

Etude

La contention en psychiatrie : Il faut désormais respecter la loi

Résumé

En continuité des travaux anciens du droit international et du droit européen, la loi du 6 janvier 2016 donne enfin un régime à la contention en psychiatrie. Dans le même temps, un document publié par le Contrôleur général des lieux de privation de liberté montre l'ampleur du problème à régler.

Claude Finkelstein

Service juridique de la FNAPSY¹

En 2002², est adoptée la loi sur les droits des patients... mais il faut attendre 2016³, pour que le législateur adopte un texte contraignant s'agissant de la contention en psychiatrie. Ce texte aurait-il pu aller plus loin ? Sans doute, mais il faut saluer ce pas extrêmement important dans l'affirmation des droits des patients. Pour comprendre la portée de cette loi, il faut la situer dans le contexte, qui est un contexte international. Le sujet est vite très lourd de polémiques ou d'analyses discordantes. Aussi, par ce texte, le service juridique de la FNAPSY entend donner une synthèse des éléments objectifs du débat, en étudiant successivement la notion juridique de traitements inhumains et dégradants (1), les institutions indépendantes de contrôle avec en droit français le contrôleur général des lieux de liberté (2), et le régime juridique de la contention en psychiatrie, avec l'apport récent législateur (3). Nous publierons en annexe un document lourd et troublant, établi par le Contrôleur général des lieux de liberté après sa visite dans un établissement psychiatrique.

1. La notion de traitements inhumains et dégradants

1.1. Le droit international

¹ La FNAPSY créée le 1er mars 1992, sous le sigle FNAP Psy (Fédération Nationale des Associations de (ex) Patients des services Psychiatriques), par trois associations d'usagers, AME (Association pour le Mieux Être), APSA (Association des Psychotiques Stabilisés Autonomes), Revivre Paris. La FNAPSY, fédération Nationale des Associations d'usagers en PSYchiatrie - regroupe à ce jour, 59 associations sur toute la France.

² Loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé

³ Loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé

La prohibition de la torture et des traitements inhumains ou dégradants résultent de deux textes fondamentaux à savoir la Convention de l'ONU contre la torture⁴, et le Pacte international relatif aux droits civils et politiques du 16 décembre 1966, qui dispose en son article 7 que « Nul ne sera soumis à la torture ni à des peines ou traitements cruels, inhumains ou dégradants. En particulier, il est interdit de soumettre une personne sans son libre consentement à une expérience médicale ou scientifique. »

Mais c'est finalement par la pratique, c'est-à-dire l'action des tribunaux, que la lutte contre les traitements inhumains et dégradants a pris toute son ampleur, et la référence est l'affaire *Furundzija* jugée par le Tribunal pénal international pour l'ex Yougoslavie le 10 décembre 1998⁵. Le tribunal a érigé la condamnation des traitements inhumains et dégradants en normes de *jus cogens*, c'est-à-dire de norme impérative du droit international, opposable à tous les Etats en toutes circonstances mêmes si les Etats n'ont pas ratifié les traités idoines.

Voici la motivation de principe du tribunal, qui a fait l'unanimité, et a déclenché beaucoup de forces :

« 153. (...) En raison de l'importance des valeurs qu'il protège, [le] principe [de l'interdiction de la torture] est devenu une norme impérative ou *jus cogens*, c'est-à-dire une norme qui se situe dans la hiérarchie internationale à un rang plus élevé que le droit conventionnel et même que les règles du droit coutumier « ordinaire ». La conséquence la plus manifeste en est que les Etats ne peuvent déroger à ce principe par le biais de traités internationaux, de coutumes locales ou spéciales ou même de règles coutumières générales qui n'ont pas la même valeur normative.

« 154. Clairement, la valeur de *jus cogens* de l'interdiction de la torture rend compte de l'idée que celle-ci est désormais l'une des normes les plus fondamentales de la communauté internationale. En outre, cette interdiction doit avoir un effet de dissuasion en ce sens qu'elle rappelle à tous les membres de la communauté internationale et aux individus sur lesquels ils ont autorité qu'il s'agit là d'une valeur absolue que nul ne peut transgresser.

« 155. Il serait absurde d'affirmer d'une part que, vu la valeur de *jus cogens* de l'interdiction de la torture, les traités ou règles coutumières prévoyant la torture sont nuls et non avenus *ab initio* et de laisser faire, d'autre part, les États qui, par exemple, prennent des mesures nationales autorisant ou tolérant la pratique de la torture ou amnistiant les tortionnaires.

« 156. De surcroît, à l'échelon individuel, à savoir celui de la responsabilité pénale, il semblerait que l'une des conséquences de la valeur de *jus cogens*

⁴ Convention contre la torture et autres peines ou traitements cruels, inhumains ou dégradants, adoptée et ouverte à la signature, à la ratification et à l'adhésion par l'Assemblée générale dans sa résolution 39/46 du 10 décembre 1984, entrée en vigueur le 26 juin 1987. La France avait préalablement transposé cette convention dans son droit interne par la loi n° 85-1407 du 30 décembre 1985.

