

**Mémoire de recherche**

**Les atteintes aux libertés fondamentales  
dans le cadre  
des soins psychiatriques**

Mémoire rédigé par Florentin ELIES

Master II Droit et politiques de santé

Sous la direction de Madame Johanne Saison, professeure des universités

Année universitaire 2021-2022



*“L’université de Lille n’entend donner aucune approbation ou improbation aux opinions émises dans ce mémoire ; ces opinions doivent être considérées comme propres à leur auteur”*



## **REMERCIEMENTS**

A Noémie, qui m'a si bien accompagné durant toute cette année universitaire, qui a accepté de faire des concessions pour que je puisse réaliser mon mémoire dans les meilleures conditions;

A mes parents qui ont toujours été présents pour me soutenir et m'encourager;

Aux enseignants du Master II Droit et politiques de Santé, qui m'ont apporté les connaissances et la méthodologie nécessaires à la rédaction de ce mémoire de recherche.



## **TABLE DES PRINCIPALES ABREVIATIONS**

<b>ARS</b>	Agence Régionale de Santé
<b>CEDH</b>	Cour européenne des droits de l'Homme
<b>CDHP</b>	Commissions départementales des hospitalisations psychiatriques
<b>CDSP</b>	Commission départementale des soins psychiatriques sans consentement
<b>CDU</b>	Commissions des usagers
<b>CGLPL</b>	Contrôleur Général des lieux de privation de liberté
<b>CMP</b>	Centre médico psychologique
<b>CNCDH</b>	Commission nationale consultative des droits de l'Homme
<b>CSP</b>	Code de la santé publique
<b>CPT</b>	Comité de Prévention de la torture
<b>GIA</b>	Groupe information Asile
<b>HAS</b>	Haute autorité de santé
<b>JLD</b>	Juge des libertés et de la détention
<b>OMS</b>	Organisation mondiale de la santé
<b>QHS</b>	Quartier Haute Sécurité
<b>QPC</b>	Question prioritaire de constitutionnalité
<b>TGI</b>	Tribunal de Grande Instance





# **SOMMAIRE**

## **Chapitre 1 : La nécessaire protection des libertés fondamentales dans le cadre des soins psychiatriques**

Section 1 : L'évolution de la protection accordée aux droits et libertés fondamentales de patients en soins psychiatriques

Section 2 : Le cadre juridique actuel : une protection des droits de l'internement au séjour en hôpital psychiatrique

## **Chapitre 2 : Les atteintes aux libertés fondamentales dans le cadre des soins psychiatriques**

Section 1 : La liberté d'aller et venir : une liberté fondamentale faisant l'objet d'atteintes

Section 2 : Les autres droits sujets à des atteintes dans le cadre des soins psychiatriques

## **Chapitre 3 : L'avenir des soins psychiatriques sans consentement : entre remise en cause des pratiques et renforcement des garanties accordées aux patients**

Section 1 : La remise en cause des pratiques dans le cadre des hospitalisations en soins psychiatriques

Section 2 : Le renforcement des garanties accordées aux patients pour lutter contre les atteintes aux libertés fondamentales dans le cadre des soins psychiatriques



# **INTRODUCTION**

En France, une personne sur cinq est touchée par un trouble psychique chaque année<sup>1</sup>. Ce qui a conduit en 2016 plus de 340 000 personnes à une hospitalisation à temps complet dans un établissement public ou privé. Parmi ces personnes, 80 000 ont été prises en charge sans leur consentement. A l'échelle mondiale, près d'une personne sur huit vivait avec un trouble mental en 2019 selon l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS)<sup>2</sup>. La psychiatrie est donc un sujet qui touche une part importante de la population. Or, 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 »<sup>3</sup>. Dès lors, les personnes malades de troubles mentaux font l'objet d'atteintes à leurs droits et libertés fondamentales. En témoignent de nombreux articles de presse, qui dressent le portrait d'un hôpital psychiatrique coupable de mauvais traitements envers les personnes soignées pour troubles psychiatriques. Un article de « 20 minutes »<sup>4</sup> explique qu'un centre de santé mentale de Lens est accusé d'infliger des mauvais traitements. Le centre a en effet fait l'objet d'une demande de mesures urgentes face aux traitements infligés de la part du contrôleur général des lieux de privation de liberté. Sont en cause des mesures d'isolement et de contention abusives, des chambres mal chauffées, une violation continue de l'intimité... Les articles du même acabit ne manquent pas et témoignent tous d'atteintes aux droits et aux libertés fondamentales des patients. De même, dans un arrêt du 23 Février 2012, la Cour Européenne des Droits de l'Homme (CEDH)<sup>5</sup> avait déjà condamné la France pour traitements inhumains et dégradants dans le milieu psychiatrique, en violation de l'article 3 de la Convention Européenne des Droits de l'Homme. Ainsi, les atteintes aux droits et libertés fondamentales en milieu psychiatrique ne cessent de faire la une de la presse.

