

## FNAPSY – Affaire du Centre Psychiatrique de l’Ain

Gilles Devers

20 avril 2016

- *Le 16 mars, a été publié au Journal Officiel un très étonnant rapport de la Contrôleure générale des lieux de privation de liberté du 8 février 2016, effectué après une visite au centre psychiatrique de l’Ain*
- *Le rapport décrit des atteintes systématiques aux libertés et surtout une pratique de la contention et de l’isolement dans des conditions jamais connues*
- *Ce sont les droits fondamentaux des patients ont été bafoués, pendant des années*
- *Du coté des autorités, rien n’est envisagé pour une action en justice, et la FNAPSY peut prendre toute une série d’initiatives*

### **I – Le rapport de la Contrôleure générale des lieux de privation de liberté du 8 février 2016**

#### **A – Des dérives généralisées**

1. Comme la loi l’y autorise dans les circonstances graves, la Contrôleure générale des lieux de privation de liberté a publié au *Journal Officiel* des recommandations datées du 8 février 2016 relatives au Centre psychothérapique de l’Ain, à Bourg-en-Bresse (*JO du 16 mars 2016, texte n° 102*).
2. La publication précise :
 

« Lors de la visite du centre psychothérapique de l’Ain, du 11 au 15 janvier 2016, les contrôleurs ont fait le constat de situations individuelles et de conditions de prise en charge portant des atteintes graves aux droits fondamentaux des personnes hospitalisées dans cet établissement, constat qui conduit la Contrôleure générale à mettre en œuvre cette procédure d’urgence ».
3. La Contrôleure a identifié quatre points traduisant des atteintes graves aux droits des patients :

- une pratique je sais je sais je sais e de maîtrise et de contrôle des faits et gestes des patients d'autant plus singulière qu'elle est appliquée avec une rigueur exceptionnelle ;
- une restriction à la liberté de circuler encore plus prononcée dans les unités de « soins de suite » ;
- un recours à l'isolement et à la contention utilisé dans des proportions jamais observées jusqu'alors et non conforme aux règles communément appliquées ;
- des pratiques inhabituelles qui rencontrent une résignation préoccupante tant de la communauté soignante que des patients.

## **B – La contention et l'isolement**

4. Les informations données sur la contention isolement sont l'apport majeur du rapport, qui fait état de pratiques peu imaginables.
  
5. On relève comme points émergents :
  - pour une capacité de 412 lits, en moyenne plus de trente-cinq chambres d'isolement occupées chaque jour, ce qui représente plus de 13 000 journées passées en chambre d'isolement dans l'année ;
  - l'utilisation des chambres d'isolement est constante dans les unités de « soins de suite », certains patients y étant à demeure ;
  - le recours à la contention, dont l'usage doit pourtant rester exceptionnel, est tout aussi généralisé ;
  - dans l'une de ces unités, une personne est isolée, attachée, depuis une date indéterminée,
  - outre les patients placés en chambre d'isolement, de nombreux patients hospitalisés dans les unités de « soins de suite » sont enfermés dans des chambres ordinaires ;
  - il peut s'y ajouter une contention au lit ou au fauteuil jusqu'à vingt-trois heures par jour, pour certains patients pendant des mois également, voire des années ;
  - les patients enfermés ne disposent d'autre moyen pour faire appel aux soignants que de taper à la porte ou de crier ;
  - une jeune femme, présente depuis un an, était constamment sous contention des quatre membres, le lien posé sur l'un des deux bras était ajusté de façon à lui permettre de reposer le bassin au sol sans l'aide d'un soignant.
  
6. Le rapport décrit ainsi une unité spéciale, dite « Unité pour malades agités et perturbateurs (UMAP) ».

« L'établissement s'est doté d'une unité pour malades agités et perturbateurs (UMAP) de vingt et une chambres, toutes sur le même modèle : un espace nu, équipé, pour seul mobilier, d'un lit central fixé au sol et permettant la contention, d'un lavabo et d'un WC. Toutes ces chambres disposent de deux portes d'accès. Aucun espace n'est à l'abri du regard extérieur. Les douches, une pour deux chambres, sont des cabines sans porte ni rideau, imposant aux patients de se laver sous la surveillance directe des soignants. Aucune chambre ne dispose de bouton d'appel. Cette unité, destinée en principe au traitement de la crise, accueillait lors de la visite, dix patients au long cours dont trois étaient présents depuis la date de son ouverture en 2010. Il a été également constaté que cette unité est parfois utilisée à des fins disciplinaires ».