⁵ TPIY, Anto Furundzija, 10 décembre 1998, affaire n° IT-95-17/1-T

reconnue à l'interdiction de la torture par la communauté internationale fait que tout Etat est en droit d'enquêter, de poursuivre et de punir ou d'extrader les individus accusés de torture, présents sur son territoire⁶.

1.2. La jurisprudence de la CEDH

Ainsi, et au-delà même des textes, l'interdiction de la torture occupe une place primordiale dans tous les instruments internationaux relatifs à la protection des droits de l'homme, notamment, dans la Déclaration universelle des droits de l'homme, ou encore dans la Charte africaine des droits de l'homme et des peuples.

L'article 3 de la Convention européenne de sauvegarde des droits de l'homme – « Nul ne peut être soumis à la torture ni à des peines ou traitements inhumains ou dégradants » – prohibe également en termes absolus la torture et les peines ou traitements inhumains ou dégradants et jurisprudence s'est vite établie en ce sens⁷. Il consacre l'une des valeurs fondamentales des sociétés démocratiques, et il ne souffre nulle dérogation, même en cas de danger public menaçant la vie de la nation⁸.

La Cour européenne des droits de l'homme, en accord avec la jurisprudence du Tribunal pénal international pour l'ex-Yougoslavie (TPIY), a jugé que l'interdiction de la torture a valeur de norme impérative, c'est-à-dire de *jus cogens*⁹. Ainsi, et même dans les circonstances les plus difficiles, le droit prohibe en termes absolus les traitements inhumains ou dégradants. L'article 3 ne prévoit d'ailleurs aucune restriction¹⁰. La prohibition des traitements inhumains ou dégradants est absolue, quels que soient les agissements de la victime¹¹.

Un mauvais traitement doit atteindre un minimum de gravité pour tomber sous le coup de l'article 3. L'appréciation de ce minimum est relative par essence ; elle dépend de l'ensemble des données de la cause, et notamment de la durée du traitement, de ses effets physiques et mentaux ainsi que, parfois, du sexe, de l'âge et de l'état de santé de la victime. Lorsqu'un individu se trouve privé 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 du droit garanti par l'article 3¹².

⁶ TPIY, Mucić, 16 novembre 1998, affaire n° IT-96-21-T, § 454 ; Kunarac, 22 février 2001, affaire n° IT-96-23-T et IT-96-23/1-T, § 466

⁷ Catherine-Amélie Chassin, La portée de l'article 3 de la Convention européenne des droits de l'homme, Collection : Rencontres européennes, Bruylant, 2007 ; Dilbadi Gasimov, « Jurisprudence de la Cour européenne des droits de l'homme (l'interdiction de la torture et des traitements inhumains et dégradants) », L'Europe des libertés (Strasbourg), n° 34, 2011, pp. 29-32 ; Marie-Aude Beernaert, « La Cour européenne des droits de l'Homme en demi-teinte sur les limites de l'interdiction des traitements inhumains et dégradants. Cour européenne des droits de l'Homme (Gde Ch.), Gäfgen c. Allemagne, 1^{er} juillet 2010) », Revue trimestrielle des droits de l'Homme (Bruxelles), n° 86, 1^{er} avril 2011, pp. 359-373

⁸ CEDH, Aksoy c. Turquie, 18 décembre 1996, § 62 ; CEDH, Assenov et autres c. Bulgarie, 28 octobre 1998, § 93 ; CEDH, Selmouni c. France [GC], n° 25803/94, § 95, CEDH 1999-V.

⁹ CEDH, Al-Adsani c. Royaume-Uni [GC], n° 35763/97, § 60, CEDH 2001-XI

¹⁰ CEDH, Labita c. Italie [GC], no 26772/95, § 119 ; CEDH, Selmouni c. France [GC], no 25803/94, § 95 ; CEDH, Assenov et autres c. Bulgarie, 28 octobre 1998, Recueil des arrêts et décisions 1998-VIII, p. 3288, § 93

¹¹ CEDH, Chahal c. Royaume-Uni, arrêt du 15 novembre 1996, Recueil 1996-V, p. 1855, § 79

¹² CEDH, Labita précité, § 120 ; CEDH, Assenov et autres précité, p. 3288, § 94 ; CEDH, Tekin c. Turquie du 9 juin 1998, Recueil 1998-IV, pp. 1517-1518, §§ 52 et 53

La Cour a estimé un certain traitement «dégradant» parce que de nature à créer en ses victimes des sentiments de peur, d'angoisse et d'infériorité propres à les humilier. Pour qu'une peine ou le traitement dont elle s'accompagne soient «inhumain» ou «dégradants», la souffrance ou l'humiliation doivent en tout cas aller au-delà de celles que comporte inévitablement une forme donnée de traitement ou de peine légitime.

L'absence de volonté d'humilier ou de rabaisser la victime n'exclut pas le constat de violation de l'article 3¹³.

Les allégations de mauvais traitement doivent être étayées par des éléments de preuve appropriés¹⁴. Pour l'établissement des faits allégués, la Cour se sert du critère de la preuve «au-delà de tout doute raisonnable» ; une telle preuve peut néanmoins résulter d'un faisceau d'indices ou de présomptions non réfutées, suffisamment graves, précises et concordantes¹⁵.