---

<sup>1</sup> « Soins sans consentement et droits fondamentaux », *Rapport CGLPL*, Dalloz, Paris, p.1

<sup>2</sup>OMS, Troubles mentaux, Consulté le 15 août 2022, à l'adresse <https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/mental-disorders>

<sup>3</sup> « Soins sans consentement et droits fondamentaux », *Rapport CGLPL*, Dalloz, Paris, p.2

<sup>4</sup> « Lens : un centre de santé mentale accusé d'infliger des mauvais traitements », 20 Minutes, publié le 1er Mars 2022 et consulté le 23 Juillet 2022

<sup>5</sup> C.E.D.H., Cour (cinquième section), Affaire G. c. France, 23 Février 2012, 27244/09

Le sujet traité ici porte sur la notion de soins psychiatriques, plus particulièrement centré sur les soins sans consentement. Selon la Haute Autorité de Santé (HAS), un acte de soins est « un ensemble cohérent d'actions et de pratiques mises en œuvre pour participer au rétablissement ou à l'entretien de la santé d'une personne. Un acte de soins peut se décomposer en tâches définies et limitées, qui peuvent être indépendantes dans leur réalisation. Dans un même acte de soin, certaines tâches peuvent être réalisées par des professionnels différents ». La psychiatrie, elle, s'entend comme « la discipline traitant de la ou des maladies mentales, quelles que soient leurs causes, psychiques, neurologiques ou psychosociologiques »<sup>6</sup>. Son étymologie provient du Grecque *psyché* et *iatros* signifiant littéralement médecine de l'âme. L'utilisation du mot psychiatrie a été introduite en 1808 par le médecin psychiatre Allemand, Johann Christian Reil.

En France, les soins psychiatriques se divisent entre les soins libres dit consentis et les soins sans consentement. Le consentement, entendu dans le domaine médical comme consentement éclairé, est désigné comme « un accord que donne un patient, majeur et pleinement lucide, pour recevoir un traitement médical ou chirurgical après avoir été clairement informé par un médecin des risques encourus et des conséquences possibles »<sup>7</sup>. Ainsi, les soins sans consentement se dispensent de ce consentement éclairé dans le but de prodiguer des soins nécessaires aux patients qui n'ont pas conscience de leurs troubles mentaux ni de leur besoin impératif de soins, sous réserve des dispositions légales.

Ici, nous parlerons de notions de troubles psychiques, mentaux, de maladies psychiatriques ou mentales. Ces termes, bien que différents, désignent la même chose<sup>8</sup>. Les troubles mentaux ont une dimension large, qui s'étend des troubles légers et ponctuels à des troubles sévères chroniques et invalidants. Ce large spectre recouvre des manifestations et pathologies diverses, telles que les troubles anxieux, la dépression, les troubles obsessionnels ou encore la schizophrénie et les troubles bipolaires<sup>9</sup>.

---

<sup>6</sup>Inserm, Psychiatrie, Consulté le 15 août 2022, à l'adresse <https://histoire.inserm.fr/les-domaines-de-recherche/psychiatrie>

<sup>7</sup> Définition Larousse

<sup>8</sup>Céapsy, Santé mentale, souffrance psychique, troubles psychiques, handicap psychique... de quoi parle-t-on ?, Consulté le 15 août 2022, à l'adresse <https://www.ceapsy-idf.org/sante-mentale-souffrance-psychique-troubles-psychiques-handicap-psychique-de-quoi-parle-t-on>

<sup>9</sup>Institut du Cerveau, Les Maladies Psychiatriques, Consulté le 15 août 2022, à l'adresse <https://institutducerveau-icm.org/fr/maladies-psychiatriques/>

Les troubles mentaux sont influencés par une constellation de facteurs génétiques, épigénétiques et environnementaux. Selon une méta-analyse de grande ampleur sur sept cent mille patients, l'âge de début d'apparition de la plupart des troubles mentaux serait de quatorze ans, âge où le cerveau subit d'importants changements et où la majorité des troubles apparaissent de manière ininterrompue pendant les vingt-cinq premières années de vie, avec des variations selon la maladie. Ainsi, les troubles psychiatriques commencent plus tôt pour les phobies/troubles anxieux (cinq ans) et plus tard pour les troubles bipolaires et psychoses (trente ans)<sup>10</sup>.

La psychiatrie est divisée en plusieurs grands courants de pensée. La psychopathologie générale est un courant développé par K. Jaspers, qui sépare certains troubles psychiques réactionnels à un événement, vécus en continuité avec l'histoire du sujet et les processus pathologiques en rupture avec celle-ci. Puis, la psychanalyse développée par S. Freud en 1895 initie l'idée selon laquelle le passé pourrait éclairer le psychisme présent et ses troubles. Enfin, le courant de la psychiatrie biologique naît avec la recherche pharmacologique, notamment avec le développement des antidépresseurs.

