des chambres sont rarement équipées de verrous de confort laissant les occupants dans la crainte d'intrusion d'autres patients, surtout la nuit. Lorsque le placard n'est pas équipé de serrure, ce qui est fréquent, les patients qui veulent se garantir de vols doivent entreposer leurs biens les moins volumineux (cigarettes, valeurs, bijoux, etc.) dans le bureau des soignants.

RECOMMANDATION 42

Les portes des chambres doivent être équipées de serrures permettant au seul patient et aux soignants de les ouvrir et préservant l'occupant de toute intrusion. Les chambres doivent être équipées de placards fermant à clef.

1. Voir CGLPL, rapport de visite du centre hospitalier interdépartemental de Clermont de l'Oise, notamment secteur de psychogériatrie, juin 2013.

Nombre de chambres ne sont pas équipées de boutons d'appel, il en est même ainsi, plus dangereusement encore, des chambres d'isolement.

Les parcs, souvent très grands, sont le lieu de marchés de produits illicites, stupéfiants ou alcool. Ces trafics sont, qui en tant que tels, sources de vols ou de violences mais surtout portent sur des produits dont la consommation favorise les décompensations psychotiques.

La plupart des établissements cherchent vainement une réponse efficace pour limiter sinon mettre fin à ces intrusions. Certains en viennent à des initiatives contestables comme celle de fouiller les sacs, chambres et placards des patients voire de demander aux visiteurs d'ouvrir leurs sacs, fouille éventuellement effectuée par une société privée ¹.

**RAPPORT DE VISITE DU CGLPL AU PÔLE
SANTÉ MENTALE DU CENTRE HOSPITALIER
ANNECY GENEVOIS (2018)**

« Posant l'interdiction de l'introduction, la détention et la consommation de « produits illicites », le futur règlement intérieur des unités du pôle de santé mentale évoque la possibilité pour le directeur du centre hospitalier de « demander l'intervention d'une brigade cynophile de la gendarmerie ». Il a été rapporté que plusieurs opérations préventives de contrôle étaient périodiquement organisées au sein même des unités, particulièrement au moment des repas lorsque l'ensemble des patients se retrouvent attablés dans la salle à manger. Un chien circule alors autour des différentes tables et, en cas de « marquage », le patient concerné est placé à l'écart pour être fouillé par palpation, sa chambre faisant parallèlement l'objet d'une fouille. Il a été indiqué que des patients étaient troublés par cette procédure qui générait en eux une certaine angoisse. »

1. Voir CGLPL, rapport de visite du centre hospitalier spécialisé Maison Blanche (site d'Avron) à Paris, octobre 2016.

RECOMMANDATION 43

La pratique des fouilles des patients, de leurs placards ou des sacs des visiteurs, qui constitue une violation de l'intimité et une atteinte à la dignité, doit être proscrite. Il ne peut être dérogé à cette interdiction que dans les situations exceptionnelles, où une fouille permettrait de prévenir un risque grave et imminent pour le patient ou pour des tiers.

Enfin, il est souvent recouru à des services de sécurité en cas de violences de patients. Certains établissements organisent ces services en y affectant des agents hospitaliers formés à la gestion des violences et à des pratiques de désescalade¹. Beaucoup d'autres ont recours à des sociétés privées dont les agents n'ont aucune formation particulière et qui, pourtant, interviennent auprès des patients, notamment pour les maîtriser physiquement lors de placements en isolement ou tout acte ultérieur lors de l'isolement.

RECOMMANDATION 44

L'intervention directe d'agents de services de sécurité auprès des patients doit être prohibée.

Section 5

Les relations sociales sont maintenues avec difficulté

Le maintien des relations avec l'extérieur de l'hôpital constitue un droit pour tout patient² et la circonstance que les soins

1. Voir CGLPL, rapport de visite du centre hospitalier spécialisé de Castelluccio à Ajaccio, avril 2017.

2. Article L. 1110-4 du code de la santé publique : « Toute personne prise en charge par un professionnel de santé, un établissement ou un des services de santé définis au livre III de la sixième partie du présent code, [...] a droit au respect de sa vie privée et du secret des informations la concernant. »

soient contraints n'y apporte aucune limitation. Outre l'accès aux médias (journaux, télévision, radio), l'exercice de ce droit prend principalement deux formes, les visites et les communications par téléphone, par courrier ou par messagerie.

On conçoit que les visites puissent être interdites ou limitées en raison de l'état du patient auquel elles pourraient être néfastes ou bien qu'elles écartent certains proches importuns ou franchement toxiques. Il n'a été que très rarement constaté que l'interdiction soit systématique. Quelques établissements permettent même aux familles de prendre un repas avec leurs proches dans le réfectoire¹.

Ce sont les conditions offertes pour le déroulement des visites qui peuvent de façon insidieuse porter atteinte à l'exercice de ce droit. Il en est ainsi lorsque les conditions des visites ne garantissent pas l'intimité souhaitable ou le confort pour les familles : dans nombre d'établissements, faute de pièce affectée et aménagée à cette fin, les visites se déroulent en « salle de vie », parmi les autres patients et dans le bruit. Parfois, même lorsque les patients bénéficient de chambres individuelles, il ne leur est pas possible d'y recevoir leurs proches sans que cette interdiction reçoive une justification autrement convaincante que « c'est la règle ». Dans des établissements aux locaux dégradés, il a pu être reconnu par certains interlocuteurs, qu'ils ne souhaitaient pas que les familles voient les lieux où vivait leur proche pendant son hospitalisation. Des conditions matérielles désagréables dissuadent les amis et familles d'aller visiter un proche dont les troubles rendent souvent déjà les relations difficiles.

À cet égard, il est important que les patients puissent voir leurs enfants. Il est constaté que les règles appliquées sont très disparates, variant de l'interdiction générale et absolue à l'absence totale d'intervention. Or, la gestion des visites des mineurs doit être organisée au cas par cas, adaptée à l'état du patient, du mineur et des relations familiales.

1. Voir CGLPL, rapport de visite du centre hospitalier de Papeete, décembre 2012 ; deuxième visite du centre psychothérapique de l'Ain à Bourg-en-Bresse, juin 2019.

Les horaires peuvent constituer une difficulté supplémentaire : si les visites s'arrêtent à 18h, elles ne sont guère possibles pour les personnes exerçant un emploi ou qui ont en charge de jeunes enfants.

RAPPORT DE VISITE DE L'UNITÉ POUR MALADES DIFFICILES DE PLOUGUERNÉVEL (2015)

« Les visites sont autorisées les jours ouvrés de 14h30 à 16h15. Elles ont lieu sous la surveillance d'un infirmier. L'éloignement, les moyens d'accès restreints pour les personnes non véhiculées et l'absence de créneau horaires pendant les week-ends et jours fériés, restreignent les possibilités de visites. »

RECOMMANDATION 45

Les unités d'hospitalisation doivent aménager des salons offrant des conditions agréables, dignes et garantissant l'intimité des visites. Sauf exception tenant à son état clinique, le patient qui occupe seul sa chambre doit pouvoir y recevoir ses visiteurs.

Les visites des enfants à leurs proches ne doivent pas être systématiquement interdites mais adaptées à la situation familiale et à l'état du patient.

S'agissant du téléphone portable, les pratiques sont très variables. Les restrictions figurent le plus souvent dans les « règles de vie » des unités qui s'appliquent à tous les patients – en soins libres comme en soins contraints –, avec des motifs toujours tirés de risques variés : de geste suicidaire avec le cordon d'alimentation, de harcèlement de correspondants, de prise de photos ou de films d'autres patients qui seraient ensuite publiés sur internet, de vols, etc.

La disposition sans restriction, sauf pour des motifs tenant à la clinique, se constate rarement. L'accès est partout cadré mais les règles varient : l'utilisation du téléphone peut n'être autorisée que dans certains lieux – le parc, ou seulement dans la chambre ou au contraire seulement dans la salle de vie –, sous la surveillance, voire l'écoute, des soignants, à certaines heures, pour des durées limitées ou pour un usage spécifique – consulter les messages – avec une fréquence standardisée – par exemple une ou deux fois par semaine ou par jour. Les règles pouvant varier d'une unité à l'autre, dans un même établissement, les patients selon leur domicile – donc leur secteur et donc leur unité d'hospitalisation – auront un accès différent au téléphone.

RAPPORT DE VISITE DU CENTRE HOSPITALIER DE LANNEMEZAN (2018)

« Quand un patient est admis dans une unité fermée, son téléphone lui est retiré au moment de l'inventaire. Ensuite, le téléphone est autorisé ponctuellement, selon des règles qui diffèrent quelque peu d'une unité à l'autre : les patients peuvent consulter leurs messages et en envoyer entre 18h et 19h dans le pôle 1, à certaines heures dans le pôle 2 et les patients autorisés à sortir de l'unité peuvent récupérer leur téléphone lorsqu'ils se rendent dans le parc. Les cordons des chargeurs ne sont pas laissés aux patients et sont conservés dans les bureaux infirmiers. »

Dès lors qu'elles sont systématiques, au lieu d'être individualisées et motivées par l'état clinique du patient, ces restrictions constituent une atteinte au droit de communiquer. En outre, elles sont le plus souvent absurdes : lorsque les patients récupèrent leur téléphone pour se rendre au parc, ils peuvent photographier, filmer, harceler et prêter leur téléphone à ceux qui n'ont pas le droit de récupérer le leur pendant ces sorties.

Elles sont aussi dégradantes : dans un service où les téléphones personnels étaient systématiquement écartés et où aucun poste en accès libre n'était disponible, les patients, quel que soit leur statut, n'avaient droit qu'à deux communications au maximum par jour (entrantes ou sortantes), *via* un téléphone sans fil du service qui ne pouvait être déverrouillé que par le personnel soignant. C'est donc ce dernier qui composait le numéro. En dehors de ces deux appels, les familles ne pouvaient que laisser un message au personnel soignant. Cette restriction mettait les patients dans des situations humiliantes : ainsi les contrôleurs ont entendu deux d'entre eux se demander si un message laissé au correspondant qui ne répondait pas « comptait pour un appel ».

RECOMMANDATION 46

Les patients doivent pouvoir conserver leur téléphone portable à tout moment. Toute restriction à cette règle doit être justifiée par l'état clinique du patient et limitée dans sa durée. En pareil cas, un accès à un téléphone géré par les soignants doit toujours être possible.

Section 6

Les mesures normatives prises pour encadrer l'isolement et la contention ne parviennent qu'imparfaitement à leur objectif

I – Le renforcement législatif des recommandations sur les pratiques d'isolement et de contention

En 2004, des recommandations issues de la conférence de consensus de l'Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé (ANAES¹) et de la Fédération hospitalière de France sont

1. L'ANAES a été remplacée par la Haute autorité de santé (HAS) en 2005.

publiées relatives à la liberté d'aller et venir dans les établissements sanitaires et médico-sociaux, et à l'obligation de soins et de sécurité.

Auparavant, l'ANAES avait élaboré un référentiel relatif à la mise en chambre d'isolement dans lequel figurent cinq indications admises pour y recourir. Ce référentiel, établi en 1998, comporte vingt-trois critères qui précisent les points de bonne pratique à vérifier dans cette approche qualité.

La loi du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé a précisé dans son article 72 codifié à l'article L. 3222-5-1 du code de la santé publique ce que la société acceptait en matière d'isolement et de contention :

« 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.

« 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 [...]. 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. ».

Le CGLPL, dans un rapport sur l'isolement et la contention publié en mai 2016¹, montrait les atteintes certaines, plus au moins graves, plus ou moins étendues selon les circonstances, que les pratiques de ces mesures portaient au respect des droits fon-

¹. CGLPL, Isolement et contention dans les établissements de santé mentale, Dalloz, 2016.

110 damentaux des personnes hospitalisées. Ce rapport énumérait des recommandations à observer pour éviter ces atteintes¹.

En février 2017 la HAS a publié des recommandations de bonne pratique confortant l'essentiel des préconisations du CGLPL.

RECOMMANDATIONS DE BONNES PRATIQUES DE LA HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ

« Il doit s'agir de faire face à un danger important et imminent pour le patient ou autrui. L'utilisation de la contention et de l'isolement ne peut avoir lieu que pour une durée limitée, après une évaluation du patient, sur décision du médecin présent. Si ce n'est pas le fait d'un psychiatre, la confirmation de cette décision par un tel spécialiste doit intervenir dans l'heure. La contention ne peut être mise en place que dans le cadre de l'isolement.

À l'initiation de la mesure d'isolement, l'indication est limitée à 12 heures (6 heures pour la contention), En cas de prolongation, la décision et la fiche de prescription doivent être renouvelées toutes les 24 heures. Les isolements de plus de 48 heures et les contentions de plus de 24 heures doivent rester exceptionnels.

La mise en place d'une mesure d'isolement doit être effectuée dans des conditions de sécurité suffisantes pour le patient et l'équipe de soins dans un lieu dédié adapté, un espace d'isolement qui permette le repos et l'apaisement. La contention mécanique doit être faite dans cet espace. Enfin, il est primordial que le patient en situation d'isolement ou de contention bénéficie d'une surveillance accrue avec au minimum deux visites médicales toutes les 24 heures. [...]

De façon exceptionnelle et uniquement dans les situations d'urgence, il peut être possible, à titre dérogatoire, d'isoler pour des raisons tenant à sa sécurité un patient en soins

1. Ibid., pages 157 et suivantes.

libres. La durée de cet isolement ne pouvant pas dépasser les 12 heures, soit le temps maximum nécessaire à la résolution de la situation d'urgence ou à l'initiation de la transformation de son régime de soins.