### **C – Recommandations de la Contrôleuse**

7. Ces différents constats ont conduit le contrôleur général à formuler les recommandations suivantes :

1/ ériger en règle la libre circulation dans l'établissement, toute restriction de la liberté d'aller et venir devant être expressément motivée par l'état clinique du patient ;

2/ mettre fin immédiatement à l'enfermement en chambre ordinaire ;

3/ mettre sans délai un terme à la pratique excessive, tant dans la durée que dans l'intensité, de l'enfermement en chambre d'isolement et de la contention ;

4/ mettre fin immédiatement aux prescriptions et décisions médicales effectuées sans examen préalable du patient ;

5/ assurer une présence médicale quotidienne et d'une durée suffisante dans toutes les unités ;

6/ évaluer avec l'aide d'intervenants extérieurs l'état clinique et les modalités de prise en charge de tous les patients présents dans les unités de « soins de suite » et à l'unité pour malades agités et perturbateurs afin d'élaborer pour ces patients un projet de soins et de vie ;

7/ renforcer dans des délais très courts les activités thérapeutiques dans et hors les unités afin d'en faire bénéficier le plus grand nombre de patients ;

8/ former l'ensemble du personnel à la prévention et la gestion des situations de crise.

### **D – Suites données**

8. Lors d'une conférence de presse, Véronique Wallon, directrice de l'ARS a expliqué :

« Le CPA est un établissement privé conventionné. Nous ne sommes pas son organisme de tutelle. Mais il y a des commissions départementales des soins

psychiatriques régulièrement. Le CPA a obtenu la certification de la Haute autorité de santé en 2012. C'est un fait, nous ne l'avons pas vu venir.

« Il y a un engagement pris de la part du CPA pour renverser la logique, que le droit d'aller et venir des patients redevienne la règle et la contention l'exception. Les personnels ne se vivent pas comme maltraitants, c'est tout le sujet. »

9. Selon le directeur de l'établissement, M. Pascal Vassallo : « Ce rapport est très sévère, à charge. Nous ne nous reconnaissons pas dans ce rapport ».
10. Il y a tout lieu de penser que les recommandations de la contrôleuse vont être mises en œuvre.
11. En revanche, rien n'indique qu'une action justice ait été engagée alors qu'il y a eu de telles violations des droits. La presse fait état de ce rapport, et plusieurs articles ont été publiés notamment dans la presse régionale. À aucun moment il n'a été évoqué que la justice a été saisie. Le procureur de la République de Bourg s'est contenté de répondre à la presse qu'aucune plainte pour maltraitance n'a été à ce jour devant le tribunal correctionnel de Bourg-en-Bresse.

## II – En droit

12. L'article 72 de la loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016, devenues art. L. 3222-5-1 CSP, qui définit le statut juridique de la contention et de l'isolement, n'est pas applicable à la présente affaire, les faits antérieurs.
13. En l'absence de loi spécifique, les abus en matière de contention et d'isolement étaient jugés par rapport aux principes généraux, et on dispose de jurisprudence interne et européenne, au regard de la notion de traitement inhumain et dégradant.
14. Pour atteindre cette qualification, un mauvais traitement doit atteindre un minimum de gravité appréciée en fonction de l'ensemble des données de la cause : durée, effets physiques et mentaux, sexe, âge, état de santé... Lorsqu'une personne se trouve privée de sa liberté, l'utilisation à son égard de la force physique alors qu'elle n'est pas rendue strictement nécessaire par son comportement porte atteinte à la dignité humaine et constitue, en principe, une violation des droits (*CEDH, Tekin c. Turquie, 9 juin 1998, §§ 52 et 53*).
15. Un traitement est « dégradant » parce qu'il est de nature à créer en ses victimes des sentiments de peur, d'angoisse et d'infériorité, propre à humilier. Inévitablement une forme donnée de traitement ou de peine légitime. Ce qui est en jeu, c'est le vécu de la personne. Il n'est pas nécessaire de prouver l'intention d'humilier ou de rabaisser la victime (*CEDH, V. c. Royaume-Uni [GC], no 24888/94, § 71 ; CEDH, Raninen c. Finlande, 6 décembre 1997, § 55*).