Nous parlerons également des libertés fondamentales dont dispose chaque individu. La liberté est originellement définie comme l'état dans lequel l'individu agit selon sa propre détermination (autonomie), et non sous le contrôle d'autrui (hétéronomie). Ainsi, le dictionnaire de vocabulaire juridique définit la liberté comme « le bienfait suprême consistant pour un individu ou un peuple à vivre hors de tout esclavage, servitude oppression, sujétion ou domination intérieure ou étrangère »<sup>11</sup>. Dès lors, la liberté renvoie à une autodétermination des normes de l'action. Au contraire, la privation de liberté renvoie à l'idée que sa détermination passe par un autre et non par le choix de la personne concernée. La nature sociale de l'Homme impose cependant des règles communes dans un but de vivre-ensemble. Ainsi, « la liberté ne peut se limiter à cette conception individuelle mais doit être pensée à la mesure du vivre-ensemble »<sup>12</sup>. Dans son article IV, la Déclaration universelle des droits de l'Homme et du citoyen définit la liberté en indiquant que « La liberté consiste à pouvoir faire tout ce qui ne nuit pas à autrui : ainsi l'exercice des droits naturels de chaque homme n'a de

---

<sup>10</sup>SOLMI M. « *Age at onset of mental disorders worldwide: large-scale meta-analysis of 192 epidemiological studies* »

<sup>11</sup>CORNU G., « *Dictionnaire de vocabulaire juridique* », PUF, Quadrige, 12ème ed, 2018.

<sup>12</sup> « *Saisine n°2 : la loi précise la nécessité de respecter la liberté d'aller et venir dans les services de psychiatrie. Cependant, chaque patient peut-il bénéficier de cette liberté ?* » Comité d'éthique, Centre psycho-thérapeutique de Nancy

bornes que celles qui assurent aux autres membres de la société, la jouissance de ces mêmes droits. Ces bornes ne peuvent être déterminées que par la Loi. ». C'est parce que l'individu ne peut vivre seul que sa liberté trouve une limite dans celle des autres individus. Chaque individu doit donc avoir la liberté d'agir comme il le souhaite, tout en respectant la liberté des autres d'agir. Un tel équilibre entre la liberté de chacun ne peut être atteint que grâce à la loi, et notamment à l'État de droit. En confiant la protection des libertés à l'autorité publique, la question est de savoir si cette autorité saura elle-même respecter ces libertés. L'État de droit signifie « un État soumis au droit ». L'État n'est pas que pouvoir mais a aussi le devoir de se soumettre à la norme juridique qu'il édicte afin de respecter lui-même les droits et libertés fondamentaux.

Les libertés fondamentales sont un ensemble de droits qui sont fondamentaux « par nature », et conditionnent l'exercice d'autres droits. L'appréciation du caractère essentiel de ces droits est alors variable en fonction des cultures, des conditionnements économiques. Par exemple, le droit à l'autodétermination est un droit fondamental dans les pays africains du fait de leur passé colonial, tandis que les pays européens accordent plus d'importance à la liberté de culte ou à la liberté d'expression. Le droit positif affirme que la catégorie des libertés et droits fondamentaux se caractérise par un renforcement des garanties, tant au niveau des normes de reconnaissance que des modalités de protection. Les droits et libertés fondamentaux sont donc un ensemble de droits particulièrement reconnus, affirmés dans les textes nationaux et protégés par un cadre juridique garantissant leur respect. Dès lors, plusieurs générations de droits se sont succédé, traduisant à chaque fois les préoccupations de la société. Ainsi, la déclaration des droits de l'Homme et du citoyen de 1789 puis la déclaration universelle des droits de l'Homme de 1948 ont affirmé les droits civils et politiques, notamment la liberté, l'égalité entre les Hommes, la sûreté individuelle et le droit de propriété. Ces textes proclament des droits attachés à la personne humaine, tels que le droit à la vie, la liberté, la sûreté, l'inviolabilité du domicile, la liberté d'aller et venir mais aussi des libertés publiques et politiques. Il s'agit alors de la liberté de conscience, d'opinion, d'expression, de réunion et d'association. Ces libertés sont relatives aux conditions physiques et intellectuelles de l'existence des Hommes. Puis, d'autres générations de droits ont suivi, notamment les droits économiques et sociaux tels que le droit d'asile, le droit au travail, l'égalité de l'homme et de la femme, le droit de grève, l'égal accès à l'instruction... La troisième génération de droit concerne les droits dits de « solidarité », notamment le droit de l'environnement, le droit à la paix, la protection de l'eau et de l'air...

Dans le cadre du soin psychiatrique, la liberté est mise en tension avec d'autres concepts. En effet, la liberté est d'abord restreinte par le simple fait d'être malade. Or, la maladie mentale peut nécessiter de restreindre des libertés, notamment la liberté de circuler, afin de protéger l'individu de lui-même et de protéger la société. De plus, la protection de la société et de l'ordre social entre en contradiction avec l'objectif de réinsertion. Comment permettre à une personne de se réinsérer dans la société tout en protégeant celle-ci ? Cela nécessite une prise de risque dans un domaine qui privilégie le principe de précaution. Ainsi, la décision de privation de liberté intervient en fonction du diagnostic posé et de l'évaluation du risque pour l'individu et pour l'ordre public. Les soignants sont confrontés à ces questions tous les jours. Pour trouver une réponse adaptée, ils doivent prendre en compte le malade, le soignant, la loi et les règles de l'institution mais aussi l'objectif psychiatrique, c'est-à-dire le soin, l'accompagnement... L'exercice de la liberté en milieu psychiatrique ne peut passer que par le respect de ces quatre acteurs, afin de garantir un équilibre au sein de l'établissement psychiatrique, ainsi que le respect des patients, des soignants, du cadre législatif et de l'objectif thérapeutique.