En cas de décision prise par un interne ou un médecin non psychiatre, et durant les périodes de garde, cette décision doit être confirmée par un psychiatre dans l'heure qui suit. Cette confirmation peut se faire par téléphone en fonction des informations échangées. Cette confirmation doit être tracée dans le dossier du patient.

En complément de ce travail, une réflexion doit également être menée dans tous les lieux où existe une pratique d'isolement et de contention (pédopsychiatrie, établissements de santé non autorisés à l'accueil de patients en soins sans consentement, urgences, médecine-chirurgie-obstétrique, médico-social, unités de soins de longue durée [USLD], etc.). L'utilisation des mesures d'isolement ou de contention constitue une restriction majeure à la liberté individuelle et doit être une mesure d'exception et temporaire. L'application de ces mesures doit se faire dans le respect, la dignité et la sécurité, en assurant le confort de la personne, et doit faire l'objet d'une supervision attentive. »

La qualification de décision apportée par la loi de 2016 à une mesure d'isolement a pour effet juridique de permettre à la personne à laquelle elle s'applique de la contester devant un juge ; la loi n'a pas précisé le juge compétent et les établissements ne mettent jamais la personne isolée en situation d'exercer ce droit (notification de la décision, voies et délais de recours, moyens matériels), notamment parce qu'ils ne peuvent apporter aucune précision sur les modalités de recours. Mais avant toute démarche contentieuse, il serait souhaitable que des proches désignés dans des directives anticipées, singulièrement la personne de confiance, soient informés de la décision de sa mise à l'isolement si le patient l'a demandé dans le cadre de directives anticipées (cf. chapitre 4, section 2, III).

RECOMMANDATION 47

Le proche désigné par le patient dans ses directives anticipées doit être informé de la mise en isolement, et sous contention le cas échéant, de celui-ci. À défaut, le procureur doit être immédiatement informé de cette mesure.

RECOMMANDATION 48

Le législateur doit désigner le juge compétent pour statuer sur les recours relatifs aux décisions de placement en isolement et préciser la procédure du recours.

L'isolement pour les personnes mineures est très problématique : les mineurs, dans la majorité des cas, sont hospitalisés à la demande des parents ; il n'existe alors pour eux aucun recours ni aucun autre tiers pour contester l'hospitalisation ou les modalités de prise en charge dont l'isolement, questions abordées par le CGLPL dans un rapport thématique sur les droits fondamentaux des mineurs en établissement de santé mentale¹. Dans certains établissements, infirmiers et médecins se dédouanent de cette question en soulignant, lorsque c'est le cas, que les parents sont prévenus de la mise en isolement. Les hospitalisations des mineurs en psychiatrie sont des périodes de non droit, en contradiction avec la loi du 4 mars 2002 qui précise que la parole de l'enfant doit être entendue. Compte tenu des difficultés qui entourent souvent les troubles du comportement des mineurs, il serait souhaitable qu'un tiers à l'institution hospitalière et à la famille soit mis en mesure de jouer un rôle médiateur ou de contrôle.

1. CGLPL, Les droits fondamentaux des mineurs en établissement de santé mentale, Dalloz, 2017.

II – Le respect de l'ensemble de ces recommandations peine à se généraliser

La loi comme les recommandations de la HAS ont provoqué un réel questionnement des équipes sur leur pratique de l'isolement et de la contention, questionnement plus ou moins intense, plus ou moins abouti. En 2019, tous les établissements contrôlés connaissent ces recommandations mais peu les mettent réellement en application dans leur intégralité. Les recommandations du CGLPL publiées dans son rapport de 2016 sont très inégalement appliquées, les visites montrent que même les dispositions de la loi et les recommandations de bonne pratique de la HAS ne le sont pas mieux.

A – Les mesures sont imparfaitement tracées

Le registre dont la tenue est prévue par l'article L. 3222-5-1 du code de la santé publique est loin d'être mis en place dans tous les établissements ; certains n'en tiennent aucun ¹, d'autres ont créé des registres qui ne recensent pas toutes les mesures ² ou toutes les informations permettant une exploitation statistique aisée. Seule la surveillance infirmière est partout correctement tracée, à de rares exceptions près ³.

La loi mentionne les informations qui doivent être inscrites dans le registre, sans exclure que d'autres puissent y figurer, comme l'âge ou le sexe du patient isolé.

Diverses démarches de mises en œuvre ont été constatées. Dans certains établissements, la réflexion collective sur l'élaboration du registre et les informations à y faire figurer – outre celles prévues par la loi – afin de permettre une observation des pratiques d'isolement et de contention s'est alimentée d'une réflexion sur ces pratiques elles-mêmes et leurs effets.

1. Voir CGLPL, rapport de visite du centre hospitalier intercommunal de Meulan-Les Mureaux, janvier 2017.

2. Voir CGLPL, rapport de visite du centre hospitalier Ravenel à Mirecourt, avril 2018.

3. Voir CGLPL, rapport de visite du centre hospitalier spécialisé de Cayenne, octobre 2018.

**RAPPORT DE VISITE DU CENTRE HOSPITALIER
LES MURETS À LA QUEUE-EN-BRIE (2018)**

« Un groupe de travail a été constitué pour établir le registre exigé par l'article L. 3222-5-1 du code de la santé publique. Il a associé une large palette de professionnels : médecins, responsables de la qualité, département de l'information médicale, informaticiens, secrétaires médicales. Outre le souci de répondre à l'obligation légale, la démarche a permis de réfléchir à la constitution d'indicateurs et d'un outil de pilotage en vue de faire avancer la réflexion et baisser le recours à l'isolement ; elle a également été l'occasion de mettre en évidence des éléments de restrictions de liberté des patients qui passaient inaperçus ou restaient ignorés et de rechercher des solutions. »

Dans une démarche identique, certains établissements ont développé des outils d'analyse pertinents que ce soit à travers des évaluations des pratiques professionnelles ou des évaluations régulières, ou encore des systèmes informatisés de suivi des mesures.

La plupart des établissements ont établi le registre en extrayant les données des dossiers patient informatisé (DPI) dont une rubrique permet d'enregistrer les éléments d'une mesure d'isolement. Les fournisseurs des logiciels de gestion des DPI y ont ajouté un outil produisant, par extraction des données un registre d'isolement ; celui-ci répond aux exigences minimales de la loi sans qu'il soit possible, pour l'établissement client, de l'enrichir d'autres données d'observations. Il manque ainsi parfois le statut légal d'admission du patient isolé.

Les registres ne sont souvent qu'une exploitation à l'échelle de l'établissement de la base de données sans qu'il soit possible d'en tirer une observation fiable, globale ou par unité, des pratiques d'isolement et de contention ¹.

1. Le registre qui extrait les données du DPI en reprend les imperfections et erreurs dont les plus fréquentes : la rubrique « isolement » remplit autant de fois que de

Les données d'observation du nombre et des durées moyennes d'isolement ainsi produites n'ont aucune fiabilité. En outre, les informations n'étant pas entrées avec la même rigueur ou homogénéité d'une unité à l'autre¹ les comparaisons et évaluations des pratiques sont rarement pertinentes.

Au demeurant, rares sont les établissements qui se sont servis de ces données pour effectuer une réelle analyse des pratiques à partir d'observations réalisées sur des périodes significatives.

Faute d'un registre fiable, il est habituel, lors des contrôles, de devoir demander aux départements d'information médicale (DIM) de retraiter les données pour obtenir un ensemble exploitable permettant une approche de la pratique.

Les données actuellement colligées au niveau national ne permettent pas aujourd'hui de connaître les pratiques.

RECOMMANDATION 49

Le ministre chargé de la santé doit produire une circulaire qui précise les données devant figurer dans le registre d'isolement et les modalités de leur enregistrement qui en garantissent la pertinence pour l'analyse de pratiques. Les éléments relatifs à chaque mesure doivent comporter, a minima sa durée totale, le statut initial du patient et son statut vingt-quatre heures après, le lieu d'exécution de la mesure, l'existence et la durée d'une contention associée.

RECOMMANDATION 50

Un observatoire national des pratiques d'isolement et de contention doit être mis en place. Les données des registres d'isolement doivent lui être régulièrement communiquées.

renouvellements ou l'absence d'enregistrement de la levée de la mesure. Voir par exemple CGLPL, rapport de visite du centre hospitalier spécialisé de Blain, juin 2018 ; rapport de visite du centre hospitalier Edouard Toulouse à Marseille, octobre 2016.

1. Voir CGLPL, rapport de visite du centre hospitalier spécialisé de Cadillac, juin 2017.

B – Des mesures d'isolement sont prises par des praticiens non-psychiatres sans validation ultérieure par un psychiatre

La loi indique que seul un psychiatre est habilité à prendre une décision d'isolement ou de contention ; une telle décision ne peut donc être prise par un médecin non-psychiatre que s'il fait secondairement valider sa décision par un psychiatre qui en devient responsable. La recommandation de la HAS valide ce point de vue et impose un délai d'une heure pour l'intervention de cette validation. En outre, le CGLPL considère que le psychiatre validant la décision doit avoir conduit avec le patient un entretien permettant éventuellement d'apaiser la crise ou avoir à tout le moins, observé et évalué lui-même son comportement.

Il est encore trop souvent constaté que des internes prennent les décisions de placement en isolement, et que ces décisions ne sont pas toujours validées, même par téléphone, par un psychiatre.

Contrairement à toutes les recommandations, les « prescriptions si besoin » de mise en isolement perdurent, permettant aux infirmiers de décider de placer le patient en chambre d'isolement, par exemple en cas d'agitation ou s'il refuse de prendre son traitement. Ces décisions déléguées concernent principalement les nuits et les week-ends.

RECOMMANDATION 51

Toute décision d'isolement ou de contention prise par un médecin non-psychiatre doit être validée, dans le délai d'une heure, par un psychiatre après une rencontre entre le patient et ce dernier.

C – Les circonstances de la décision d'isolement et son déroulement ne sont pas conformes aux recommandations

1 – Les alternatives sont peu recherchées et peu tracées

Les alternatives à la mise en isolement envisagées sont évoquées – entretien, sortie dans le parc, utilisation de matériel de

sport (sac de frappe) – mais jamais tracées ni dans le dossier patient, ni dans le registre. Elles figurent rarement dans les protocoles de mise en chambre d'isolement.

RECOMMANDATION 52

Les alternatives à l'isolement ou la contention doivent être explicitées dans les protocoles de mise en isolement.

2 – La durée de l'isolement n'est pas limitée à la crise

En raison de l'imprécision des moyens de suivi des mesures explicitées ci-dessus, il est parfois difficile d'objectiver la durée des isolements. Cependant, les données précisées par les DIM et les entretiens avec les soignants montrent qu'un nombre important de mesures dépassent 24 heures. La variabilité des durées d'isolement laisse penser que ces mesures outrepassent les objectifs de la loi : « 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. »

RAPPORT DE VISITE DU CENTRE HOSPITALIER EDOUARD TOULOUSE À MARSEILLE (2016)

« On constate que le recours à l'isolement est important puisque sur les 871 patients de la file active d'hospitalisation complète des unités adultes, 369 – soit 42,36 % – ont fait l'objet d'une mise en chambre d'isolement et pour une durée moyenne particulièrement longue de 12,51 jours. »

3 – Un examen somatique n'est pas toujours pratiqué

Les contre-indications purement somatiques à l'isolement doivent être détectées. Or, un examen somatique n'est pas toujours effectué lors du placement.

RECOMMANDATION 53

Tout patient doit être examiné par un médecin généraliste ou par un urgentiste lors du placement en isolement ou sous contention.

4 – Des patients en soins libres sont isolés plus de douze heures

Les contrôles opérés montrent une prise en compte de plus en plus systématique des durées d'isolement de plus de douze heures pour des patients initialement en soins libres dont le statut d'admission est alors changé en soins sans consentement.

RAPPORT DE VISITE DU CENTRE HOSPITALIER RÉGIONAL UNIVERSITAIRE DE TOURS (2017)

« L'analyse des isolements connus depuis janvier 2017 indique les mêmes tendances ; les unités recensent chacune entre quinze et trente mises en isolement sur les onze premiers mois de l'année ; les personnes en soins libres sont parfois placées en isolement mais les soignants indiquent déclencher dans ce cas une procédure de placement en soins sans consentement dans des délais qui varient entre deux et vingt-trois jours ce qui est beaucoup plus que les douze heures recommandées par la Haute autorité de santé. »

D – Les conditions matérielles

1 – Les chambres d'isolement elles-mêmes offrent des conditions de séjour indignes

Les locaux d'isolement portent des noms variés, chambre « d'apaisement », « de soins intensifs », « de surveillance médicale », qui ne traduisent pas toujours la réalité de leur aménagement et de leur usage.

Nombre d'entre elles ne disposent pas du confort minimal : absence d'accès libre 24 h/24, à des toilettes qui soient installées dans un espace séparé du lit, avec une chasse d'eau en fonctionnement et du papier toilette. L'accès libre à un point d'eau n'est pas toujours non plus possible pour l'occupant.

RECOMMANDATION 54

Tout patient placé dans une chambre d'isolement doit pouvoir accéder aux toilettes et à un point d'eau.