2. La nécessité d'un contrôleur indépendant

2.1. En droit international, le protocole de 2002

Pour rendre ces principes effectifs, car s'agissant des droits fondamentaux toute la question est de passer du droit proclamé au droit effectif, a été adopté, au sein de l'ONU, le protocole facultatif se rapportant à la Convention contre la torture et autres peines et traitement cruels, inhumains et dégradants adopté par l'assemblée générale des Nations-Unis le 18 décembre 2002, été ratifié par la France¹⁶.

La quatrième partie de ce protocole, à l'article 17, impose la mise en place de mécanismes nationaux de prévention :

Chaque Etat Partie administre, désigne ou met en place au plus tard un an après l'entrée en vigueur ou la ratification du présent Protocole, ou son adhésion audit Protocole, un ou plusieurs mécanismes nationaux de prévention indépendants en vue de prévenir la torture à l'échelon national. Les mécanismes mis en place par des entités décentralisées pourront être désignés comme mécanismes nationaux de prévention aux fins du présent Protocole, s'ils sont conformes à ses dispositions.

Les Etats doivent garantir l'indépendance de ces mécanismes, et leur allouer les moyens de fonctionnement nécessaires¹⁷.

La mission de cet organisme est définie par l'article 19 :

Les mécanismes nationaux de prévention sont investis à tout le moins des attributions suivantes :

a) Examiner régulièrement la situation des personnes privées de liberté se trouvant dans les lieux de détention visés à l'article 4, en vue de renforcer, le cas

¹³ CEDH, V. c. Royaume-Uni [GC], no 24888/94, § 71, CEDH 1999-IX ; CEDH, Raninen c. Finlande, 6 décembre 1997, Recueil 1997-VIII, pp. 2821-2822, § 55

¹⁴ CEDH, Klaas c. Allemagne, 22 septembre 1993, série A no 269, p. 17, § 30

¹⁵ CEDH, Irlande c. Royaume-Uni, 18 janvier 1978, série A no 25, p. 65, § 161

¹⁶ Protocole publié en droit interne par le décret n° 2008-1322 du 15 décembre 2008

¹⁷ Article 18

échéant, leur protection contre la torture et autres peines ou traitements cruels, inhumains ou dégradants ;

b) Formuler des recommandations à l'intention des autorités compétentes afin d'améliorer le traitement et la situation des personnes privées de liberté et de prévenir la torture et autres peines ou traitements cruels, inhumains ou dégradants, compte tenu des normes pertinentes de l'Organisation des Nations unies ;

c) Présenter des propositions et des observations au sujet de la législation en vigueur ou des projets de loi en la matière.

2.2. En droit interne, la loi du 30 octobre 2007 et le contrôleur général des lieux de privation de liberté

Ces dispositions ont été transposées en droit interne par la loi n° 2007-1545 du 30 octobre 2007 instituant un Contrôleur général des lieux de privation de liberté.

Selon l'article 1 de la loi :

Le Contrôleur général des lieux de privation de liberté, autorité indépendante, est chargé, sans préjudice des prérogatives que la loi attribue aux autorités judiciaires ou juridictionnelles, de contrôler les conditions de prise en charge et de transfèrement des personnes privées de liberté, afin de s'assurer du respect de leurs droits fondamentaux. Il exerce, aux mêmes fins, le contrôle de l'exécution par l'administration des mesures d'éloignement prononcées à l'encontre d'étrangers jusqu'à leur remise aux autorités de l'Etat de destination.

Le Contrôleur général des lieux de privation de liberté est nommé en raison de ses compétences et connaissances professionnelles par décret du Président de la République pour une durée de six ans¹⁸. Il est assisté de contrôleurs qu'il recrute en raison de leur compétence dans les domaines se rapportant à sa mission¹⁹.

Toute personne physique ou morale s'étant donné pour objet le respect des droits fondamentaux, peut porter à la connaissance du contrôleur général des lieux de privation de liberté des faits ou situations susceptibles de relever de sa compétence²⁰.

Sur le plan pratique, le Contrôleur général des lieux de privation de liberté peut visiter à tout moment, sur le territoire de la République, tout lieu où des personnes sont privées de leur liberté par décision d'une autorité publique, ainsi que tout établissement de santé habilité à recevoir des patients hospitalisés sans leur consentement visé à l'article L. 3222-1 CSP²¹.

Le Contrôleur général des lieux de privation de liberté, tenu lui-même au secret, obtient des autorités responsables du lieu de privation de liberté ou de toute personne susceptible de l'éclairer toute information ou pièce utile à l'exercice de sa mission, dans les délais qu'il fixe. Lors des vérifications sur place et des visites, il peut s'entretenir,

¹⁸ Article 2

¹⁹ Article 4

²⁰ Article 6

²¹ Article 8

dans des conditions assurant la confidentialité de leurs échanges, avec toute personne dont le concours lui paraît nécessaire et recueillir toute information qui lui paraît utile²².