Les personnes atteintes de maladies mentales ont longtemps été considérées comme des dangers pour l'ordre public. Elles se sont donc retrouvées privées de liberté afin de protéger la société. Puis, après la Seconde Guerre mondiale, les patients des établissements psychiatriques ont été reconnus comme des personnes à part entière, bénéficiaires de droits et de liberté, qu'il faut donc protéger tout autant que l'ordre public. Cependant, la tendance sécuritaire peut revenir assez rapidement, comme nous l'avons vu lors du discours de Nicolas Sarkozy à Antony en 2008. En effet, trois semaines après le meurtre d'un jeune homme, commis par une personne atteinte de schizophrénie échappée d'un hôpital de Grenoble, le président de la République avait confirmé sa volonté de durcir les conditions d'hospitalisation en psychiatrie. Il annonçait alors dans son discours qu'il avait « été choqué par cette affaire, (...) Voilà une personne éminemment dangereuse qui bénéficiait pourtant de deux sorties par semaine ! (...) Ces faits divers doivent nous interroger sur les lacunes qu'ils peuvent révéler dans le système d'organisation et de prise en charge. Surtout lorsque ces drames ne peuvent être imputés à la fatalité. ». Il avait alors réclamé plus de sécurité et de protection dans les hôpitaux psychiatriques, notamment à travers un dispositif de géolocalisation. Ce discours avait alors fait grand bruit dans la communauté des soignants en

milieu psychiatrique, car il s'était révélé très sécuritaire, au détriment des libertés fondamentales dont disposent les personnes atteintes de troubles psychiatriques. L'émoi suscité par le meurtre avait alors failli faire basculer le fragile équilibre des soins psychiatriques entre la liberté des soignés et la protection de l'ordre public.

En France, un cadre législatif s'est construit afin de protéger les libertés fondamentales des personnes hospitalisées en raison de troubles psychiatriques. Le premier texte important est une loi de 1838, qui assure l'internement des aliénés, elle est restée célèbre sous le nom du député qui l'a proposé, loi Esquirol, du nom du médecin toulousain et parlementaire à l'origine des premières dispositions législatives relatives à l'internement des aliénés. Alors que les aliénés étaient alors mis en marge de la société, désormais ils ne sont plus considérés comme tels mais comme des malades. Raison pour laquelle depuis 1838, le droit a évolué pour donner un réel statut juridique aux personnes atteintes de troubles psychiatriques, et ainsi les faire bénéficier de droits et de libertés. Il faudra attendre 1990 pour que le droit français s'adapte aux nouvelles conditions de l'internement des personnes souffrant de troubles psychiatriques. C'est en effet la loi du 27 juin 1990 qui constitue encore aujourd'hui la base du droit moderne relatif à la psychiatrie. Les dispositions de la loi du 27 juin 1990 ont été intégrées dans le Code de la santé publique (CSP), il s'agit désormais des articles L3211-1 et suivants du CSP. Ces textes ont assuré une meilleure protection aux personnes souffrant de troubles psychiatriques. Au début des années 2010, le conseil constitutionnel a été amené à se prononcer dans deux Questions prioritaires de constitutionnalité (QPC) et a abrogé le contenu d'un certain nombre de lois, ce qui a nécessité l'adoption d'un nouveau projet de loi. La loi du 5 Juillet 2011 intervient donc pour réformer les conditions de prise en charge des personnes hospitalisées sans consentement pour troubles psychiatriques. Cette loi est la source du cadre législatif actuel concernant les personnes en soins psychiatriques.

De plus, les personnes atteintes de troubles mentaux ou psychosociaux représentent une part non négligeable de la population mondiale. Si une personne sur quatre est amenée à connaître des troubles psychiatriques au cours de sa vie, cela représente des millions d'individus. Et en effet, le suicide fait près d'un million de victime par an et est la troisième cause de mortalité chez les jeunes<sup>13</sup>. Les problèmes de santé mentale sont une des dix

---

<sup>13</sup> « *Santé mentale et développement* », [www.un.org](http://www.un.org), consulté le 10 Juillet 2022



premières causes d'incapacité, et ce dans les pays développés et dans les pays en développement. Le coût économique des problèmes de santé mentales est considérable « alors qu'en investissant un minimum dans les soins adaptés, on peut améliorer l'état de santé mentale de chacun »<sup>14</sup>. Dès lors, la communauté internationale est « de plus en plus consciente que la santé mentale est un des aspects du développement les plus oubliés, et pourtant les plus essentiels pour la réalisation des objectifs du Millénaire pour le développement »<sup>15</sup>. Ainsi, d'importants progrès sont à réaliser afin d'améliorer la prise en charge des personnes en soins psychiatriques. En France, la situation des personnes vivant avec des troubles psychiques est « préoccupante »<sup>16</sup>. En effet, la demande de soins est en augmentation constante, notamment concernant les troubles anxio dépressifs, des psycho-traumatismes, les troubles du comportement ou encore les addictions. Ces troubles ont un coût financier important, en effet, ils représentent le premier poste de dépense de santé de la France avec un coût total de 23,4 milliards<sup>17</sup> pour l'assurance maladie. Ainsi, la feuille de route de la santé mentale et de la psychiatrie prévoit d'offrir des réponses de qualité, coordonnées et diversifiées pour répondre et s'adapter au besoin de chaque usager.