L'intimité du patient est mise à mal : judas offrant une vue sur le WC, utilisation de vidéosurveillance¹ – éventuellement par une caméra thermique qui permet de visualiser les mouvements même dans l'obscurité –, de microphone². Lorsque l'accès à la chambre n'est pas précédé d'un sas, les personnes passant dans le couloir de desserte peuvent regarder l'intérieur³.

Certaines chambres sont encore dépourvues de dispositif d'appel⁴, ou bien le bouton d'appel est placé de telle sorte qu'il ne peut être actionné par un patient attaché sur le lit.

L'architecture ne respecte pas toujours les prescriptions de sécurité : pas de double entrée, pas de sas.

1. Voir CGLPL, rapport de visite du centre hospitalier spécialisé de Castelluccio à Ajaccio, avril 2017 ; rapport de visite du pôle psychiatrique du centre hospitalier intercommunal de Meulan-Les Mureaux, janvier 2017.

2. Voir CGLPL, rapport de visite de l'unité pour malades difficiles (UMD) du centre hospitalier du pays d'Eygurande, février 2013 ; rapport de visite du centre hospitalier d'Agen, juillet 2019.

3. Voir CGLPL, rapport de visite du centre hospitalier de Lannemezan, septembre 2018.

4. Voir CGLPL, rapport de visite du centre hospitalier spécialisé de Cadillac, juin 2017.

**RAPPORT DE VISITE DU CENTRE
HOSPITALIER RAVENEL À MIRECOURT (2018)**

« Les chambres des autres unités sont plus hétéroclites. Dans leur organisation, aucune ne respecte les préconisations de la HAS, aucune n'a de sas ni de bouton d'appel, celle de l'unité Tremplin n'a ni sanitaire ni même double accès. »

2 – L'isolement en chambre ordinaire est banalisé

L'isolement en chambre d'hébergement diminue, selon les interlocuteurs rencontrés, mais la pratique est encore retrouvée lorsqu'aucune chambre d'isolement n'est disponible. Les psychiatres rapportent de rares cas où cet isolement en chambre ordinaire est mieux approprié que l'isolement en chambre d'isolement car il faciliterait l'apaisement du patient sur une courte période, à condition d'absence de risque lié aux meubles et objets de la chambre. Il demeure que cette pratique est, de façon générale, à proscrire.

**RAPPORT DE VISITE DU CENTRE HOSPITALIER
DES MURETS À LA QUEUE-EN-BRIE (2018)**

« Les enfermements en chambre ordinaire ne sont pas exceptionnels, voire fréquents dans certaines unités. Ils ne sont pas toujours tracés. Dans une unité, lors de la visite, trois patients faisaient l'objet d'un enfermement en chambre hôtelière alors que la chambre d'isolement n'était pas occupée. Ces patients étaient soumis au port du pyjama « pour assurer leur sécurité ». Tous étaient en soins sans consentement. Ces enfermements ne sont pas toujours enregistrés. Ils s'accompagnent éventuellement de placement sous contention. Ainsi, à l'unité Kepler, entre le 1er août et le 31 décembre 2017, quatorze patients ont été enfermés en chambre ordinaire pour des durées allant de 12 heures à 504 heures, l'un ayant, en outre, été sous contention pendant 44 heures durant ses 21 jours d'enfermement. »

3 – Utilisation de la chambre d'isolement à des fins différentes de celle prévue

La plupart des établissements accueillant des personnes détenues placent *a priori* celles-ci en chambre d'isolement, isolement opéré en raison du statut pénal du patient et donc sans lien avec son état clinique. L'isolement répond ainsi à une préoccupation de sécurité pour le service et non pour le patient. La durée de cet isolement s'étend alors, dans cette mauvaise logique, à celle de l'hospitalisation, au détriment de la qualité du soin, du respect des droits de ces patients (impossibilité de visites, de communication téléphonique, restriction du tabac, etc.) et donc, de leur adhésion au soin (cf. chapitre 2, section 3, IV, E). Les rares services qui adoptent une conduite différente isolent tout de même le patient détenu à son arrivée pour un temps d'observation de son comportement avant de faire cesser son enfermement en chambre d'isolement, sans toutefois le laisser sortir de l'unité.

L'hébergement d'un mineur dans un service de majeurs ou à l'inverse d'un majeur dans la chambre d'isolement d'un service de pédopsychiatrie n'est pas exceptionnel.

L'utilisation de la chambre d'isolement comme chambre d'hébergement est encore très fréquente dans les établissements en tension.

La chambre du patient ne lui est pas toujours conservée pendant son placement en isolement. À la sortie de la crise, il ne retrouve pas sa chambre qui, en cas de sur occupation, a été attribuée à un autre patient.

RAPPORT DE VISITE DU CENTRE HOSPITALIER SAINT JEAN DE DIEU À LYON (2019)

« La chambre d'hospitalisation du patient n'est en pratique jamais conservée lors de l'entrée du patient en chambre d'isolement et sa chambre est attribuée à un autre patient en attente de place. Pour exemple, le 3 avril lors du contrôle, treize patients occupaient les treize chambres d'isolement et aucun patient n'avait de chambre d'hospitalisation.

En outre, des entrées directes dans les unités s'effectuent en chambre d'isolement lorsque l'unité d'origine n'a plus de place dans sa propre chambre d'isolement ou n'en dispose pas. Au moment du contrôle, plusieurs patients étaient ainsi en chambre d'isolement bien que ne le nécessitant plus car ils n'avaient plus de chambre, se trouvant même parfois dans une autre unité ou dans le service des mineurs. [...] Unité de pédopsychiatrie : Sur une file active de 100 patients, 39 patients ont été mis en isolement. Cependant, ces 39 personnes se décomposent en 12 mineurs et 27 patients majeurs (âgés de 18 à 59 ans, ayant fait l'objet de 30 mesures). »

4 – Les restrictions et atteintes aux droits et à la dignité y sont concentrées

L'accès au tabac est tributaire de la disponibilité de soignants pour assurer des sorties à l'air libre. Selon les organisations, ces sorties peuvent être possibles une fois par heure ou jamais ; dans ce cas, le patient peut être autorisé à fumer dans la chambre ou bien il est totalement privé de tabac. Il est regrettable que dans les très rares chambres d'isollements disposant d'un accès à une petite cour, cet accès ne soit pas ouvert en permanence, permettant au patient d'aller fumer seul quand il le souhaite. Les allume-cigarette sont encore rares dans les cours de psychiatrie. Quant à la proposition de substituts nicotiniques, elle ne répond que très partiellement aux besoins des patients isolés.

La dignité est mise à mal par l'imposition systématique du pyjama, la nudité, ou la présence de caméra. Même si le port systématique du pyjama tend à diminuer au fur et à mesure des contrôles, nombre des établissements contrôlés pratiquent encore cette stigmatisation sans fondement scientifique sur la prévention du suicide ou l'apport psychique de ce « contenant ». La mise à nu de patient en prévention du suicide s'observe encore désormais ponctuellement dans quelques établissements.

**RAPPORT DE VISITE DU CENTRE
HOSPITALIER LA CANDÉLIE À AGEN (2019)**

« Par ailleurs, les contrôleurs ont été informés dans plusieurs unités, de la pratique non écrite mais encore réelle de mise à nu de patients dans le cadre de la prévention du suicide en chambre d'isolement, sans drap (unité Claudel, Lautréamont, gérontopsychiatrie, etc.). »

RECOMMANDATION 55

La mise à nu des patients en chambre d'isolement est à proscrire, quel que soit leur état clinique. Les risques d'auto-agressivité doivent être prévenus par des dispositifs préservant la dignité du patient.

Chapitre 4

Les patients, mal informés, peinent à exercer leurs droits

Outre les droits que tout patient quel que soit son statut d'admission doit pouvoir exercer, une personne faisant l'objet d'une mesure de soins sans consentement dispose de droits propres. Selon les dispositions l'article L. 3211-3 du code de la santé publique ¹, elle doit être informée « de manière appropriée

1. Article L. 3211-3 du code de la santé publique : « (...) 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. »

à son état » de la décision d'admission et de toutes les décisions de maintien qui la suivent, ainsi que des raisons qui les motivent, être « mise à même de faire valoir ses observations, par tout moyen et de manière appropriée à cet état. ». Par ailleurs, quel que soit son état, elle dispose des droits énumérés à ce même article ¹.

Section 1

L'information du patient sur son mode d'admission et les droits qui en découlent lui est rarement prodiguée de façon utile

L'exercice de leurs droits par les patients admis en soins sans consentement est rendu d'autant plus difficile qu'ils ignorent ou ne comprennent par leurs droits et la portée de ceux-ci. L'information dispensée aux patients est partout incomplète sur certains points, notamment l'utilité particulière de la désignation et le rôle de la personne de confiance dans leur situation. Les personnes admises en soins sur décision du directeur de l'établissement (SDDE) ignorent que le tiers demandeur ou toute autre personne qui aurait pu l'être peut demander la levée de la mesure.

1. Article L. 3211-3 du code de la santé publique : « (...) 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. »

Elles ne sont jamais averties que le préfet du département va être informé¹ de la mesure de SDDE dont ils font l'objet et que cette information sera conservée dans un fichier dont le traitement est informatisé.

I – La notification des décisions

Le plus souvent, lors du premier entretien à l'arrivée, le psychiatre explique au patient son mode d'admission, s'il estime que celui-ci est en état de recevoir cette information. La décision d'admission elle-même n'est notifiée au patient qu'après avoir été formellement prise, ce qui peut n'intervenir qu'un ou plusieurs jours après l'admission, notamment si celle-ci a lieu juste avant ou au cours d'un week-end.

Pour ces formalités, le meilleur cotoie le pire : parfois une copie de la décision accompagnée d'un document reprenant les droits est remise au patient par des soignants ou des agents administratifs formés et assignés à cette tâche² et qui prennent le temps de donner des explications ; les différents certificats médicaux peuvent être également transmis au cours de la procédure³.

Il est rarement possible de vérifier si les observations du patient ont bien été recueillies, car dans presque tous les établissements,

1. Article L. 3212-5 du code de la santé publique : « I.– Le directeur de l'établissement d'accueil transmet sans délai au représentant de l'Etat dans le département ou, à Paris, au préfet de police, et à la commission départementale des soins psychiatriques mentionnée à l'article L. 3222-5 toute décision d'admission d'une personne en soins psychiatriques en application du présent chapitre. Il transmet également sans délai à cette commission une copie du certificat médical d'admission, du bulletin d'entrée et de chacun des certificats médicaux mentionnés aux deuxième et troisième alinéas de l'article L. 3211-2-2. »

2. Voir CGLPL, rapport de visite du pôle psychiatrie-addictions du centre hospitalier universitaire Henri Mondor à Créteil, janvier 2018 ; rapport de visite du centre hospitalier spécialisé Georges Daumézon à Orléans, février 2017.

3. Voir CGLPL, rapport de visite du centre hospitalier Guillaume Rognier de Rennes, septembre 2012.

il est affirmé que celles-ci sont retracées par le médecin dans le dossier médical du patient et couvertes, de ce fait, par le secret médical¹.

II – L'information sur les droits

Les droits propres du patient en soins sans consentement ne lui sont pas toujours notifiés clairement et explicités. Or, ces droits ne peuvent être exercés qu'à condition d'être connus et compris. Parfois ils figurent dans le livret d'accueil ou sont affichés dans les unités. Parfois, ils sont notifiés avec la décision d'admission, notification qui peut n'intervenir que tardivement, ainsi qu'on l'a vu. Mais il a souvent été constaté qu'ils ne sont pas notifiés entièrement et plus rarement expliqués ou commentés dans leur utilité. Parfois, les procédures varient selon les unités², une notice des droits peut être prévue et bien conçue mais pas remise au patient³. Il a pu également être affirmé par les soignants que les médecins informaient le patient de ses droits mais vérifié auprès de ces médecins qu'eux-mêmes n'avaient qu'une vague idée de ces droits qu'ils limitaient à la possibilité de contester la décision.

À cet égard, il est constaté une certaine réticence, de la part des médecins comme des soignants, à expliquer au patient qu'il peut à tout moment saisir le juge des libertés et de la détention pour demander une mainlevée de la mesure. Ils affirment qu'il est contradictoire de prendre une mesure et d'expliquer à l'intéressé

1. Seuls les contrôleurs ayant la qualité de médecins peuvent accéder à des informations couvertes par le secret médical avec l'accord de la personne concernée, cet accord n'étant pas requis lorsque sont en cause des atteintes à l'intégrité physique ou psychique commises sur un mineur ou sur une personne qui n'est pas en mesure de se protéger en raison de son âge ou de son incapacité physique ou psychique.

2. Voir CGLPL, rapport de visite du centre hospitalier spécialisé de Cadillac, juin 2017.

3. Voir CGLPL, rapport de visite du centre hospitalier du Gers à Auch, mars 2019.

comment il peut la faire lever, voire soutiennent que cette information est néfaste à la prise en charge.

Il n'est jamais expliqué au patient que ces droits peuvent être exercés en son nom par ses proches ou toute personne susceptible d'agir dans son intérêt, dont la personne de confiance qu'il a désignée.

Par ailleurs, il a été relevé que les personnes, notamment les soignants, susceptibles d'expliquer la portée de leurs droits aux patients (par exemple les rôle et compétences de la commission départementale des soins psychiatriques ou du CGLPL ou des autorités qu'ils peuvent saisir) ne les connaissent pas ou mal elles-mêmes voire les confondent avec la charte du patient hospitalisé.