A l'issue de chaque visite, le Contrôleur général des lieux de privation de liberté fait connaître aux ministres intéressés ses observations concernant en particulier l'état, l'organisation ou le fonctionnement du lieu visité, ainsi que la condition des personnes privées de liberté, en tenant compte de l'évolution de la situation depuis sa visite. A l'exception des cas où le Contrôleur général des lieux de privation de liberté les en dispense, les ministres formulent des observations en réponse dans le délai qu'il leur impartit et qui ne peut être inférieur à un mois. Ces observations en réponse sont alors annexées au rapport de visite établi par le contrôleur général.

S'il constate une violation grave des droits fondamentaux d'une personne privée de liberté, le Contrôleur général des lieux de privation de liberté communique sans délai aux autorités compétentes ses observations, leur impartit un délai pour y répondre et, à l'issue de ce délai, constate s'il a été mis fin à la violation signalée. S'il l'estime nécessaire, il rend alors immédiatement public le contenu de ses observations et des réponses reçues²³.

Si le contrôleur général a connaissance de faits laissant présumer l'existence d'une infraction pénale, il les porte sans délai à la connaissance du procureur de la République, conformément à l'article 40 du code de procédure pénale²⁴.

Dans son domaine de compétences, le Contrôleur général des lieux de privation de liberté émet des avis, formule des recommandations aux autorités publiques et propose au Gouvernement toute modification des dispositions législatives et réglementaires applicables. Après en avoir informé les autorités responsables, il rend publics ces avis, recommandations ou propositions, ainsi que les observations de ces autorités.

Le Contrôleur visite les établissements de santé, plus particulièrement :

- des établissements ou unités de santé recevant des personnes hospitalisées sans leur consentement (hospitalisation d'office ou à la demande d'un tiers) ;
- des chambres sécurisées au sein des hôpitaux ;
- des unités pour malades difficiles (UMD) ;
- des unités médico-judiciaires (UMJ).

²² Les informations couvertes par le secret médical peuvent être communiquées, avec l'accord de la personne concernée, aux contrôleurs ayant la qualité de médecin. Toutefois, les informations couvertes par le secret médical peuvent leur être communiquées sans le consentement de la personne concernée lorsqu'elles sont relatives à des privations, sévices et violences physiques, sexuelles ou psychiques commis 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 (Article 8-1).

²³ Article 9

²⁴ CPP, Article 40 : Le procureur de la République reçoit les plaintes et les dénonciations et apprécie la suite à leur donner conformément aux dispositions de l'article 40-1. Toute autorité constituée, tout officier public ou fonctionnaire qui, dans l'exercice de ses fonctions, acquiert la connaissance d'un crime ou d'un délit est tenu d'en donner avis sans délai au procureur de la République et de transmettre à ce magistrat tous les renseignements, procès-verbaux et actes qui y sont relatifs.

Il visite aussi les établissements placés sous l'autorité conjointe du ministère de la santé et du ministère de la justice tels que :

- les unités d'hospitalisation sécurisées interrégionales (UHSI)
- les unités hospitalières spécialement aménagées (UHSA) ;
- l'établissement public de santé national de Fresnes ;
- le centre socio-médico-judiciaire de sûreté ;
- des locaux de garde à vue des services de police et de gendarmerie ;
- des locaux de rétention douanière ;
- des centres et locaux de rétention administrative des étrangers ;
- des zones d'attente des ports et aéroports ;
- des dépôts ou geôles situés dans les tribunaux ;
- des centres éducatifs fermés ;
- de tout véhicule permettant le transfèrement des personnes privées de liberté.

3. La contention en psychiatrie

3.1. En droit international

S'agissant de la pratique de la contention en psychiatrie, on trouve plusieurs références en droit international.

Au sein des Nations Unies, le texte de référence est la résolution 1991, 46/119 « Protection des personnes atteintes de maladie mentale et amélioration des soins de santé mentale ». Selon cette résolution, la contrainte physique ou l'isolement d'office du patient doivent être utilisés uniquement si ce sont les seuls moyens de prévenir un dommage immédiat ou imminent au patient ou à autrui²⁵. Dans une déclaration du 5 août 2011, le Rapporteur spécial de l'ONU sur la torture, recommande que l'isolement des personnes atteintes de handicaps mentaux soit interdit en milieu carcéral²⁶.

Au sein du Conseil de l'Europe, la recommandation Rec(2004)10 du Comité des Ministres aux Etats membres relative à la protection des droits de l'homme et de la dignité des personnes atteintes de troubles mentaux²⁷. Ce texte accepte le recours à la contention mécanique « afin de prévenir tout dommage imminent pour la personne concernée ou pour autrui »²⁸ :

« Le recours à l'isolement ou à la contention ne devrait intervenir que dans des établissements appropriés, dans le respect du principe de restriction minimale, afin de prévenir tout dommage imminent pour la personne concernée ou pour autrui, et rester toujours proportionné aux risques éventuels ; le recours à de telles mesures ne devrait intervenir que sous contrôle médical, et devrait être consigné par écrit de façon appropriée ; la personne faisant l'objet d'une mesure d'isolement ou de contention devrait bénéficier d'un suivi régulier ; les raisons du recours à ces mesures, et la durée de leur application, devraient être consignées dans le dossier médical de la personne et dans un registre ».