En somme, les enjeux entourant le soin psychiatrique sont nombreux, il s'agit en effet d'apporter des soins psychiatriques de qualité à des personnes atteintes de troubles psychiatriques, tout en préservant leurs droits et leur libertés autant que possible alors que l'ordre public doit également être protégé et que les médecins prennent leurs décisions dans un cadre d'incertitudes permanente quant au comportement des personnes atteintes de troubles psychiatriques. De plus, les autorités publiques, dans le cadre de l'État de droit, doivent protéger la liberté de chacun, et s'assurer que les restrictions apportées à la liberté sont strictement nécessaires. L'État doit ainsi respecter le fragile équilibre entre l'exercice des libertés de chacun, la préservation de l'ordre public et l'objectif de soin. L'intérêt du sujet est donc de comprendre comment l'État a mis en place un cadre législatif qui soit respectueux de cet équilibre. Puis, il s'agit également d'analyser le fonctionnement de ce cadre législatif et de savoir s'il permet de respecter les droits et libertés de chacun.

---

<sup>14</sup> « *Santé mentale et développement* », [www.un.org](http://www.un.org), consulté le 10 Juillet 2022

<sup>15</sup> *Ibid*

<sup>16</sup> « *Feuille de route de la santé mentale et de la psychiatrie* », [solidarites-sante-gouv.fr](http://solidarites-sante-gouv.fr), consulté le 14R Juillet 2022.

<sup>17</sup> *Ibid*

Dès lors, les évolutions législatives ont-elles permis d'endiguer les atteintes aux libertés fondamentales dans le cadre de soins psychiatriques ? Le cadre législatif mis en place est-il satisfaisant pour prendre en charge de manière efficace les personnes avec des troubles psychiatriques ? Devant le constat alarmant des atteintes aux libertés fondamentales en soins psychiatriques, quelles solutions et quels contrôles existent-ils ?

En d'autres termes, au regard des évolutions législatives et des pratiques existantes, dans quelle mesure les atteintes aux libertés fondamentales peuvent-elles être réduites dans le cadre des soins psychiatriques ?

Dans un premier temps, il s'agira de démontrer qu'un cadre législatif était nécessaire pour protéger les personnes atteintes de troubles psychiatriques (Chapitre 1). Pourtant, malgré un cadre législatif issu de nombreuses évolutions législatives, des atteintes aux libertés fondamentales sont toujours observées dans les établissements de soins psychiatriques (Chapitre 2). Devant ce constat, une réforme semble nécessaire, en repensant la manière d'hospitaliser les personnes atteintes de troubles psychiatriques, et en renforçant les garanties leur permettant de lutter contre les atteintes aux droits et libertés fondamentales (Chapitre 3).

# **Chapitre 1 : La nécessaire protection des libertés fondamentales dans le cadre des soins psychiatriques**

D'après l'OMS<sup>18</sup>, les maladies mentales se classent au troisième rang des maladies en termes de prévalence et sont à l'origine de près d'un quart des invalidités. Derrière le cancer et les maladies cardio-vasculaires, les maladies mentales affectent une personne sur cinq chaque année. Les maladies mentales les plus préoccupantes sont la schizophrénie, les troubles bipolaires, les addictions, la dépression et les troubles obsessionnels compulsifs.

A l'échelle nationale, 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.<sup>19</sup>

Dès lors, les soins psychiatriques concernent une part importante de la population. La protection des libertés fondamentales qui s'y rattachent a nécessité de nombreuses évolutions (Section 1) avant de parvenir à un cadre juridique complet organisant les soins psychiatriques (Section 2).

---

<sup>18</sup>« *La santé mentale : nouvelle conception, nouveaux espoirs* », O.M.S., Genève, 2002, p.182.

<sup>19</sup>« *Soins sans consentement et droits fondamentaux* », Rapport CGLPL, Dalloz, Paris, p.5

## **Section 1 : L'évolution de la protection accordée aux droits et libertés fondamentales des patients en soins psychiatriques**

Dès 1819, et alors que les hôpitaux et hôtels-Dieu « ne sont que des mouiroirs pour indigents et incurables »<sup>20</sup>, Jean-Etienne Esquirol développe l'idée d'obliger chaque département à avoir un « établissement public, spécialement destiné à recevoir et soigner les aliénés »<sup>21</sup>. Jean-Etienne Esquirol donne alors naissance aux asiles, dont la loi de 1838 mettra en œuvre le fonctionnement. Cette loi fait naître la psychiatrie, encore appelée à cette époque aliénisme, comme une discipline médicale à part entière<sup>22</sup>. Ainsi, le malade va être pris en charge par un spécialiste dédié qu'est l'aliéniste ou le psychiatre au sein d'un établissement spécialisé dans les troubles psychiatriques. A partir de là, un cadre juridique complexe va être élaboré par les législateurs, et ce, sur une très longue période. En effet, si le XIX<sup>ème</sup> siècle est peu propice à la protection des libertés fondamentales des « aliénés » (I.), les XX<sup>ème</sup> et XXI<sup>ème</sup> siècles représentent un tournant vis-à-vis de la protection des malades (II.)