Enfin, dans quelques établissements, aucune notification formelle et régulière de la mesure et des droits y afférent n'est opérée. Seule une information orale est fournie sur le statut d'admission¹.

RECOMMANDATION 56

Les patients faisant l'objet d'une décision de soins sans consentement doivent être informés de cette décision, qui doit leur être formellement notifiée, une copie leur étant laissée. Les droits afférents à leur mode d'admission doivent également leur être notifiés et explicités. Doivent de même leur être communiqués les certificats fondant la décision lorsque leur texte n'est pas repris dans le corps de celle-ci, ainsi que, le cas échéant, le nom du tiers ayant demandé l'admission.

Ils doivent également être avertis, si possible avant que la décision d'admission en soins sans consentement ne soit prise, que le préfet en sera informé et qu'en raison de cette admission, leur nom, accompagné de certaines données

1. Voir CGLPL, rapport de visite du pôle de psychiatrie du centre hospitalier de Dax, décembre 2017.

personnelles, figurera dans le fichier des personnes en soins psychiatriques sans consentement, traité par le logiciel HOPSYWEB. Les tiers demandant l'hospitalisation d'un proche doivent également en être avertis lors de la présentation de leur demande.

Section 2

Le consentement et la réappropriation de la démarche de soins par le patient sont inégalement recherchés

Soigner en psychiatrie c'est rendre la personne consciente et actrice de ses soins. Il est donc indispensable que dès le début de la prise en charge des patients hospitalisés sans consentement, la recherche du consentement aux soins soit effectuée.

I – Le consentement au cours du parcours de soin

La loi du 4 mars 2002, dite loi Kouchner¹, érige le consentement aux soins en droit fondamental avec, comme conséquence, le droit d'être informé sur son état de santé. L'article L. 1111-4 du code de la santé publique, issu de cette loi dispose que : « 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 médecin a l'obligation de respecter la volonté de la personne après l'avoir informée des conséquences de ses choix et de leur gravité [...] 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. [...] Lorsque la personne est hors d'état d'exprimer sa volonté, aucune intervention ou investigation ne

1. Loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé.

peut être réalisée, sauf urgence ou impossibilité, sans que la personne de confiance prévue à l'article L. 1111-6, ou la famille, ou à défaut, un de ses proches ait été consulté. [...] Le consentement du mineur ou du majeur sous tutelle doit être systématiquement recherché s'il est apte à exprimer sa volonté et à participer à la décision. Dans le cas où le refus d'un traitement par la personne titulaire de l'autorité parentale ou par le tuteur risque d'entraîner des conséquences graves pour la santé du mineur ou du majeur sous tutelle, le médecin délivre les soins indispensables ». Le droit au refus de traitement est également prévu par la loi dans ce même l'article.

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

L'article R. 4127-36 du code de la santé publique, relatif à la déontologie médicale, rappelle que ce consentement doit être recherché dans tous les cas¹. Il s'applique au cours de l'hospitalisation même si le mode légal d'admission est en soins sans consentement.

La recherche du consentement aux soins doit être une des priorités de la prise en charge des patients admis en soins sans consentement même si l'un des symptômes fréquents de la pathologie psychiatrique est le déni des troubles qui, plus que le refus d'une réalité perçue comme

1. Article R. 4127-36 du code de la santé publique : « Le consentement de la personne examinée ou soignée doit être recherché dans tous les cas./ Lorsque le malade, en état d'exprimer sa volonté, refuse les investigations ou le traitement proposés, le médecin doit respecter ce refus après avoir informé le malade de ses conséquences./Si le malade est hors d'état d'exprimer sa volonté, le médecin ne peut intervenir sans que la personne de confiance, à défaut, la famille ou un de ses proches ait été prévenu et informé, sauf urgence ou impossibilité./Les obligations du médecin à l'égard du patient lorsque celui-ci est un mineur ou un majeur protégé sont définies à l'article R. 4127-42. »

menaçante, s'accompagne d'angoisse et d'agressivité. Il assoit, le plus souvent, la demande ou la nécessité du soin sans consentement.

La négociation, dans le temps de l'entretien psychiatrique doit être un des piliers de la prise en charge afin de permettre au sujet de redevenir, dans le cadre de l'alliance thérapeutique, acteur de ses soins.

La recherche du consentement passe aussi par l'explication et l'information du patient sur les thérapeutiques administrées.

Négociation, information, droit des patients sont des notions qui doivent figurer dans les dossiers des patients et doivent être connues des professionnels de santé.

Au cours des visites des contrôleurs il est fréquemment noté une méconnaissance générale des droits du patient au profit d'une bienfaisance dont l'excès s'apparente au paternalisme : « c'est pour leur bien ».

RECOMMANDATION 57

La recherche du consentement d'un patient en soins sans consentement doit être reprise à chaque entretien et passe par une formation et information des soignants réactualisées régulièrement.

La notion de traitement « si besoin » doit être prise avec prudence en psychiatrie, surtout en période de crise, dans la mesure où l'état clinique est très évolutif et doit être réévalué systématiquement avant chaque nouvelle décision. Il n'est pas rare d'observer dans quelques établissements, la poursuite de la pratique des administrations forcées de traitements par voie injectable, inscrite « si besoin » par les médecins dans le dossier médical et réalisées sans déplacement du médecin afin de rechercher le consentement du patient à ce traitement et vérifier, au moment ultime de l'injection, son caractère indispensable aux soins.

RECOMMANDATION 58

La mise en œuvre de prescriptions « si besoin » en psychiatrie, sans le consentement du patient, dans la prise en charge des situations de crise doit être prohibée.

II – Consentement et sismothérapie

Technique de soins datant du début du xx^e siècle, la sismothérapie ou électro convulsivothérapie, après être tombée dans l'oubli pendant des années en raison de nombreuses controverses, est de nouveau inscrite dans les possibilités thérapeutiques pour des indications précises souvent de dernier recours mais sans cadre législatif très formel. En effet si les conditions de réalisation de ce soin ont été considérablement améliorées depuis quelques décennies avec l'introduction de l'anesthésie générale et toutes les précautions relatives à cette dernière, la question du consentement à ce soin reste en suspens. Ce traitement est préconisé pour des patients présentant des états dépressifs graves de type mélancolique, des accès maniaques ou des formes de schizophrénie résistantes aux traitements classiques. La symptomatologie de ces états cliniques rend souvent la recherche du consentement difficile voire impossible. Au cours des visites, il apparaît que ce traitement peut être administré à des patients hospitalisés en soins contraints et pour lesquels, la recherche et l'obtention du consentement, obligatoire pour tout patient en soins libres, sont paradoxales.

Si la personne de confiance a été désignée, son accord est demandé, ou si la personne est sous protection juridique, l'accord du mandataire est requis, ou encore celui de la famille, les pratiques sont variables. Sont également variables la qualité et l'objectivité de l'information concernant cet acte thérapeutique. Ce traitement qui consiste en au moins une dizaine de séances successives suivies de séances de rappel durant plusieurs mois apporte souvent une amélioration significative, mais qui peuvent

n'être que transitoires, avec des risques non négligeables en raison des anesthésies systématiques et des troubles de la mémoire résiduels. En conséquence il ne fait pas l'unanimité parmi les professionnels.

Dans certains établissements au nombre réduit de psychiatres, c'est le même praticien qui propose et pose lui-même l'indication sans discussion collégiale, contrairement à ce qui est en usage pour des traitements particuliers, puis met en œuvre le traitement. Il n'existe pour le patient, éventuellement sous contrainte, aucune possibilité d'autre avis dans une démarche contradictoire. La charte de la personne hospitalisée prévoit pourtant une procédure collégiale lorsque la personne concernée n'est pas en état d'exprimer sa volonté¹.

Cette question a fait, fin 2010, l'objet d'un rapport du Comité européen pour la prévention de la torture et des peines ou traitements inhumains ou dégradants (CPT) qui proposait que « Pour tout recours à la sismothérapie, le consentement éclairé et écrit du patient (ou de son tuteur ou curateur, lorsque la personne concernée fait l'objet d'une mesure de protection) – fondé sur une information exhaustive et compréhensible – doit être sollicité et conservé dans le dossier du patient. Le traitement ne devrait pas être administré tant que ce consentement n'a pas été obtenu. Il convient également de mettre en place un registre spécifique destiné à recenser les recours à ce type de soins (paragraphe 138). »

La décision de ce type de soin doit être prise dans le cadre d'une concertation pluri professionnelle comme dans le cas des

1. Charte de la personne hospitalisée : « Lorsqu'une personne est hors d'état d'exprimer sa volonté, qu'elle soit en fin de vie ou non, et que les actes de prévention, d'investigation ou de soins apparaissent inutiles, disproportionnés ou n'ayant d'autre effet que le seul maintien artificiel de la vie, le médecin peut prendre la décision de les limiter ou de les arrêter. Cette décision ne peut cependant être prise qu'après concertation avec l'équipe de soins et dans le cadre d'une procédure collégiale. Le médecin ne prend en effet sa décision qu'après consultation d'au moins un autre médecin avec lequel il n'entretient aucun lien hiérarchique. »

demandes d'interruption médicale de grossesse ou l'indication est examinée par un collègue de professionnels après examen du dossier et entretien avec la personne.

La tenue d'un registre est également souhaitable afin de permettre une meilleure lisibilité et des études sur cette pratique.

RECOMMANDATION 59

En cas de recours à la sismothérapie, administrée parfois sans le consentement de la personne, il est nécessaire de prévoir une procédure de décision collégiale et une information de la personne de confiance afin que le consentement de la personne ou de ses représentants soit mieux éclairé et entendu.

III – La réappropriation de la démarche de soin par le patient

L'alliance thérapeutique nécessaire à l'obtention de l'adhésion aux soins proposés s'appuie sur une information du patient mais aussi des professionnels inclus dans le circuit de la prise en charge. Des pistes sont à explorer : la conciliation thérapeutique médicamenteuse, l'éducation thérapeutique du patient et les directives anticipées.

Les visites du CGLPL n'ont que rarement constaté la pratique de la conciliation thérapeutique, plus volontiers portée par les établissements qui disposent d'internes et d'externes en pharmacie mais pas exclusivement.

RAPPORT DE VISITE DU CENTRE HOSPITALIER THÉOPHILE ROUSSEL À MONTESSON (2016)

« La pharmacie a réalisé un livret destiné aux médecins et aux infirmiers précisant notamment les principales caractéristiques et les modalités de distribution à respecter pour les médicaments les plus prescrits dans l'établissement, favorisant le bon usage du médicament pour le patient. »

L'éducation thérapeutique apporte au patient la connaissance de sa maladie, des traitements avec leurs effets secondaires. Elle lui permet de participer, par ses connaissances au meilleur choix thérapeutique et d'être acteur de sa prise en charge.

RECOMMANDATION 60

Des programmes d'éducation thérapeutique doivent être proposés aux patients dont l'état de santé nécessite un traitement de psychotropes au long cours.

Les directives anticipées décrites dans la charte de la personne hospitalisée, sont relatives à la fin de vie : « Toute personne majeure a la possibilité de rédiger, pour le cas où elle ne serait plus en état d'exprimer elle-même sa volonté, des directives anticipées. L'objet de ces dernières est de permettre à la personne de faire connaître ses souhaits quant à sa fin de vie. (...) Elles sont révocables à tout moment. Lorsque des directives anticipées existent, le médecin doit en tenir compte. Elles constituent un document essentiel pour la prise de décision médicale. Elles témoignent en effet de la volonté d'une personne, alors que celle-ci était encore apte à l'exprimer et en état de le faire. Toutefois, les directives anticipées n'ont pas de valeur contraignante pour le médecin. Celui-ci reste libre d'apprécier les conditions dans lesquelles il convient d'appliquer les orientations exprimées par le patient dans ce document compte tenu de la situation concrète et de l'éventuelle évolution de l'état de l'art médical. »

La notion de directives anticipées en est encore à son balbutiement en psychiatrie. Elle y trouve son intérêt permettant à un patient qui connaît sa maladie, ses décours et épisodes possibles pour les avoir déjà vécus, d'exprimer la façon dont il souhaite être traité lorsque qu'il ne sera plus en état de s'exprimer clairement. Il doit pouvoir indiquer, par exemple, la façon dont, en cas de crise, il préférerait être pris en charge, et notamment qui,

éventuellement, prévenir de son placement en chambre d'isolement. Dans cette perspective, tout patient régulièrement suivi en psychiatrie devrait faire l'objet d'une information et d'une demande d'expression de ses directives anticipées au même titre que la désignation de la personne de confiance.

RECOMMANDATION 61

La mise en œuvre des directives anticipées du patient sur les modalités de sa prise en charge lors des phases de crises doit être généralisée.

Section 3

Les autorités de contrôle doivent être mises en mesure d'exercer plus efficacement leur mission

La plupart des autorités chargées du contrôle du respect des droits des patients admis en établissement psychiatrique peuvent être saisies directement par ces derniers : président du tribunal judiciaire et procureur de la République, préfet, CDSP, CGLPL, commission des usagers. La saisine de ces autorités ou instances est rendue difficile, encore une fois, par ignorance de leurs compétences et de leurs missions, parfois faute simplement d'informations pratiques (adresses).

RECOMMANDATION 62

Le livret d'accueil doit mentionner clairement les compétences et adresses précises des autorités chargées de contrôler le respect des droits des patients.