16. Dans la conclusion de son rapport, la Contrôleure est très affirmative :

« Les conditions dans lesquelles les patients sont placés à l'isolement, enfermés, sous contention pour des durées particulièrement longues, pouvant atteindre des mois, voire des années, constituent, à l'évidence, un traitement inhumain et dégradant ».

### **III – Actions préconisées pour la FNAPSY**

#### **A – Problématique**

17. L'enjeu est le respect des principes fondamentaux du droit des personnes. Il ne s'agit pas d'un juridisme qui cherche les failles pour rompre des relations de soin pour des motifs de forme, mais bien défendre les droits fondamentaux des patients psys. La question est très claire : que resterait-il de la prise en compte des droits des patients s'il était impossible de réagir à la situation décrite par la Contrôleure ? Que nous resterait-il dire si nous étions inactifs sur une telle affaire.

18. Par rapport à d'autres dossiers que nous avons connus, nous avons ici deux bases extrêmement solides :

- le rapport de la Contrôleure, une ancienne magistrate, rapport dont le contenu a été confirmé par l'ARS, et qui n'a été que mollement critiqué par le directeur ;
- le droit applicable car de tels actes entrent manifestement dans la définition du traitement inhumain et dégradant, l'atteinte à la dignité devant être analysée par rapport à ce qu'il vit le patient, sans qu'il n'y ait à prouver une intention de nuire de la part du personnel.

#### **B – Recevabilité**

19. Il faut prendre en compte une évolution notable sur la question de la recevabilité. Dans l'affaire de l'hôpital de Sarreguemines, le tribunal puis la cour d'appel avait accepté la recevabilité de la FNAPSY... car cela semblait juste, mais sans expliquer pourquoi. De fait, la FNAPSY est une fédération d'associations : ainsi, d'une manière générale, les patients ne sont pas eux-mêmes membres de la FNAPSY, et la FNAPSY ne peut pas être mandatée par les patients, au motif que « nul ne plaide par procureur », et dans le cas particulier – comme pour Sarreguemines – nous n'avons pas de mandats des patients.

20. La problématique juridique a changé, du fait d'un arrêt rendu par la Cour européenne des droits de l'homme (*CEDH, 17 juillet 2014, n° 47848/08*). Il s'agissait de la situation d'un jeune homme, décédé prématurément, qui avait connu un cumul de difficultés et de discriminations : mineur abandonné par sa famille, rom en Roumanie, atteint du sida, souffrant de troubles psychiques. La Cour a accepté qu'une association puisse

exercer le recours en justice en son nom, alors qu'elle n'avait pas reçu mandat du mineur. Elle estime que l'action de l'association est recevable quand c'est le seul moyen pour que ce soit sanctionnées les violations les plus graves du droit.

21. Cette jurisprudence n'est pas immédiatement transposable, notamment car les patients admis au CPA sont vivants, et souvent encore hospitalisés. Mais nous pouvons soutenir, que dans la réalité, l'action de la FNAPSY est indispensable, au moins pour enclencher le processus juridique. De même, nous ne pourrions pas invoquer directement les dispositions législatives nouvelles sur l'action de groupe en droit de la santé, nous pouvons toutefois en faire état comme un élément d'interprétation.

## **C – Actions à conduire**

### **1/ Appel aux patients, à leurs familles, aux tuteurs et aux témoins**

22. Il faudra envisager un appel aux patients, à leurs familles, aux tuteurs et aux témoins, et il faudra un véritable travail pour aider à sortir du silence et de l'immobilisme. Il faudra trouver les moyens et les moyens de convaincre, notamment en garantissant la confidentialité et une écoute de haut niveau.
23. De plus, pour encourager les personnes, il faudra faire état d'un plan concret, avec de premières actions engagées.