### **I. Les XVIII<sup>ème</sup> et XIX<sup>ème</sup> siècle : une époque peu propice à la protection des libertés fondamentales**

Les XVIII<sup>ème</sup> et XIX<sup>ème</sup> siècles ne sont pas propices à la protection des libertés fondamentales des personnes atteintes de maladies mentales, et pour cause, celles-ci ne sont encore que très peu connues (A.). Si la loi de 1838 essaie de créer un premier cadre juridique pour les personnes aliénées, c'est avant tout dans un but sécuritaire et non curatif (B.).

#### **A. Les maladies mentales : des troubles encore peu connus**

Le XVIII<sup>ème</sup> siècle marque le commencement de la psychiatrie (1.), c'est à cette époque que les scientifiques s'intéressent aux « aliénés », sujets à un fort rejet de la société (2.)

---

<sup>20</sup>« Soins sans consentement et droits fondamentaux », Rapport CGLPL, Dalloz, Paris, p.5

<sup>21</sup>*Ibid*, p.5

<sup>22</sup>« Le XIX<sup>ème</sup> siècle, la loi de 1838 et l' "aliéniste" », site du Conseil national des politiques de lutte contre la pauvreté et l'exclusion sociale, mis en ligne le 17 Novembre 2009, <https://www.cnle.gouv.fr/le-xixe-siecle-la-loi-de-1838-et-1.html>, consulté le 10 Juin 2022

## 1. Un début balbutiant de la psychiatrie

Les premiers pas de la psychiatrie débutent peu après la révolution française en 1790. En effet avant 1789, les malades mentaux sont enfermés soit par lettre de cachet dans les charités ou les bastilles, soit dans les hôpitaux généraux ou les dépôts de mendicité<sup>23</sup> où ils étaient souvent enchaînés et abandonnés dans un dénuement total. Poussé par Philippe Pinel, alors nommé médecin en chef de l'hôpital Bicêtre, et aidé par Jean Baptiste Pussin, alors Gouverneur dans cet hôpital qui était un asile, celui-ci propose à l'assemblée nationale que les chaînes et les entraves soient retirées aux aliénés. Ce changement de paradigme plus humain amène à se rendre compte que les aliénés se comportaient mieux ainsi défaits de leurs entraves.

Par la suite Jean-Etienne Esquirol, disciple de Pinel et aliéniste, sera celui qui posera les fondements du fonctionnement asilaire, en 1805. Il rédige une thèse sur "*Les Passions considérées comme causes, symptômes et moyens curatifs de l'aliénation mentale*"<sup>24</sup> ou l'insensé est vu comme quelqu'un capable de guérir et non comme quelqu'un de complètement pervers et détraqué, et il affirme également dans cette thèse le fait que le malade n'a pas choisi la folie et que malgré cette folie il garde de la conscience et de l'humanité<sup>25</sup>. En septembre 1818, celui-ci se rend chez le ministre de l'intérieur pour présenter son mémoire : "*Des établissements d'aliénés en France, et des moyens d'améliorer le sort des infortunés*"<sup>26</sup>.

## 2. Dû à un fort rejet des malades

Si Pinel et Pussin ont participé à l'avènement d'un traitement plus humain des insensés au début du XIX<sup>ème</sup> siècle malgré ces avancées, les internements restent très arbitraires et il existe un traitement législatif des aliénés qui reste très autoritaire et violent, à l'exemple de la loi des 16-24 Août 1790 sur l'organisation judiciaire, qui traite les aliénés au même titre que les animaux sauvages « Le soin d'obvier ou de remédier aux événements

---

<sup>23</sup>BOLLOTTE, G.. « *Les projets d'assistance aux malades mentaux avant la loi de 1838* », L'information psychiatrique, vol. 91, no. 6, 2015, pp. 499-503.

<sup>24</sup>ESQUIROL, E. « *Des Passions considérées comme causes, symptômes et moyens curatifs de l'aliénation mentale* » Paris, Imprimerie Didot Jeune, 1805

<sup>25</sup>BOURGEOIS M-L, HAUTSGEN T. « *Des passions (à propos du deuxième centenaire de la thèse d'Esquirol, 1805). En hommage à Georges Lantéri-Laura* »

<sup>26</sup>ESQUIROL, E. « *Des Établissements des aliénés en France et des moyens d'améliorer le sort de ces infortunés* » Paris, 1819

fâcheux qui pourraient être occasionnés par les insensés ou les furieux laissés en liberté, et par la divagation des animaux malfaisants ou féroces...» tout comme la loi des 19-22 juillet 1791 : « ceux qui laisseraient divaguer des insensés ou furieux, ou des animaux malfaisants » ou encore comme l'ancien code pénal de 1810 au sein de son articles R30.