S'agissant du contrôle systématique que doivent exercer les autorités qui en ont la charge (préfet, chefs de juridiction, maires, CDSP), on peut regretter qu'il soit souvent superficiel, leurs

représentants n'entrant, par exemple, que rarement dans les unités, et opéré avec parcimonie en raison de la faible disponibilité des personnes qui les effectuent.

Les commissions départementales des soins psychiatriques (CDSP) sont composées de deux psychiatres, d'un magistrat, de deux représentants d'associations agréées respectivement de personnes malades et de familles de personnes atteintes de troubles mentaux, et d'un médecin généraliste. La loi 2019-222 du 23 mars 2019 de programmation 2018-2022 et de réforme pour la justice a abrogé la disposition prévoyant la présence du magistrat. Les CDSP ont pour mission de veiller au respect des libertés individuelles et de la dignité de personnes faisant l'objet de soins psychiatriques sans consentement. La présence d'un magistrat de l'ordre judiciaire dans une telle instance participait sans conteste à garantir l'exercice effectif de cette mission. L'éviction des magistrats de ces commissions porte une atteinte grave à l'équilibre des CDSP puisque dorénavant, elles seront composées en majorité de médecins, circonstance qui est de nature à compromettre leur efficacité.

RECOMMANDATION 63

La présence d'un magistrat judiciaire, garant du respect des libertés individuelles, dans la composition des commissions départementales des soins psychiatrique doit être rétablie.

Chapitre 5

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

Les visites opérées depuis huit ans ont montré que l'application de la loi du 5 juillet 2011, modifiée par la loi du 27 septembre 2013, présente des difficultés très inégalement surmontées – ou surmontables – selon les établissements. De cette disparité résulte évidemment une aussi grande diversité dans le respect des droits des patients tel que voulu par les promoteurs du texte. Les atteintes se constatent tout au long du déroulement de la mesure.

Section 1

La mise en œuvre de procédures exceptionnelles est banalisée

Cette loi, supposée protectrice des libertés des malades a eu pour premier effet l'augmentation du nombre des personnes qui font l'objet de mesures de soins sans consentement ainsi que l'ont révélé les travaux de Magali Coldefy, chercheuse associée à l'Institut de recherche et de documentation en économie de la santé (IRDES).

« Cette augmentation du nombre de personnes concernées par des soins sans consentement s'observe également lorsqu'on limite l'analyse aux personnes hospitalisées à temps plein.

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

« Les soins sans consentement en psychiatrie : bilan 4 ans après la mise en œuvre de la loi du 5 juillet 2011, rapport final », par Magali Coldefy (Irdes), Sara Fernandes (ORU-PACA), avec la collaboration de David Lapalus (ARS PACA) ORU-PACA – IRDES.

Cette étude montre une importante disparité du nombre de décisions de soins sans consentement sur le territoire : si en 2015, le taux national est de 171 mesures pour 100 000 habitants âgés de 16 ans ou plus, ce taux varie dans un rapport de 1 à 10 selon les départements. Ces disparités sont anciennes. Selon cette étude, « Une étude réalisée sur les disparités observées avant la loi de 2011 concluait au rôle des caractéristiques socio-économiques des territoires, en termes de précarité et de fragmentation sociale (Coldefy et al., 2016) pour expliquer ces disparités. Cependant, le modèle n'expliquait que 30 % des disparités observées entre zones de résidence. D'autres facteurs explicatifs sont à chercher du côté des pratiques des différents acteurs intervenant dans le recours aux soins sans consentement. ».

L'entrée en vigueur de la loi de 2011 ne semble pas avoir eu d'impact sur ces disparités.

La loi a prévu deux procédures exceptionnelles d'admission sur décision du directeur de l'établissement en cas de péril imminent pour la santé de la personne (SPI) et « en cas d'urgence, lorsqu'il

existe un risque grave d'atteinte à l'intégrité du malade » (SDTU). Ces deux procédures ont en commun que les soins contraints, ne résulteront que d'une seule évaluation de l'état du patient par un médecin, elles sont donc moins protectrices pour le patient.

Or, les visites du CGLPL ont mis en évidence que, dans la plupart des établissements, les admissions en SDTU ou en SPI sont toujours prépondérantes parmi les admissions en soins sur décision du directeur de l'établissement (SDDE). Les données actualisées en 2017 de l'étude de Magali Coldefy établit les proportions respectives de 46 % et 29 %, 25 % des SDDE étant prises selon la procédure ordinaire. Ainsi, ces deux procédures, prévues par le législateur pour faire face à des circonstances exceptionnelles, sont devenues les principaux modes d'admission en soins sans consentement sur décision du directeur de l'établissement.

Le bilan cité ci-dessus montre également l'importance des admissions SPI, inexistantes avant la loi de 2011, et qui représentaient 24 % des modes d'admissions en soins sans consentement en 2018.

Cette situation est d'autant plus problématique que ces procédures sont moins protectrices des droits des patients et que celle de SPI est trop souvent conduite dans des conditions juridiquement irrégulières.

En procédure de SDTU, le médecin qui prend en charge le patient est aussi, potentiellement, celui qui lui impose l'hospitalisation, mais au moins avec l'accord du tiers qui signe la demande.

En mode SPI, pour éviter cette situation, la loi a prévu que le médecin qui établit le certificat d'admission n'exerce pas dans l'établissement et puisse donc avoir une appréciation distanciée de la nécessité de la mesure. Le CGLPL a constaté que cette garantie n'est pas toujours respectée : lorsque le patient est déjà présent dans l'établissement, en service d'urgence la plupart du temps, il faut faire venir un médecin de ville pour établir le certificat d'admission. Si les établissements situés dans les grandes agglomérations peuvent appeler un médecin de ville ou une association de médecins, les communes en pénurie de praticiens doivent ruser : recourir à un médecin qui, de fait,

exerce dans l'établissement mais comme intérimaire ou comme salarié d'une structure partenaire installée sur le site de l'établissement mais qui, juridiquement, n'exerce pas dans l'établissement¹. Ainsi, un établissement visité fait établir le certificat par l'urgentiste mais profite du fait que le service psychiatrique est situé à quelques kilomètres du site central pour faire accepter l'entorse à la règle, même par la cour d'appel.

Plus problématiquement, la procédure de péril imminent n'exige pas que le certificat médical qui « constate l'état mental de la personne malade, indique les caractéristiques de sa maladie et la nécessité de recevoir des soins » soit établi par un psychiatre. Elle permet donc d'enfermer une personne – et oblige même le directeur de l'établissement à prendre la décision d'admission dès lors que le certificat médical affirme le péril imminent – sans même que cette personne ait été examinée par un psychiatre. L'examen psychiatrique qui sera opéré pour établir le certificat de 24 heures, pourra évidemment proposer la levée de la mesure mais ses conséquences juridiques ne seront pas annulées. Si elle peut être prise sans demande de tiers, il importe donc au moins que la décision d'admission en soins pour péril imminent soit, accompagnée d'un certificat médical établi par un psychiatre après examen de la personne concernée.

RECOMMANDATION 64

Le diagnostic de troubles mentaux avec notion de péril imminent pour la santé nécessite un avis psychiatrique avant la prise de décision de soins sous contrainte. La demande de soins sans consentement selon l'article L. 3212-1 II 2° du code de la santé publique dite de péril imminent doit être révisée afin d'obtenir un avis psychiatrique avant la décision d'admission en soins sans consentement.

1. Voir CGLPL, rapport de visite de l'unité d'hospitalisation psychiatrique du centre hospitalier d'Amilly-Montargis, février 2017.

D'autres établissements respectent les dispositions et faute de médecin extérieur, prennent le temps de convaincre le patient de consentir aux soins, c'est ce qui a été constaté au pôle de psychiatrie de l'hôpital général de Semur-en-Auxois¹ où aucune mesure de SPI n'est décidée. D'autres mettent en place une organisation au sein du service des urgences qui favorise la recherche des tiers².

L'appréciation de la réunion des conditions auxquelles la loi³ subordonne la possibilité d'imposer des SDDE est elle-même à géométrie variable. Ces conditions mélangent deux champs : celui de l'individu avec sa possibilité ou son impossibilité d'avoir accès à une critique de son état de santé (c'est le consentement éclairé et son absence est considérée fort souvent comme un symptôme : le déni) et le champ social qui doit protéger l'individu et les individus selon des règles communément admises. On conjugue dans le même temps, et dans des délais très restreints, l'évaluation du symptôme psychiatrique (que l'on détermine ainsi parfois selon des critères contestables comme ceux du DSM) et une appréciation sur un comportement social qui s'appuie elle aussi sur des critères qui ne remportent pas toujours l'unanimité. S'y ajoute, pour envisager l'alternative à l'hospitalisation en soins sans consentement, la disponibilité d'autres structures de soins. Le consentement aux « soins » peut varier, en effet, en fonction des conditions proposées. Les visites du CGLPL ont ainsi montré

1. Voir CGLPL, rapport de visite du service de psychiatrie de l'hôpital de Semur-en-Auxois, janvier 2019.

2. Voir CGLPL, rapport de visite de la Fondation Saint Sauveur à Saint-Lô, novembre 2018.

3. Article L. 3212-1 du code de la santé publique : « 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. »

que le consentement aux soins pouvait être obtenu en offrant à la personne la possibilité d'une hospitalisation dans une clinique privée, un suivi en consultations en ville s'il se trouve des psychiatres pour les assurer, une prise en charge en hospitalisation à domicile par le centre médico-psychologique.

Ainsi, selon les conditions géographiques, matérielles et procédurales qui entourent les circonstances de sa prise en charge, la probabilité qu'une personne présentant des troubles mentaux soit admise en soins sans consentement, avec la privation de liberté et les conséquences de fichage et traçabilité qu'elle emporte, seront considérablement différentes.

Section 2

L'obligation d'informer le patient est subie par les établissements

Le patient doit être informé de la décision dont il fait l'objet et des droits afférents à sa situation, tels qu'énumérés par la loi ¹.

1. Article L. 3211-3 du code de la santé publique : « [...] 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

Il doit l'être dans des conditions qui lui permettent d'exercer ces droits. Or, ainsi qu'on l'a indiqué plus haut (cf. chapitre 4, section 1, II) les visites, même les plus récentes, montrent que les procédures d'information mises en œuvre ne répondent pas toujours à cette exigence et que les soignants, faute d'avoir reçu la formation au dispositif de la loi ou de l'avoir actualisé, ne peuvent pas toujours compenser les carences.

Section 3

Le contrôle du juge n'a pas trouvé sa plénitude

L'information préalable du patient sur sa présentation au juge des libertés et de la détention (JLD) est faite en général avec le même flou ou au contraire la même précision que pour le reste de la procédure, selon la connaissance qu'en ont les soignants et le volontarisme de l'établissement hospitalier pour élaborer des outils de suivi.

Depuis les modifications apportées à la loi en 2013¹, chaque établissement doit tenir à disposition du juge une salle adaptée au déroulement des audiences afin d'éviter aux patients les transports et des conditions d'audience dans les tribunaux peu favorables à leur état. La loi admet, lorsque plusieurs établissements se trouvent dans le ressort d'un seul tribunal judiciaire, que pour rationaliser les déplacements des magistrats et de leurs greffiers, eux-mêmes surchargés, les audiences se tiennent dans un hôpital mais concernent les patients de plusieurs établissements, lesquels sont alors transportés dans l'établissement où siège le JLD²,

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. »

1. Loi n° 2013-869 du 27 septembre 2013.

2. Voir CGLPL, rapport de visite du groupe hospitalier Paul Guiraud à Villejuif, juin 2016 ; rapport de visite du pôle psychiatrie-addictions du centre hospitalier universitaire Henri Mondor à Créteil, janvier 2018.

causant au patient le stress et l'inconfort que les modifications de la loi voulaient éviter. Par ailleurs, dans ces cas, les transports mobilisant beaucoup de soignants, si leur effectif est insuffisant, il arrive que les présentations au juge ne soient pas effectuées¹. Enfin, il se trouve encore des JLD qui refusent de se déplacer au centre hospitalier même lorsque celui-ci est unique dans le ressort du tribunal judiciaire².

À l'inverse, certains établissements se montrent très soucieux d'organiser de façon la plus sereine et utile possible pour le patient les audiences et l'entretien avec l'avocat : limitation de l'attente du patient, soignants d'accueil formés et affectés à cette mission, salles d'entretien aménagées³.

Les conditions de présentation sont attentatoires à la dignité lorsque les patients sont conduits en pyjama⁴. Un JLD a considéré que ce traitement constituait une « atteinte directe à la dignité » du patient qui entachait d'irrégularité l'ensemble de la mesure dont il faisait l'objet et, par suite, méconnaissait les dispositions de l'article L. 3211-3 du code de la santé publique. Il a pour ce motif, ordonné la mainlevée de la mesure de soins sans consentement avec un effet différé de 24 heures au maximum⁵.

Enfin, l'implication des avocats est très variable, dans leur formation, la préparation des dossiers, l'entretien préalable avec le patient, la présence même à l'audience. Certains barreaux

1. Voir CGLPL, rapport de visite du pôle psychiatrique du centre hospitalier intercommunal de Meulan-Les Mureaux, janvier 2017.

2. Voir CGLPL, rapport de visite du centre hospitalier Sainte-Marie Ardèche-Drôme à Privas, septembre 2018 (tribunal judiciaire de Privas) ; rapport de visite de l'Association de santé mentale du XIII^{ème} arrondissement de Paris pour le site de l'hôpital l'Eau-Vive situé à Soisy-sur-Seine, juin 2018 (tribunal judiciaire d'Evry).