### **2/ Recours en responsabilité contre le centre hospitalier**

24. La FNAPSY a pour mission de défendre les droits des patients, de manière collective. Dans la mesure où le centre hospitalier avait une pratique générale, nous pouvons engager une action au nom de la FNAPSY, dès lors que les principes structurants de la relation de soin, qui incluent le principe de dignité et donc l'interdiction absolue des traitements inhumains et dégradants, ont été bafoués d'une manière générale. Il y a eu atteinte aux valeurs morales que défend la FNAPSY, ce qui justifie son action.
25. Aussi je préconise l'engagement sans délai d'une procédure civile devant le tribunal de grande instance. En choisissant la voie civile, nous écartons la « pression » du pénal, et le rôle de frein que jouerait le procureur.
26. Je précise que le centre hospitalier est géré par une association qui a son siège à Lyon. Aussi nous pouvons engager le procès devant le tribunal de grande instance de Lyon, ce qui évitera de jouer dans le microcosme de Bourg-en-Bresse.
27. La FNAPSY demandera la condamnation du centre hospitalier pour avoir violé les valeurs humaines fondamentales défendues par la FNAPSY, et en réparation, un euro de dommage moral et les frais du procès.

### **3/ Contacts avec l'ARS et la HAS**

28. La FNAPSY est en droit de se manifester auprès de l'ARS et l'HAS.
29. D'abord, l'ARS a une mission de contrôle des établissements de santé, et cette affaire pose un problème sérieux sur la manière dont est assuré ce contrôle, et sont effectués les procédés d'accréditation. Il est assez invraisemblable que les dérives reconnues de l'établissement aient pu échapper à tout contrôle des tutelles. La FNAPSY est donc en droit de demander une concertation avec l'ARS pour comprendre où a été le dysfonctionnement et éviter qu'il se reproduise.
30. Ensuite, des engagements ont été pris, sous le contrôle de l'ARS, pour une rectification des travers de fonctionnement. Là encore, en tant qu'association de patients, la FNAPSY est en droit de demander à être associée à ce projet, car il est impossible de s'en remettre à la seule bonne volonté de l'hôpital, auteur des dérives, et qui soutient que les critiques ont été « exagérées ».
31. Cette implication de la FNAPSY auprès de l'ARS et de la HAS conforterait la recevabilité de l'action devant le tribunal.

### **4/ Centralisation de recours individuels**

32. Les patients ayant vécu des situations décrites par le rapport, qu'il s'agisse de la contention et de l'isolement ou des autres mesures privatives de liberté, sont en droit d'exercer des recours individuels aux fins d'obtenir l'indemnisation, par la voie civile. Il serait souhaitable d'obtenir des mandats des patients ou, pour les personnes sous tutelle, des tuteurs, afin d'exercer des recours individuels devant le tribunal de grande instance de Lyon, en parallèle avec l'action principale conduite par la FNAPSY.

### **5/Instances européennes et internationales spécialisées**

33. Il existe de nombreuses instances européennes et internationales, qui ne sont pas des juridictions mais des autorités, et qui peuvent être saisies vu la gravité des faits dénoncés :
- Commissaire européen aux droits de l'homme,
  - Comité de prévention contre la torture et traitements dégradants,
  - Parlement du Conseil de l'Europe,
  - Rapporteur spécial de l'ONU,
  - Comité des droits de l'homme de l'ONU.

34. Dès lors que le dossier est constitué pour le TGI, il s'agit de démarches simples, et assez efficaces. Le fait de saisir ces structures internationales crée le contexte pour une bonne procédure devant le tribunal de grande instance...

### **5/ Etude d'une plainte pénale**

35. Les faits tels qu'ils sont rapportés par la Contrôleure sont susceptibles de recevoir des qualifications pénales, notamment pour séquestration, voies de fait et discriminations.
36. En l'état actuel, il serait aventureux de s'avancer davantage sur une plainte pénale car nous n'avons pas assez d'informations. Il faudrait par ailleurs évaluer comment une plainte pénale pourrait être ressentie par les patients. Le choix du procès civil permettra d'être efficace à bref délai, mais il faut étudier la possibilité d'une plainte pénale, par une réponse adaptée vu la gravité des faits.