Les 8e et 16e rapports généraux du Comité européen pour la prévention de la torture (CPT), instance du Conseil de l'Europe, ont marqué leur préoccupation : « Dans de

²⁵ Principe 11, paragraphe 11

²⁶ Assemblée générale des Nations Unies, document n° A/66/268

²⁷ Cette recommandation a remplacé la Rec 1235(1994) relative à la psychiatrie et aux droits de l'homme.

²⁸ Chapitre V, Article 27, paragraphe 1

nombreux établissements psychiatriques, le recours à des moyens qui limitent la liberté de mouvement de patients agités et/ou violents peut parfois s'avérer nécessaire. Etant donné la potentialité d'abus et de mauvais traitements, cet usage de moyens de contention reste un domaine de préoccupation particulière pour le CPT. »²⁹

Dans un document de 2006³⁰, les rapporteurs A. Lehtmets et V. Pimenoff avaient clairement pointé le danger et la nécessité de réagir :

« Une nouvelle sorte d'approche globale pour la prévention des traitements dégradants liés au recours à la contention en psychiatrie semble être nécessaire et très exigeante. Il faudra probablement que les délégations mènent des discussions plus approfondies tant avec le personnel qu'avec les patients, et procèdent également à une comparaison attentive des règles écrites (législation, lignes directrices) avec la pratique quotidienne. »

En résumé, les normes actuelles du CPT, s'appliquant universellement à tous les types de contention, ont été clairement posées.

- Il peut parfois être nécessaire d'immobiliser des patients agités et/ou violents.
- Les établissements psychiatriques devraient avoir une politique claire sur le recours à la contention. Cette politique devrait inclure les procédures de plaintes et la surveillance. Les patients devraient être correctement informés de la politique relative au recours à la contention.
- Un patient ne devrait être soumis à la contention que comme mesure d'ultime recours ; il s'agit d'une mesure extrême appliquée afin de prévenir des blessures imminentes ou de réduire une agitation et/ou une violence aiguës.
- Le recours à la contention ne se justifie pas au plan thérapeutique.
- Les moyens de contention ne devraient être utilisés que pour la durée la plus courte possible. Lorsque la situation d'urgence ayant entraîné l'application des moyens de contention cesse d'exister, le patient doit être immédiatement libéré.
- L'application de moyens de contention pendant des jours et des jours ne saurait avoir de justification médicale et s'apparente, de l'avis du CPT, à des mauvais traitements.
- Les moyens de contention ne doivent jamais être utilisés à titre de sanction, par commodité, en raison d'une pénurie de personnel ou pour remplacer des soins ou une prise en charge adaptés.
- Le recours à la contention devrait respecter le principe de proportionnalité.

²⁹ Voir aussi : 8ème Rapport général et sur trois documents de discussion relatifs à la contention établis en 2005 et 2006 (CPT (2005) 24, CPT (2005) 90 and CPT (2006) 22). Visite en France : Rapport au Gouvernement de la République française relatif à la visite effectuée en France par le Comité européen pour la prévention de la torture et des peines ou traitements inhumains ou dégradants (CPT) du 28 novembre au 10 décembre 2010. Strasbourg: Conseil de l'Europe; 2012. <http://www.cpt.coe.int/documents/fra/2012-13-inf-fra.pdf>

³⁰ CPT (2006) 22

- L'utilisation de moyens de contention ne peut être autorisée et ordonnée que par un médecin après une évaluation individuelle, ou être immédiatement portée à la connaissance d'un médecin pour approbation. (Aucune autorisation globale ne saurait être acceptée).
- Du personnel qualifié devrait être présent en permanence lorsque des patients sont soumis à des moyens de contention.
- Il convient de consigner strictement tous les cas de recours à la contention, à la fois dans un registre spécifique et dans les dossiers individuels des patients. Les registres doivent comprendre l'heure de début et de fin de la mesure, les circonstances d'espèce, les raisons ayant motivé le recours à la mesure, le nom du médecin ayant ordonné la mesure et celui des personnes l'ayant appliquée et un compte rendu des blessures subies par des patients ou des membres du personnel.
- Il est essentiel que la levée des moyens de contention s'accompagne d'un bilan (« débriefing ») avec le patient.

3.2. La loi française... en janvier 2016

Après maintes et maintes discussions, de premiers travaux de l'HAS³¹ et quelques décisions de jurisprudence³², le législateur s'est enfin engagé dans cette voie définie par le droit international européen, en adoptant cet article 72 de la loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé³³, incluant dans le code de la santé publique un article L. 3222-5-1 ainsi rédigé :

«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,

³¹ HAS, Guide de la Contention physique de la personne âgée, 2005 ; HAS, Place de la contention et de la chambre d'isolement en psychiatrie - note de cadrage, 2015. Voir aussi : Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé (ANAES), octobre 1998, L'audit clinique appliqué à l'utilisation des chambres d'isolement en psychiatrie. Evaluation des pratiques professionnelles dans les établissements de santé ; ANAES, octobre 2000, Limiter les risques de la contention physique chez la personne âgée ; Conférence de consensus - Liberté d'aller et venir dans les établissements sanitaires et médico-sociaux, et obligation de soins et de sécurité - 24 et 25 novembre 2004, Ministère des Solidarités, de la Santé et de la Famille.