3. Voir CGLPL, rapport de visite du centre hospitalier spécialisé de Cadillac, juin 2017

4. Voir CGLPL, rapport de visite du centre hospitalier spécialisé du Vinatier à Bron, septembre 2017.

5. Tribunal de grande instance de Versailles, jugement du 26 septembre 2019, Directeur du centre hospitalier de Saint-Germain-en-Laye c/ XXX.

assurent une formation et désignent en commission d'office les avocats qui l'ont suivie (c'est le cas par exemple aux barreaux de Bordeaux et de Bourges).

Enfin, certains barreaux n'assurent qu'une partie des audiences¹ ou même aucune².

RAPPORT DE VISITE DU CENTRE HOSPITALIER BUËCH-DURANCE À LARAGNE-MONTÉGLIN (2018)

« Sauf lorsqu'ils font le choix d'un conseil, situation rarissime, les patients ne sont pas assistés d'un avocat d'office : la demande de désignation adressée par le greffe au bâtonnier avant l'audience se heurte systématiquement à un refus.

Contacté par les contrôleurs, le bâtonnier a confirmé le refus des membres de la commission pénale de son barreau (compétente pour intervenir sur les hospitalisations psychiatriques et constituée d'une dizaine de volontaires) d'intervenir au centre hospitalier Buëch-Durance, refus motivé par le coût généré par le déplacement et par la difficulté à mener à bien leur "mission d'échange avec les patients". »

Section 4

Le contrôle du déroulement de la prise en charge ne s'étend ni aux programmes de soins ni aux sorties de courte durée

L'interprétation ou la mauvaise compréhension de la loi entraînent des pratiques et des traitements injustifiés comme l'hébergement des personnes en soins sans consentement dans des

1. Voir CGLPL, rapport de visite du centre hospitalier de Plouguernevel, septembre 2016.

2. Voir CGLPL, rapport de visite du centre hospitalier spécialisé de Fains-Véel, décembre 2015.

unités fermées au mépris du droit d'aller et venir (cf. chapitre 3, section 1), l'imposition d'un soignant pour accompagner les sorties dans le parc des personnes en soins sur décision d'un représentant de l'État, limitant ces sorties à la disponibilité du personnel ou encore le placement systématique des patients détenus en chambre d'isolement.

Les préfets se montrent réticents à autoriser les sorties de courte durée (12 heures ou 48 heures) de certains patients faisant obstacle à la possibilité d'évaluer le comportement de ces personnes hors de l'institution. Or, ces évaluations conditionnent les possibilités ultérieures de sortie de l'hospitalisation, et il arrive même que le représentant de l'État argue de ce défaut d'évaluation pour refuser une sortie définitive. Ces décisions de refus de sortie de courte durée doivent pouvoir, comme toute décision être soumises au contrôle d'un juge.

RECOMMANDATION 65

La loi doit expressément prévoir la possibilité de contester devant le juge les refus de sortie de courte durée opposés par les préfets.

Pour faciliter les sorties de courte durée, il a été constaté des changements de prise en charge avec un passage en programme de soins prévoyant ces sorties, le patient restant hospitalisé à temps plein le reste du temps. Cette pratique a été sanctionnée par le juge¹, sanction d'autant mieux venue qu'un patient en programme de soins ne bénéficie plus de contrôle judiciaire systématique.

Par ailleurs, la modalité de prise en charge en programme de soins inaugurée par la loi n'apporte guère de bénéfices au

1. Cass, 1^{re} ch. civ., 4 mars 2015, n° 14-17824.

patient en termes de respect de ses droits et comporte de nombreux effets négatifs relevés tant par les professionnels que les patients.

D'une part, la possibilité d'un programme de soins a tendance à effacer les autres projets avec consentement.

D'autre part, le suivi en programme de soins, dans certaines modalités, est perçu par certains patients comme un chantage. Sa mise en œuvre suppose un maillage très serré du territoire pour pouvoir assurer le suivi du patient, ce qui exige un personnel dont les secteurs ne disposent pas. Néanmoins, l'irrespect du programme par le patient est sanctionné par une re-hospitalisation à temps plein avec les rigueurs qu'elle comporte.

Enfin, l'augmentation constante du nombre de patients en programme de soins constatée avec les données actualisées de l'étude citée ci-dessus¹, montre la difficulté d'en sortir : par le programme de soins, le patient est pérennisé dans son statut de malade mental et souvent « oublié », les certificats médicaux n'étant plus que de simples « copier-coller » sans réel examen et l'avis du collège des professionnels de santé n'étant pas toujours sollicité.

Dès lors que la mesure de programme de soins, par les obligations de soins qu'elle comporte, constitue une atteinte à la liberté du patient, elle appelle un contrôle régulier du JLD sur son maintien.

RECOMMANDATION 66

La compétence du juge des libertés et de la détention doit être étendue aux mesures de programme de soins ; ces mesures doivent lui être systématiquement soumises à une fréquence suffisante et au moins annuelle.

1. Magali Coldefy, Soins sans consentement en France : évolutions récentes et disparités territoriales, présentation à la Journée de la Société de Psychiatrie de l'Est, Strasbourg, 16 novembre 2018.

Section 5**Les difficultés d'application de la loi, qui n'atteint pas ses objectifs, appellent sa refonte complète**

Il ne s'agit pas, par cette énumération, hélas non exhaustive, des constats d'entorses aux procédures légales ou d'irrégularités des pratiques de jeter l'anathème sur les professionnels qui sont conduits à appliquer cette loi et qui s'efforcent, généralement de façon loyale et dans la mesure de faibles moyens, d'en assurer le respect. Ces descriptions montrent avant tout les difficultés que rencontrent les intervenants à tous niveaux pour mettre en application ces dispositions.

Les problèmes tiennent en partie à l'incompréhension d'un texte à la rédaction compliquée et aux objectifs parfois contradictoires, au hiatus entre la réalité des fonctionnements des services et les exigences procédurales du texte, à l'insuffisance de moyens matériels et humains. Surtout, ils soulignent la difficulté de concilier les objectifs de respect des personnes souffrantes et de recours à la contrainte.

Dans ce contexte, alors que cette loi prétendait apporter des garanties sur l'exercice des droits et des libertés, elle a conduit à un recours dévoyé et massif à des procédures d'exception pour des décisions privatives de liberté. Le respect des droits des patients qui devrait guider la qualité de la prise en charge est devenu une pesante contrainte. Ce résultat justifierait d'engager une révision approfondie après une réflexion largement engagée et partagée sur la caractérisation du trouble, le sens du soin, l'autorité de la demande sociale.

RECOMMANDATION 67

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

Conclusion

Vers une psychiatrie intégrée à la cité, au service d'usagers acteurs de leur parcours de soin

Le parcours d'une personne souffrant de troubles psychiques est souvent long, alternant des phases d'équilibre et des phases de crise dont la prise en charge par la collectivité ou le dispositif de soins sera plus ou moins intense selon les épisodes. Le respect des droits de la personne doit être constant, à tous les moments de la maladie, lors de toutes les phases ; il passe par la recherche de modalités de soins les moins restrictives des libertés possibles et la réduction des périodes d'hospitalisation complète au minimum nécessaire.

Les fonctionnements mis en œuvre dans les pays proches de la France en vue d'éviter les hospitalisations et à tout le moins d'en diminuer le nombre et la durée, méritent d'éclairer les réflexions.

On citera le « dialogue ouvert » pratiqué en Finlande où la gestion de la crise et ses suites rassemblent autour du patient une équipe pluridisciplinaire et son cercle familial ; cette méthode a montré son efficacité quant à la diminution des hospitalisations et de la consommation de neuroleptiques. On citera encore le modèle de psychiatrie sociale de la région de Trieste (Italie) qui ne s'intéresse pas qu'aux symptômes mais tout autant à la complexité et à la globalité de la vie des personnes ; ses quatre centres avec une capacité d'accueil très restreinte et prévus pour des séjours courts réunissent en plus des médecins et des infirmiers, des assistants

sociaux et des experts en réhabilitation sociale qui accompagnent les patients. La réinsertion des personnes est recherchée en mobilisant un large réseau de structures : des services de soins, des associations, des entreprises. En Norvège, des associations de soignants et de patients ont obtenu la possibilité, traduite réglementairement, d'un soin sans médicament pour les personnes avec « troubles mentaux sévères ». Cette réglementation, qui a permis l'ouverture de la *Medic Free Unit* installée au sein d'un hôpital psychiatrique classique à Åsgård, a été l'occasion d'ouvrir le débat sur la diversité des modalités de soins et des parcours possibles.

Des initiatives françaises sont également intéressantes et prouvent que le cadre institutionnel national n'empêche pas des modes de prise en charge respectueux du patient et de ses objectifs personnels : même en situation d'hospitalisation complète, celui-ci, plus usager que patient, peut cogérer avec l'équipe soignante le déroulement de sa prise en charge. Telle est, depuis des décennies, l'approche de la clinique de La Borde (Loir-et-Cher), mise en place par le docteur Jean Oury.

Dans un contexte de fonctionnement plus classique, connaissant une identique pénurie de médecins, des organisations témoignent que le respect des droits non seulement n'est pas une obligation pesante et subsidiaire mais peut être appréhendé comme un élément du travail thérapeutique. C'est ce que témoignent les établissements spécialisés en psychiatrie dont les unités et les sites sont ouverts, comme le centre hospitalier spécialisé de Saint-Alban sur Limagnole (Lozère) ou celui de Castelluccio (Corse-du-Sud). Des modèles identiques se trouvent même dans des centres hospitaliers généraux, comme à Landerneau (Finistère). Depuis 2016, à la suite des recommandations en urgence publiées par le CGLPL, le centre psychothérapeutique de l'Ain à Bourg-en-Bresse a même fait du respect des droits des patients et des familles, notamment de la liberté d'aller et venir, un des quatre axes de son projet d'établissement.

Le passage par l'hospitalisation, souvent vécu comme un échec, doit au contraire permettre de renouer ou renforcer

une alliance thérapeutique, un lien de confiance indispensable incluant l'équipe et les proches et qui ne peut se tisser dans un cadre contraignant, infantilisant voire dégradant. C'est ce qu'un patient entré en soins sur demande d'un tiers a pu exprimer dans une lettre adressée au CGLPL : « si l'on est maltraité à l'hôpital, comment peut-on croire que les proches vous ont fait soigner par amour ? »

De la même façon, le développement de programmes de soin au sein de prises en charge ambulatoires étoffées et pluridisciplinaires, articulées avec l'offre sanitaire, sociale et médicosociale de droit commun, permet de réduire les périodes d'hospitalisation complète au minimum nécessaire et, par-là, les restrictions de liberté.

Une telle démarche est mise en œuvre dans le secteur 59G21 du centre hospitalier spécialisé d'Armentières (Nord), également centre coopérateur de l'Organisation mondiale de la santé (OMS) pour la France : des prises en charge dans les lieux de vie des patients ou en structure ambulatoire de proximité permettent de gérer les phases initiales de crise sans recourir à l'hospitalisation, et en tout cas en la réduisant à ce qui est nécessaire. Ce pôle a pu réduire sa capacité d'hospitalisation complète aux dix lits de sa seule unité – ouverte – (pour 85 000 habitants) et ne pratique plus d'isolement ni contention, montrant qu'il est possible de sortir du cercle vicieux selon lequel la contrainte engendre des situations appelant la contrainte.

Destiné à un public très spécifique, le programme « Un chez soi d'abord » s'inscrit dans une même optique de recherche d'inclusion sociale de personnes à la situation complexe. Né aux États-Unis sous le nom de *Housing first*, c'est un dispositif permettant de prendre en charge les personnes sans-abri les plus vulnérables, qui présentent des troubles psychiques sévères et échappent à ce qui est habituellement proposé. Déployé à Marseille, Lille, Paris et Toulouse dans le cadre d'un projet de recherche, « Un chez-soi d'abord » propose à ces personnes en premier lieu un logement, ainsi qu'un accompagnement pluridisciplinaire au

niveau psychiatrique, somatique et social. Outre l'amélioration de la qualité de vie et un meilleur rétablissement, cette expérience montre que les durées de séjour en hospitalisation ont été réduites de 50 % pour les personnes concernées.

Avec un objectif similaire, l'association Médecins du monde est à l'origine d'un projet expérimental qui devrait voir le jour courant 2020 à Marseille, inspiré d'un dispositif en place au Québec. Cette recherche-action a pour but d'éviter l'enfermement des sans-abris souffrant de troubles psychiques sévères et en situation de grande précarité, victimes du phénomène des « portes battantes » entre centres d'hébergement, hôpital psychiatrique et prison. Ces personnes seront identifiées par l'équipe de Médecins du Monde dans les geôles du tribunal avant leur passage en comparution immédiate, lesquelles conduisent à un grand nombre d'incarcérations pour les populations paupérisées. Le recueil du consentement éclairé des justiciables pour intégrer la proposition de suivi expérimental sera versé au dossier pénal, en complément de l'enquête sociale rapide. Le « consortium des parties » s'engagera à suivre ces personnes pendant deux ans, dans le cadre d'un contrôle judiciaire ou d'un aménagement de peine *ab initio*. Un logement en bail de location ou de sous-location leur sera fourni, et une équipe pluridisciplinaire se chargera de leur suivi médical et social. Cette recherche a pour objectif de démontrer que le recours à l'incarcération et à l'enfermement des personnes atteintes de troubles psychiques en situation de grande précarité est trop important, inadapté, et qu'il est possible de le réduire significativement.