Ainsi, « La législation de l'Ancien régime n'avait rien prévu ; un arbitraire à peu près complet était laissé aux officiers publics chargés de la police »<sup>27</sup>. En effet, si des lois contenaient des dispositions sur les aliénés, celles-ci n'avaient pas pour but de régler leur condition, d'organiser la protection des leurs personnes et de leurs biens. L'auteur va jusqu'à dire que ces dispositions « se préoccupaient seulement de la sécurité publique »<sup>28</sup>

De ce fait, l'ostracisation des aliénés par la société civile étant encore très présente, cela ne permettait pas l'insertion des aliénés dans la société. De plus, l'implémentation plus large de traitement plus humain à l'échelle nationale était encore très compliquée du fait du rejet assez fort des méthodes de Pinel, Pussin et Esquirol.

Cependant, malgré le peu de connaissances acquises sur les personnes atteintes de troubles psychiatriques, un premier cadre législatif a été réalisé avec la loi de 1838.

## **B. Le texte de 1838 : un cadre juridique insuffisant**

La loi Esquirol représente le premier texte élaborant un cadre juridique pour les personnes atteintes de maladies mentales. Or, si ce texte est à première vue plein de promesses (1.), il est en fait insuffisant du point de vue de la protection des droits des malades (2.)

### 1. La loi Esquirol : un premier a cadre légal

La loi du 30 Juin 1838 instaure non seulement une obligation pour chaque département d'avoir un établissement public destiné à recevoir et soigner les personnes aliénées<sup>29</sup> mais organise également l'encadrement administratif des soins psychiatriques.

---

<sup>27</sup>DELAFFARGE, H. « *La protection de la Liberté individuelle dans la loi du 30 Juin 1838 sur les aliénés* ». Ancienne Maison L.Larose & Forcel, 1905, p.13

<sup>28</sup>*Ibid*, p.13

<sup>29</sup>Article 1 Loi Esquirol sur les aliénés du 30 Juin 1838

Ainsi, dorénavant, chaque établissement, qu'il soit privé ou public, est placé sous contrôle de l'autorité publique.

De plus, la loi Esquirol définit les modalités d'internement à travers l'article 8 qui prévoit que les chefs des établissements d'aliénés ne peuvent recevoir une personne atteinte d'aliénation mentale que s'il leur est remis une demande d'admission, un certificat de médecin constatant l'état mental de la personne à placer, et indiquant les particularités de sa maladie et la nécessité de faire traiter la personne désignée dans un établissement d'aliénés, et de l'y tenir enfermée<sup>30</sup>.

La loi du 30 Juin 1838 prévoit également le possible rétablissement des malades, en indiquant à l'article 13 que « toute personne placée dans un établissement d'aliénés cessera d'y être retenue aussitôt que les médecins de l'établissement auront déclaré, sur le registre énoncé en l'article précédent, que la guérison est obtenue »<sup>31</sup>.

Enfin, la Loi Esquirol permet de différencier les placements « volontaires » des placements « d'office » et d'offrir de meilleures conditions d'internement aux malades, en leur permettant pas exemple de participer à des activités rémunérées à l'intérieur des établissements.

## 2. Un texte avant tout insuffisant vis-à-vis de la protection des droits des malades

Si la loi du 30 Juin 1838 peut être considérée comme une avancée déterminant dans l'encadrement des soins psychiatriques et des internements en établissement psychiatrique, il faut rappeler que « les médecins pouvaient dès lors priver les aliénés de liberté (prérogatives qui ne relèvent plus du pouvoir judiciaire) »<sup>32</sup>. Dès lors, « L'aliéniste dans son asile apparaît donc comme un personnage qui cumule des fonctions d'administrateur, de juge, d'expert, de thérapeute et de savant »<sup>33</sup>. Il faut alors constater que le pouvoir de décision d'enfermer une

---

<sup>30</sup>*Ibid*, Article 8

<sup>31</sup>*Ibid*, Article 13

<sup>32</sup>« *Le XIXème siècle, la loi de 1838 et l' "aliéniste"* », site du Conseil national des politiques de lutte contre la pauvreté et l'exclusion sociale, mis en ligne le 17 Novembre 2009, <https://www.cnle.gouv.fr/le-xixe-siecle-la-loi-de-1838-et-l.html>, consulté le 10 Juin 2022

<sup>33</sup>CARROY J., OHAYON A. et PLAS R., « *Histoire de la psychologie en France* », Grands repères, La Découverte, 2006, p. 21. In : « *Le XIXème siècle, la loi de 1838 et l' « aliéniste »* », site du Conseil national des

personne dans un établissement d'aliénés était concentré dans les mains d'une seule personne, et que les aliénés n'avaient pas de moyens de faire appel à cette décision devant un juge administratif ou judiciaire. Cette critique a notamment été formulée par Henri Delafarge, qui, dès 1905, pointait du doigt « l'insuffisance des mesures prises par la loi pour protéger le prétendu aliéné contre les séquestrations arbitraires »<sup>34</sup>. Ainsi, l'auteur critique le recours à des établissements privés, qui sont, selon lui, moins facilement contrôlés, et connaissent donc plus d'abus.