³² CAA Nantes, 25 janvier 1995, n° 92NT00651 ; CAA Douai, 13 juin 2006, n° 05DA01282 ; CAA Marseille, 25 janvier 2007, n° 05MA01245 ; CAA Marseille, 21 mai 2015, n° 13MA03115

³³ D. Robiliard, Rapport d'information en conclusion des travaux de la mission sur la santé mentale et l'avenir de la psychiatrie. Paris: Assemblée nationale; 2013. <http://www.assemblee-nationale.fr/14/pdf/rap-info/i1662.pdf>

sa durée et le nom des professionnels de santé l'ayant surveillée. Le registre, qui peut être établi sous forme numérique, doit être présenté, sur leur demande, à la commission départementale des soins psychiatriques, au Contrôleur général des lieux de privation de liberté ou à ses délégués et aux parlementaires.

« L'établissement établit annuellement un rapport rendant compte des pratiques d'admission en chambre d'isolement et de contention, la politique définie pour limiter le recours à ces pratiques et l'évaluation de sa mise en œuvre. Ce rapport est transmis pour avis à la commission des usagers prévue à l'article L. 1112-3 et au conseil de surveillance prévu à l'article L. 6143-1. »

Il existe donc désormais tous les outils juridiques et, selon la meilleure expression « nul n'est censé ignorer la loi ».

À ce titre, il faut souligner que les établissements français de psychiatrie connaissent parfois de graves errements, comme cela ressort de « recommandations en urgence du Contrôleur général des lieux de privation de liberté du 8 février 2016 relatives au centre psychothérapique de l'Ain (Bourg-en-Bresse) ». Ce rapport, établi après la visite sur place des compétentes et rôdées équipes du CGLPL décrit une situation jamais vue, et pour tout dire jamais imaginée, dans un hôpital psychiatrique français en ce début du XXI^e siècle : un ensemble de mesures graves de privation de liberté, avec des pratiques insensées en matière d'isolement et de contention, qui par masse, relèvent de l'article 3 de la Convention européenne des droits de l'homme.

Tels sont les enjeux juridiques que laisse apparaître cette visite du Centre Psychiatrique de l'Ain. Voici la reproduction intégrale du document tel qu'il a été publié, au Journal Officiel, soumis à l'analyse et appréciation de tous.

* * *

Recommandations en urgence du Contrôleur général des lieux de privation de liberté du 8 février 2016 relatives au centre psychothérapique de l'Ain (Bourg-en-Bresse)³⁴

L'article 9 alinéa 2 de la loi du 30 octobre 2007 permet au Contrôleur général des lieux de privation de liberté, lorsqu'il constate une violation grave des droits fondamentaux des personnes privées de liberté, de saisir les autorités compétentes de ses observations en leur demandant d'y répondre. Postérieurement à la réponse obtenue, il constate s'il a été mis fin à la violation signalée ; il peut rendre publiques ses observations et les réponses obtenues.

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

³⁴ JORF n°0064 du 16 mars 2016, texte n° 102

hospitalisées dans cet établissement, constat qui conduit la Contrôleure générale à mettre en œuvre cette procédure d'urgence.

Le centre psychothérapique de l'Ain (CPA), implanté en périphérie de Bourg-en-Bresse dans un vaste parc, est le seul établissement de soins psychiatriques du département. Il dispose d'une capacité d'accueil en hospitalisation complète de 412 lits, 393 pour adultes et 19 pour enfants et adolescents. En 2010, l'établissement a fait le choix de redécouper les secteurs de psychiatrie générale et de mettre en place, pour les adultes, des dispositifs transversaux non sectorisés. Six unités de secteur ont vocation à accueillir les patients adultes pour des hospitalisations en principe de courte durée ; le secteur de psychiatrie infanto-juvénile dispose d'une unité pour adolescents de sept lits et d'une unité pour enfants de douze lits.

Par ailleurs, les dispositifs transversaux comprennent notamment :

- trois unités, de « soins de suite » comptant 87 lits au total, destinées à recevoir des patients dits de « longue évolution » pour la plupart non stabilisés ;
- une unité pour malades gravement déficitaires de 31 lits, accueillant des patients souffrant de « psychose déficitaire grave », avec des troubles du comportement importants et qui nécessitent une assistance et/ou une surveillance dans tous les actes de la vie quotidienne ;
- deux unités pour personnes âgées de 20 lits chacune ;
- une unité ouverte d'hospitalisation de court séjour.

Les contrôleurs ont constaté que les conditions hôtelières d'hébergement sont, dans l'ensemble, satisfaisantes. La plupart des chambres sont individuelles. Elles sont équipées de sanitaires et, comme les locaux collectifs, elles sont propres et bien entretenues. Un programme de construction de bâtiments destinés à accueillir les unités installées dans les locaux les plus vétustes est en cours de réalisation ; le déménagement des unités concernées devrait être achevé en 2017. De même il a été fait état d'un projet de nouveaux locaux pour le service de pédopsychiatrie.