Ces initiatives, encore embryonnaires sont les témoins de la nécessité d'une pensée nouvelle pour des propositions de soins psychiatriques sur le territoire national. Comme il est nécessaire de procéder à une refonte des lois de 2011 et 2013, il est indispensable de repenser le soin avec non seulement une prise en compte des nouveaux champs des neurosciences mais aussi en donnant une place prioritaire aux moyens humains qui permettent l'accompagnement, l'apaisement et le soin des troubles

psychiatriques. L'empilement de nouvelles dispositions législatives comme cela a été le cas depuis la loi de 1838, aboutit à une rigidification des pratiques et à un enfermement des soignants dans les logiques paradoxales du soin et de la sécurité.

L'alternative à l'institutionnalisation, plus ou moins rigide, plus ou moins durable, elle-même souvent pathogène, des personnes souffrant de troubles mentaux, suppose de faciliter leur inclusion dans la collectivité, au sein de la cité. Il s'agit alors plus largement, de travailler à la déstigmatisation de la maladie mentale, une condition pour offrir à la personne souffrant de troubles psychiques le respect d'une place qui ne soit pas confinée à la périphérie de la communauté. La déstigmatisation passe notamment par la modification d'un discours général porté sur les troubles mentaux, avec la représentation des personnes qui en sont atteintes qu'il véhicule.

Il convient de sensibiliser les médias, premiers façonneurs de ces représentations, à la nécessité de les modifier, et donc, en amont, d'apporter une information scientifique et éthique sur ces questions dans les écoles de journalisme ; d'informer les travailleurs sociaux et les enseignants lors de leur formation ; de diffuser les informations auprès des entreprises sur l'employabilité du malade au regard du « diagnostic ».

Il s'agit également, avec l'appui des conseils locaux de santé mentale, de conduire les préfets et les maires à faire prévaloir l'inclusion sociale sur la préoccupation de l'ordre public, d'impliquer les élus sur les cas individuels, de rendre les villes et les bailleurs moins frileux au vivre ensemble avec les personnes « handicapées », quels que soient leurs antécédents, et d'offrir des outils d'inclusion.

Les gouvernements successifs, depuis les années 1990, ne semblent pas avoir pris la mesure de l'accroissement des difficultés de la filière psychiatrique, du découragement des professionnels avec ses effets délétères sur l'efficacité des soins. Ils ont largement minimisé les effets de l'intrication des difficultés économiques, du délitement des solidarités et des troubles mentaux.

La ministre des solidarités et de la santé a présenté le 28 juin 2018 sa *Feuille de route pour la santé mentale et la psychiatrie* ; elle y affirmait sa volonté de « garantir des soins coordonnés et soutenus par une offre en psychiatrie accessible, diversifiée et de qualité » ; elle y précisait les conditions de mise en œuvre des projets territoriaux de santé mentale devant permettre à tous les secteurs concernés de se rassembler dans des réseaux territoriaux de partenariats, afin de structurer une offre de proximité assurant une continuité du suivi tout au long du parcours.

S'il faut saluer la volonté de faire travailler ensemble, sur un même territoire, les différents intervenants et l'affirmation de la nécessaire diversification des prises en charge, il y manque à l'évidence, la volonté politique de limiter l'hospitalisation sous contrainte et de favoriser, soutenir et développer des modes de soins et d'accompagnement alternatifs à l'hospitalisation.

Une réforme d'ampleur du système de santé mentale et de la psychiatrie doit être élaborée qui permette d'offrir à son usager une prise en charge respectueuse de ses droits, de ses spécificités sociales et familiales, ainsi que de ses choix et qui préserve donc, tant dans la formation et la recherche que dans la pratique, la diversité des approches thérapeutiques.

Recommandations

Recommandation 1

Chaque territoire doit définir un schéma des urgences psychiatriques garantissant un accès aux soins digne et respectueux des droits du patient.

Recommandation 2

Les services d'urgence doivent disposer d'un espace d'apaisement spécifique aux patients en situation d'agitation et protocoliser des méthodes de prise en charge respectueuses des droits du patient et de sa dignité.

Recommandation 3

La filière des urgences psychiatriques doit permettre une prise en charge en hospitalisation spécialisée de courte durée, en coordination avec les urgences générales et leur plateau technique.

Recommandation 4

La loi doit prévoir qu'au même titre que toute autre mesure de privation de liberté, les mesures d'isolement et de contention

de patients dans les services d'urgence soient tracées dans le dossier du patient ainsi que sur un registre spécifique.

Recommandation 5

Il doit être possible de traiter les personnes en crise prioritairement en dehors de l'hôpital, notamment à leur domicile, dans des centres médico-psychologique, ou tout autre dispositif pouvant les accueillir plusieurs jours, jusqu'à résolution de l'épisode.

Recommandation 6

Dans les hôpitaux généraux, le rapport financier de l'établissement doit comporter une partie sur le financement de l'activité psychiatrique explicitant notamment la dotation annuelle de fonctionnement attribuée, la part de cette dotation affectée aux services communs avec une justification en comptabilité analytique.

Recommandation 7

Les effets des restrictions budgétaires associés au maintien de l'obligation d'accueil des patients en soins sans consentement entraînent un appauvrissement des structures extra hospitalières et, par suite, une augmentation des ré-hospitalisations. Ce phénomène doit être inversé par un financement adapté à la hauteur des besoins effectifs de prise en charge.

Recommandation 8

Une attention particulière doit être apportée à l'élaboration collective du projet d'établissement dans une démarche participative du personnel. Les choix et objectifs arrêtés doivent être prioritairement évalués à l'aune du respect de la dignité et des droits des patients.

Recommandation 9

La durée d'emploi d'un médecin psychiatre intérimaire extérieur à l'établissement de santé mentale ne doit pas être inférieure à trois mois.

Recommandation 10

Avant d'autoriser l'exercice de la psychiatrie par des médecins à diplôme étranger, le conseil de l'Ordre doit s'assurer de leur maîtrise suffisante de la langue française.

Recommandation 11

L'accès aux soins somatiques doit être garanti pour tous les patients en soins sans consentement hospitalisés et le médecin généraliste doit être intégré au projet de soin et à son suivi.

Recommandation 12

Un recours à l'addictologie doit être assuré dans tous les établissements prenant en charge des patients en soins sans consentement.

Recommandation 13

L'organisation des soins doit répondre aux besoins : les effectifs de soignants présents auprès des patients doivent être suffisants pour leur permettre l'exercice des soins de psychiatrie, y compris des activités thérapeutiques et occupationnelles intégrées au projet de soin.

Recommandation 14

Les établissements doivent organiser l'accès des professionnels à une supervision, indépendante de la structure et réalisée sur leur temps de travail.

Recommandation 15

Le séjour d'un patient en soins sans consentement ne peut se faire que dans une chambre hôtelière, y compris s'il est amené à séjourner le temps nécessaire à la résolution de la crise dans un espace dédié, comme une chambre d'isolement. Il doit être en mesure à tout moment de réintégrer sa propre chambre d'hospitalisation. À cette fin, les logiciels de gestion des lits ne doivent pas intégrer les chambres d'isolement ou d'apaisement.

Recommandation 16

L'isolement d'un enfant ou d'un adolescent doit être évité par tout moyen ; cette pratique ne doit en aucun cas pallier l'absence de structure d'accueil adaptée à leur âge.

Recommandation 17

Les enfants ou adolescents ne doivent pas être hospitalisés avec des adultes. Dans tous les cas, leur suivi doit s'exercer sous le contrôle étroit d'un médecin et d'une équipe formés spécifiquement à la pédiatrie et à la pédopsychiatrie.

Recommandation 18

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

Recommandation 19

Afin de lever leurs réticences à autoriser les sorties de leurs patients, les psychiatres doivent recevoir une formation juridique

sur les conditions précises et réelles – au demeurant exceptionnelles – dans lesquelles leur responsabilité pour faute peut être engagée en cas de dommage causé par un de leurs patients.

Recommandation 20

Les UHSA doivent à tout moment être en mesure d'admettre un patient en urgence.

Recommandation 21

Le programme de réalisation des UHSA doit être achevé afin d'atteindre les dix-sept unités prévues.

Recommandation 22

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

Recommandation 23

La loi permettant la suspension de peine pour raison psychiatrique doit être appliquée ou révisée si elle s'avère inapplicable.

Recommandation 24

Le personnel médical et non médical des établissements psychiatriques doit être informé et sensibilisé sur les conditions d'incarcération des personnes détenues et les modalités de leur prise en charge par les unités sanitaires des établissements pénitentiaires.

Recommandation 25

L'hospitalisation de personnes détenues en service de psychiatrie générale ne doit en aucun cas s'accompagner de la violation des droits fondamentaux du fait de leur statut pénal. Seul l'état clinique doit être pris en considération par le personnel médical et soignant.

Recommandation 26

Les unités d'hospitalisation doivent offrir des conditions d'hébergement dignes et confortables (chambres individuelles avec sanitaires complets, espaces extérieurs accessibles, salles d'activités et de détente en nombre suffisant) et des moyens de qualité pour les soignants (matériel et salles de soins, d'activités et de repos).

Recommandation 27

La formation des psychiatres doit comporter des enseignements sur l'ensemble des théories qui ont conduit à l'organisation de la psychiatrie avec un secteur qui offre des soins sans discrimination de lieu ou de pathologie. La diversité des outils thérapeutiques doit être ainsi préservée dès lors qu'aucun d'entre eux n'a fait la preuve de son universelle efficacité ni n'a discrédité sérieusement la valeur des autres.

Recommandation 28

Tout infirmier postulant dans un service de psychiatrie doit avoir suivi un cursus de formation spécialisée d'une durée d'au moins six mois.

Recommandation 29

Des réunions soignants-soignés régulières doivent systématiquement être mises en place dans toutes les unités d'hospitalisation

à temps plein. Des conseils de la vie sociale, à l'instar de ceux du secteur médicosocial, devraient être installés.

Recommandation 30

Le décret fixant la composition de la commission des usagers doit être modifié pour tenir compte, dans la mesure du possible, de l'ensemble des associations représentant les patients sur le territoire de santé.

Recommandation 31

L'expérience des proches sur le parcours du patient doit être prise en compte dans la prise en charge de celui-ci. Elle doit aussi être diffusée dans le cadre d'un partage plus large notamment auprès d'autres familles et intervenants.

Recommandation 32

Les formations initiales et continues de l'ensemble des professionnels de la psychiatrie doivent aborder la question du rétablissement et de la pair-aidance (avec des formateurs pairs aidants usagers et familles).

Recommandation 33

Tout établissement agréé pour prendre en charge des patients en soins sans consentement doit mettre en place un comité d'éthique compétent pour toute question portant sur la dignité et le respect des droits fondamentaux.

Recommandation 34

Les agences régionales de santé doivent intégrer le respect des droits fondamentaux et de l'accès aux soins de qualité dans les

contrats d'objectifs et de moyens passés avec les établissements prenant en charge des patients en soins sans consentement.

Recommandation 35

Une flexibilité doit être mise en place dans l'organisation quotidienne des hospitalisations (horaires des soins, de la dispensation des traitements, des repas, des activités) pour favoriser une prise en charge individualisée des patients, propice au respect de leurs droits et de leur dignité.

Recommandation 36

Les cours intérieures des unités doivent être équipées d'allume-cigares.

Recommandation 37

La suppression des régies des hôpitaux doit être compensée par l'organisation de services permettant aux patients d'accéder aisément à leurs valeurs, aux heures ouvrables.

Recommandation 38

La confidentialité des soins doit être respectée également lors de la distribution des traitements.

Recommandation 39

Les dispositions de l'article L. 3212-5 du code de la santé publique qui prévoient la transmission au préfet et à la commission départementale des soins psychiatriques des décisions d'admissions prises en soins sans consentement par le directeur de l'établissement doivent être réévaluées.

Recommandation 40

Les traitements informatiques croisant les données des fichiers du type de celui géré par les agences régionales de santé par le logiciel HOPSYWEB avec celles de fichiers de signalement de la radicalisation ou du terrorisme font regarder des personnes vulnérables comme problématiques, voire dangereuses. Ces traitements doivent être supprimés car attentatoires au droit au secret médical.

Recommandation 41

La situation de soin en milieu pénitentiaire n'exonère en rien les intervenants du respect du secret médical. En tant que de besoin, le personnel médical et soignant doit exiger des conditions permettant ce respect.

Recommandation 42

Les portes des chambres doivent être équipées de serrures permettant au seul patient et aux soignants de les ouvrir et préservant l'occupant de toute intrusion. Les chambres doivent être équipées de placards fermant à clef.

Recommandation 43

La pratique des fouilles des patients, de leurs placards ou des sacs des visiteurs, qui constitue une violation de l'intimité et une atteinte à la dignité, doit être proscrite. Il ne peut être dérogé à cette interdiction que dans les situations exceptionnelles, où une fouille permettrait de prévenir un risque grave et imminent pour le patient ou pour des tiers.

Recommandation 44

L'intervention directe d'agents de services de sécurité auprès des patients doit être prohibée.

Recommandation 45

Les unités d'hospitalisation doivent aménager des salons offrant des conditions agréables, dignes et garantissant l'intimité des visites. Sauf exception tenant à son état clinique, le patient qui occupe seul sa chambre doit pouvoir y recevoir ses visiteurs.

Les visites des enfants à leurs proches ne doivent pas être systématiquement interdites mais adaptées à la situation familiale et à l'état du patient.

Recommandation 46

Les patients doivent pouvoir conserver leur téléphone portable à tout moment. Toute restriction à cette règle doit être justifiée par l'état clinique du patient et limitée dans sa durée. En pareil cas, un accès à un téléphone géré par les soignants doit toujours être possible.

Recommandation 47

Le proche désigné par le patient dans ses directives anticipées doit être informé de la mise en isolement, et sous contention le cas échéant, de celui-ci. À défaut, le procureur doit être immédiatement informé de cette mesure.

Recommandation 48

Le législateur doit désigner le juge compétent pour statuer sur les recours relatifs aux décisions de placement en isolement et préciser la procédure du recours.

Recommandation 49

Le ministre chargé de la santé doit produire une circulaire qui précise les données devant figurer dans le registre d'isolement

et les modalités de leur enregistrement qui en garantissent la pertinence pour l'analyse de pratiques. Les éléments relatifs à chaque mesure doivent comporter, a minima sa durée totale, le statut initial du patient et son statut vingt-quatre heures après, le lieu d'exécution de la mesure, l'existence et la durée d'une contention associée.

Recommandation 50

Un observatoire national des pratiques d'isolement et de contention doit être mis en place. Les données des registres d'isolement doivent lui être régulièrement communiquées.

Recommandation 51

Toute décision d'isolement ou de contention prise par un médecin non-psychiatre doit être validée, dans le délai d'une heure, par un psychiatre après une rencontre entre le patient et ce dernier.

Recommandation 52

Les alternatives à l'isolement ou la contention doivent être explicitées dans les protocoles de mise en isolement.

Recommandation 53

Tout patient doit être examiné par un médecin généraliste ou par un urgentiste lors du placement en isolement ou sous contention.

Recommandation 54

Tout patient placé dans une chambre d'isolement doit pouvoir accéder aux toilettes et à un point d'eau.

Recommandation 55

La mise à nu des patients en chambre d'isolement est à proscrire, quel que soit leur état clinique. Les risques d'auto-agressivité doivent être prévenus par des dispositifs préservant la dignité du patient.

Recommandation 56

Les patients faisant l'objet d'une décision de soins sans consentement doivent être informés de cette décision, qui doit leur être formellement notifiée, une copie leur étant laissée. Les droits afférents à leur mode d'admission doivent également leur être notifiés et explicités. Doivent de même leur être communiqués les certificats fondant la décision lorsque leur texte n'est pas repris dans le corps de celle-ci, ainsi que, le cas échéant, le nom du tiers ayant demandé l'admission.

Ils doivent également être avertis, si possible avant que la décision d'admission en soins sans consentement ne soit prise, que le préfet en sera informé et qu'en raison de cette admission, leur nom, accompagné de certaines données personnelles, figurera dans le fichier des personnes en soins psychiatriques sans consentement, traité par le logiciel HOPSYWEB. Les tiers demandant l'hospitalisation d'un proche doivent également en être avertis lors de la présentation de leur demande.

Recommandation 57

La recherche du consentement d'un patient en soins sans consentement doit être reprise à chaque entretien et passe par une formation et information des soignants réactualisées régulièrement.

Recommandation 58

La mise en œuvre de prescriptions « si besoin » en psychiatrie, sans le consentement du patient, dans la prise en charge des situations de crise doit être prohibée.

Recommandation 59

En cas de recours à la sismothérapie, administrée parfois sans le consentement de la personne, il est nécessaire de prévoir une procédure de décision collégiale et une information de la personne de confiance afin que le consentement de la personne ou de ses représentants soit mieux éclairé et entendu.

Recommandation 60

Des programmes d'éducation thérapeutique doivent être proposés aux patients dont l'état de santé nécessite un traitement de psychotropes au long cours.

Recommandation 61

La mise en œuvre des directives anticipées du patient sur les modalités de sa prise en charge lors des phases de crises doivent être généralisées.

Recommandation 62

Le livret d'accueil doit mentionner clairement les compétences et adresses précises des autorités chargées de contrôler le respect des droits des patients.

Recommandation 63

La présence d'un magistrat judiciaire, garant du respect des libertés individuelles, dans la composition des commissions départementales des soins psychiatrique doit être rétablie.

Recommandation 64

Le diagnostic de troubles mentaux avec notion de péril imminent pour la santé nécessite un avis psychiatrique avant la

prise de décision de soins sous contrainte. La demande de soins sans consentement selon l'article L. 3212-1 II 2° du code de la santé publique dite de péril imminent doit être révisée afin d'obtenir un avis psychiatrique avant la décision d'admission en soins sans consentement.

Recommandation 65

La loi doit expressément prévoir la possibilité de contester devant le juge les refus de sortie de courte durée opposés par les préfets.

Recommandation 66

La compétence du juge des libertés et de la détention doit être étendue aux mesures de programme de soins ; ces mesures doivent lui être systématiquement soumises à une fréquence suffisante et au moins annuelle.

Recommandation 67

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

Table des matières

À propos de l'auteur	V
Introduction	1
Chapitre 1	5
L'évolution de la psychiatrie laisse persister la contrainte dans les soins	
- Section 1	5
La réalité du fonctionnement de la psychiatrie a trahi les ambitions humanistes de ceux qui ont promu les réformes du xx ^e siècle	
- Section 2	9
Le respect des droits de l'individu devient secondaire au maintien de l'équilibre social	
- Section 3	11
Les demandes adressées à la psychiatrie, dont une partie traduit des préoccupations sécuritaires, se multiplient	
- Section 4	15
Les lois de 2011-2013 ont dans le même mouvement instauré un contrôle du juge et créé une nouvelle procédure restrictive de droits	
- Section 5	19
La portée pratique du contexte normatif international reste très limitée	
- I. La position de l'ONU appelle clairement une approche différente des personnes souffrant de troubles mentaux	19
- II. Au niveau européen, l'ambiguïté est plus marquée.	22
- Section 6	23
L'insuffisance de la réflexion collective a contribué à l'intériorisation de la contrainte par l'institution hospitalière	

172	Chapitre 2	27
	L'organisation des soins sans consentement n'offre pas une prise en charge adaptée à la diversité des situations	
	- Section 1	27
	La permanence des soins en psychiatrie ne permet pas de gérer respectueusement les situations de crise	
	- I. Un effet multiplicateur du fonctionnement des urgences sur le nombre des mesures de soins sans consentement	28
	- II. Substituer une offre de soins à l'actuel objectif d'orientation	31
	- III. Dans les services d'urgence, des pratiques de contrainte et de contention non tracées	32
	- IV. Le dévoiement juridique des soins sous contrainte	33
	- V. Traiter sans hospitalisation les situations de crise et d'urgence	34
	- Section 2	38
	L'intérêt thérapeutique et le respect de la dignité et des droits du patient pâtissent souvent de choix ou de contraintes organisationnels	
	- I. Dans les moyens alloués	38
	- II. Dans l'organisation des soins	40
	A. Le projet d'établissement	40
	B. La ressource médicale	42
	C. Les modalités de dispensation des soins	44
	D. L'impératif de gestion des flux conduit à une violation de droits fondamentaux	49
	- Section 3	51
	Malgré sa diversité, l'offre de soins ne répond qu'imparfaitement à l'hétérogénéité des besoins	
	- I. La diversité touche tous les aspects du fonctionnement hospitalier	51
	- II. L'offre de soins à destination des enfants et adolescents ne respecte pas les droits de l'enfant	52
	- III. Le séjour des patients porteurs de pathologies complexes est exagérément prolongé	55

- IV. Le traitement de la délinquance repose le plus souvent sur la répression et l'enfermement	56
A. Les impératifs sécuritaires sont implicitement intégrés	56
B. Les choix des soins proposés aux délinquants restent sans consensus	58
C. Le renforcement des moyens sanitaires en milieu pénitentiaire n'apporte pas la réponse espérée	59
D. Les réponses aux situations difficiles ne sont pas satisfaisantes malgré des dispositifs spécifiques	62
E. La question de la responsabilité pénale n'est pas traitée clairement . . .	64
- Section 4	66
Les locaux des hôpitaux demeurent souvent inadaptés au séjour et au travail thérapeutique	
- Section 5	67
La formation des professionnels ne les prépare pas à prendre en charge la patientèle du secteur public	
- Section 6	70
L'hôpital peine à intégrer les apports extérieurs dans le parcours de soins	
- I. La participation des usagers aux décisions relatives à leur prise en charge est formelle	70
A. Au sein des unités d'hospitalisation	70
B. Au niveau des établissements, la commission des usagers	71
C. Au niveau territorial et national	73
- II. La place des familles dans la prise en charge doit être clarifiée et confortée	74
- III. Sortir d'une logique amont-aval pour construire de la coresponsabilité notamment en liaison avec les établissements et services médico-sociaux	77
- IV. Les effets du rétablissement dans l'accompagnement des personnes et la pair-aidance	78
A. Les groupes d'entraide mutuelle	78
B. Les médiateurs de santé pairs	79
- Section 7	81
Les pratiques doivent se fonder sur une réflexion éthique soutenue et valorisée par les tutelles	

174	Chapitre 3	83
	Les établissements imposent, en raison du mode d'admission, des contraintes que n'exigent ni la loi ni l'état du patient	
	- Section 1	84
	Bien qu'infondée, la corrélation entre admission en soins sans consentement et enfermement est constante	
	- Section 2	88
	Le contrôle des comportements est rarement justifié par la clinique du patient	
	- I . Le rythme de la journée	89
	- II . L'usage du tabac	90
	- III . Les relations sexuelles	92
	- IV . La gestion des biens des patients	94
	- Section 3	95
	Le secret médical est inégalement préservé	
	- I . Dans les établissements psychiatriques	95
	A . Les droits au secret médical et à la confidentialité ne sont pas toujours observés dans la distribution des traitements	95
	B . Les fichiers informatiques partagés	96
	- II . Dans les unités de soins en milieu pénitentiaire (USMP)	99
	- Section 4	100
	Les fonctionnements méconnaissent souvent la dignité et l'intimité du patient sans pour autant préserver sa sécurité	
	- I . Le respect de la dignité	100
	- II . Le droit à la sécurité et à la sûreté	102
	- Section 5	104
	Les relations sociales sont maintenues avec difficulté	
	- Section 6	108
	Les mesures normatives prises pour encadrer l'isolement et la contention ne parviennent qu'imparfaitement à leur objectif	
	- I . Le renforcement législatif des recommandations sur les pratiques d'isolement et de contention	108
	- II . Le respect de l'ensemble de ces recommandations peine à se généraliser	113
	A . Les mesures sont imparfaitement tracées	113

B. Des mesures d'isolement sont prises par des praticiens non-psychiatres sans validation ultérieure par un psychiatre	116
C. Les circonstances de la décision d'isolement et son déroulement ne sont pas conformes aux recommandations	116
1 – Les alternatives sont peu recherchées et peu tracées	116
2 – La durée de l'isolement n'est pas limitée à la crise	117
3 – Un examen somatique n'est pas toujours pratiqué.	117
4 – Des patients en soins libres sont isolés plus de douze heures	118
D. Les conditions matérielles	118
1 – Les chambres d'isolement elles-mêmes offrent des conditions de séjour indignes	118
2 – L'isolement en chambre ordinaire est banalisé	120
3 – Utilisation de la chambre d'isolement à des fins différentes de celle prévue	121
4 – Les restrictions et atteintes aux droits et à la dignité y sont concentrées	122
Chapitre 4	125
Les patients, mal informés, peinent à exercer leurs droits	
- Section 1	126
L'information du patient sur son mode d'admission et les droits qui en découlent lui est rarement prodiguée de façon utile	
- I. La notification des décisions	127
- II. L'information sur les droits.	128
- Section 2	130
Le consentement et la réappropriation de la démarche de soins par le patient sont inégalement recherchés	
- I. Le consentement au cours du parcours de soin.	130
- II. Consentement et sismothérapie.	133
- III. La réappropriation de la démarche de soin par le patient	135
- Section 3	137
Les autorités de contrôle doivent être mises en mesure d'exercer plus efficacement leur mission	

176	Chapitre 5	139
	Les lois de 2011 et 2013 n'ont pas garanti le respect des droits qu'elles affirmaient	
	- Section 1	139
	La mise en œuvre de procédures exceptionnelles est banalisée	
	- Section 2	144
	L'obligation d'informer le patient est subie par les établissements	
	- Section 3	145
	Le contrôle du juge n'a pas trouvé sa plénitude	
	- Section 4	147
	Le contrôle du déroulement de la prise en charge ne s'étend ni aux programmes de soins ni aux sorties de courte durée	
	- Section 5	150
	Les difficultés d'application de la loi, qui n'atteint pas ses objectifs, appellent sa refonte complète	
	Conclusion	151
	Vers une psychiatrie intégrée à la cité, au service d'usagers acteurs de leur parcours de soin	
	Recommandations	157

Du même auteur

Isolement et contention dans les établissements de santé mentale, mai 2016

Le personnel des lieux de privation de liberté, juin 2017

Les droits fondamentaux des mineurs en établissement de santé mentale,
novembre 2017

Les droits fondamentaux à l'épreuve de la surpopulation carcérale,
février 2018

La nuit dans les lieux de privation de liberté, juillet 2019

Les violences interpersonnelles dans les lieux de privation de liberté,
décembre 2019