Au cours de la visite, un certain nombre de violations graves des droits fondamentaux des patients hospitalisés a été constaté par les contrôleurs :

1. Une pratique de maîtrise et de contrôle des faits et gestes des patients d'autant plus singulière qu'elle est appliquée avec une rigueur exceptionnelle.

Cette pratique se traduit tant dans l'organisation matérielle de la prise en charge que dans la dispensation des soins. Un « cadre de soins », arrêté par un médecin pour chaque patient, rend compte de ce fonctionnement ; il est formalisé pour chacun par un document standardisé intitulé « prescription de restriction de liberté d'aller et venir ». Ces restrictions portent sur l'utilisation des objets et des effets personnels, la communication avec l'extérieur et les sorties de l'unité.

Toutes les unités sont fermées³⁵. Elles ont toutes une cour intérieure close qui n'est accessible qu'à certaines heures de la journée et seulement à certains patients, en fonction de l'autorisation médicale. L'accès au parc de l'hôpital est encore plus

³⁵ A l'exception de l'unité pour adolescents (sept lits) et de celle de court séjour (douze lits).

restreint. Ce régime s'applique à tous les patients, y compris ceux hospitalisés en soins libres.

2. Une restriction à la liberté de circuler encore plus prononcée dans les unités de « soins de suite ».

Les limitations à la liberté d'aller et venir des patients imprègnent le fonctionnement des unités de « soins de suite » ; ces limitations sont d'autant plus durables pour chacun que, dans ces unités, la brièveté et le caractère épisodique de la présence médicale ne permettent pas de les réévaluer autant que de besoin.

Ainsi, les contrôleurs ont constaté :

- un accès à la cour intérieure limité, pour la majorité des patients, à deux fois une demi-heure par jour. Dans l'une de ces unités, cette durée est réduite de moitié pour ceux des patients qui ne sont autorisés à sortir qu'accompagnés d'un soignant ;
- l'interdiction de fumer plus de quatre cigarettes par jour ;
- des placards fermés à clé dans les chambres sans que les patients n'en détiennent la clé et un accès aux affaires personnelles restreint, nécessitant l'intervention des soignants conformément à la prescription médicale ;
- la pratique habituelle du maintien de certains patients dans leur chambre fermée jour et nuit ;
- le recours fréquent à la contention ;
- des « prescriptions » médicales d'enfermement et de contention particulièrement attentatoires aux droits fondamentaux, renouvelées pendant plusieurs mois et, dans certains cas, sans examen systématique du patient.

La majorité des patients s'ennuie. Seule la moitié d'entre eux a accès à quelques heures d'activités thérapeutiques hebdomadaires à l'extérieur de l'unité. Si l'une de ces trois unités propose deux heures d'activités quotidiennes auxquelles peuvent participer un maximum de cinq patients, une autre n'en organise que deux heures par semaine. Les équipes de soins – constituées en grande partie de jeunes diplômés – se montrent, dans l'ensemble, attentives aux patients, mais, bien que volontaires, elles sont démunies et constatent que la faiblesse de la présence médicale alimente la logique d'enfermement : « En termes de présence médicale, on est abandonné de l'institution. On aimerait faire bouger les choses mais on n'a pas forcément les moyens pour le faire ».

Les contrôleurs ont constaté pour de nombreux patients une absence de projet de soins individualisé qui s'apparente à de l'abstention thérapeutique.

3. Un recours à l'isolement et à la contention utilisé dans des proportions jamais observées jusqu'alors et non conforme aux règles communément appliquées.

Il convient ici de rappeler que la mise en chambre d'isolement est une pratique médicale réservée en dernier recours aux situations de crise, visant à obtenir un apaisement du malade en le soustrayant aux stimulations sensorielles. Elle consiste à enfermer une personne, en pyjama, dans une pièce nue, équipée d'un simple lit fixé au sol au centre de la pièce. Le placement doit se faire sur prescription médicale après un examen minutieux du patient afin de le réserver aux situations qui ne peuvent être

traitées autrement. Sa durée doit être brève et ne saurait excéder le temps de la crise. L'isolement initial et chaque renouvellement éventuel sont prescrits pour une période maximale de vingt-quatre heures et après examen médical du patient³⁶.

Dans des cas qui doivent rester exceptionnels et uniquement le temps de permettre à un traitement sédatif de faire effet, une contention peut être prescrite (immobilisation sur le lit à l'aide de lanières attachées à chaque membre et au niveau du bassin).

Ces pratiques, qui renforcent l'image d'une dangerosité des malades mentaux, ne doivent jamais occulter le fait que ceux-ci sont, avant tout, des personnes en grande souffrance.

Les contrôleurs ont constaté au CPA un recours à l'isolement et à la contention dans des proportions qu'ils n'ont observées dans aucun autre établissement visité. Toutes ses unités d'hospitalisation sont équipées de deux chambres d'isolement, à l'exception de celle pour adolescent et de celle pour psychotiques déficitaires graves qui n'en comportent qu'une et de celle de court séjour, ouverte, qui n'en comporte pas.

Outre les vingt-cinq chambres d'isolement ainsi disponibles, 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.

Pour une capacité de 412 lits, l'établissement compte quarante-six chambres d'isolement dont l'utilisation se révèle remarquablement importante. Selon les données recueillies³⁷, en moyenne plus de trente-cinq chambres d'isolement sont 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 : certains jours, trente-cinq patients sont contenus sur un lit. Ainsi, dans l'une de ces unités, une personne est isolée, attachée, depuis une date indéterminée, chacun des soignants, dont certains sont en poste dans l'unité depuis plusieurs années, interrogés sur le début de cette mesure, a répondu n'avoir jamais vu cette personne ailleurs que dans la chambre d'isolement.

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. Les contrôleurs ont constaté que cet enfermement, qui dépasse souvent vingt heures par jour, pouvait être prolongé pendant plusieurs mois. Il peut s'y ajouter une contention au lit ou au fauteuil jusqu'à vingt-trois heures par jour, pour certains patients pendant

³⁶ Selon les règles communément admises actuellement, en particulier le guide élaboré par la Haute Autorité de santé en 1998.

³⁷ Fiches quotidiennes des disponibilités en lits dont chambres d'isolement, fournies par le CPA.

des mois également, voire des années. Ainsi, pendant la visite des contrôleurs, plus de la moitié des patients d'une des trois unités de « soins de suite » étaient enfermés en chambre d'isolement ou en chambre ordinaire. Sur l'ensemble des quarante-six chambres d'isolement de l'établissement, une minorité sont équipées d'un bouton d'appel, dont beaucoup ne fonctionnent pas. Les patients enfermés ne disposent d'autre moyen pour faire appel aux soignants que de taper à la porte ou de crier. Ceux qui sont attachés n'ont d'autre choix que d'attendre le passage infirmier pour obtenir à boire ou pour demander le bassin.

Le fonctionnement de l'unité pour malades agités et perturbateurs est particulièrement strict : le port du pyjama y est obligatoire pendant toute la durée du séjour, le tabac y est totalement proscrit, il est interdit aux patients de conserver dans leur chambre leurs affaires personnelles. Dans le meilleur des cas, les patients ne sont enfermés que dix-neuf heures par jour dans leur chambre. L'accès à la courette intérieure se fait obligatoirement accompagné d'un soignant ; certains patients peuvent être autorisés à lire ou à écrire dans leur chambre mais il leur est interdit de posséder un lecteur de musique. Pour les patients autorisés à sortir de leur chambre, les seules activités possibles sont de participer à des jeux de société, écouter la radio et regarder la télévision ; parmi eux, quelques-uns peuvent parfois se rendre à la cafétéria de l'hôpital, accompagnés de deux soignants ; seule une femme hospitalisée au très long cours a la permission de se rendre de temps à autre à des activités thérapeutiques communes au dispositif de suite.

Certains malades sont sous contention la nuit, d'autres, en permanence. Une jeune femme, présente depuis un an, était constamment sous contention des quatre membres, le lien posé sur l'un des deux bras était ajusté de façon à lui permettre de reposer le bassin au sol sans l'aide d'un soignant. Elle a précisé qu'elle était autorisée à retourner chez elle un week-end sur deux, ce qui lui permettait de se rendre chez le coiffeur ou au restaurant. Les personnes détenues nécessitant des soins sont systématiquement hospitalisées dans cette unité. Elles font l'objet d'un traitement spécifique, indépendamment de leur état clinique : mise sous contention systématique jusqu'au premier entretien avec un psychiatre, examen médical somatique incluant l'inspection des parties génitales à des fins de sécurité et pratiqué sur le patient attaché. Dans certaines unités, les patients à l'isolement ne sont pas vus par un médecin le week-end, dans les unités de « soins de suite », au lieu d'être renouvelées quotidiennement, les prescriptions d'isolement sont faites pour sept jours et sans que le patient soit systématiquement examiné.

4. Des pratiques inhabituelles qui rencontrent une résignation préoccupante tant de la communauté soignante que des patients.

Les contrôleurs ont constaté que de nombreux patients s'étaient résignés à leur enfermement, convaincus par le discours médical qu'il était le seul moyen de les apaiser. Questionnés sur leur souhait de voir élargir leurs possibilités de circulation, beaucoup ont répondu « je ne sais pas », « je n'ai pas le droit », « ce n'est pas moi qui décide ». Cette soumission remarquable apparaît comme très préoccupante et ne témoigne nullement de la situation de crise qui justifie leur enfermement. L'extrême réserve avec laquelle les personnes rencontrées, patients comme soignants, se sont exprimées sur les pratiques locales de contention et d'isolement est tout aussi troublante, témoignant de la difficulté d'envisager différemment le soin. Aucune spécificité de la population accueillie par le CPA n'explique et encore moins ne justifie le recours à l'isolement et à la contention dans les proportions observées dans cet établissement. La nature et le systématisme des limites apportées aux droits des

patients à leur liberté d'aller et venir, les conditions d'enfermement de beaucoup d'entre eux portent une atteinte grave aux droits fondamentaux des personnes hospitalisées.

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.

Recommandations

Ces différents constats conduisent 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.