De plus, la loi Esquirol a été vivement critiquée par Albert Londres<sup>35</sup> pour son manque d'ambition. En effet, la loi ne fait que prévoir la manière de « se débarrasser » des aliénés, sans chercher à les soigner. Ainsi, l'auteur affirme que « La loi de 38 n'a pas pour base l'idée de soigner et de guérir des hommes atteints d'une maladie mentale, mais la crainte que ces hommes inspirent à la société. C'est une loi de débarras ».

Enfin, la loi du 30 Juin 1838 contient des lacunes. En effet, les législateurs ne se sont pas préoccupés des aliénés restés dans les domiciles privés, pourtant nombreux. Ainsi, Henri Delafarge indique « qu'il n'avait pas paru nécessaire d'assurer à l'aliéné contre ceux qui semblent ses protecteurs naturels exclusifs et forcés, toutes les garanties que comporte sa situation. »<sup>36</sup>. En somme, l'État s'abstient de toute action concernant le traitement à domicile des aliénés. Henri Delafarge indique clairement qu'« aucune autorité publique n'a le droit d'intervenir pour critiquer le traitement auquel cet aliéné est soumis, le mode de gestion de sa fortune, ni même l'absence de tout soin et de tout traitement. Une intervention de l'État ne peut se produire que quand l'ordre public est compromis ou la sûreté des personnes menacée. En dehors de ces cas, l'aliéné n'est protégé que par les dispositions du droit commun ».<sup>37</sup>

La surmortalité des patients hospitalisés dans les asiles français pendant la Seconde Guerre mondiale a poussé les institutions à se préoccuper des aliénés. En effet, quarante mille personnes sont décédées de faim et d'infections durant la guerre de 39-45, ce fut le cas entre autre de la célèbre sculptrice Camille Claudel qui fut interné à la demande de sa mère,

---

politiques de lutte contre la pauvreté et l'exclusion sociale, mis en ligne le 17 Novembre 2009, <https://www.cnle.gouv.fr/le-xixe-siecle-la-loi-de-1838-et-l.html>, consulté le 10 Juin 2022

<sup>34</sup>DELAFARGE, H. « *La protection de la Liberté individuelle dans la loi du 30 Juin 1838 sur les aliénés* ». Ancienne Maison L.Larose & Forcel, 1905, p.128

<sup>35</sup>LONDRES A., « *Chez les fous* ». La République des lettres, Rocher, 2019.

<sup>36</sup>DELAFARGE H. « *La protection de la Liberté individuelle dans la loi du 30 Juin 1838 sur les aliénés* ». Ancienne Maison L.Larose & Forcel, 1905, p.148

<sup>37</sup>*Ibid*, p.152



pendant près de trente ans à l'asile de Montfavet (Vaucluse) où elle finira par y décéder de malnutrition sévère le 19 octobre 1943<sup>38</sup>. Cela a engendré une véritable prise de conscience des traitements indignes et inhumains que subissaient alors les aliénés dans les asiles psychiatriques. On assiste ainsi à la naissance de 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 »<sup>39</sup>.

Alors que l'époque du XVIII<sup>ème</sup> et XIX<sup>ème</sup> siècles sont peu propices à la protection des libertés fondamentales des personnes atteintes de troubles psychiatriques, du fait du manque de connaissances à leur sujet, les XX<sup>ème</sup> et XXI<sup>ème</sup> siècles marquent un bond en avant dans la protection de leurs droits.

## **II. Le XX<sup>ème</sup> et XXI<sup>ème</sup> siècle : une avancée capitale vis-à-vis des libertés fondamentales et de leur protection**

Les XX<sup>ème</sup> et XXI<sup>ème</sup> siècles représentent un tournant dans la protection des droits des patients, avec eux sont nés les libertés fondamentales et l'État de droit. Si au début, les législateurs ne se sont pas préoccupés des libertés des patients internés en hôpital psychiatriques, la loi du 27 Juin 1990 remédie à cela (A.). Puis, la loi du 11 Juillet 2011 vient pallier les lacunes du régime de protection des patients internés en hôpital psychiatrique (B.).

### **A. La loi du 27 Juin 1990 : une avancée limitée dans la protection des malades**

Si la loi du 27 Juin 1990 constitue un progrès vis-à-vis de la protection des malades (1.), celui-ci est limité par son insuffisance et des dispositions contraires à la constitution (2.)

---

<sup>38</sup>« 1909-1943 : Les années d'enfermement », publié sur le site [museecamilleclaudel.fr](https://www.museecamilleclaudel.fr/fr/collections/camille-claudel/1909-1943-les-annees-denfermement), <https://www.museecamilleclaudel.fr/fr/collections/camille-claudel/1909-1943-les-annees-denfermement>, consulté le 10 Juillet 2022

<sup>39</sup>OURY J., « *Psychiatrie et psychothérapie institutionnelle* », Payot, 1976. In : « Soins sans consentement et droits fondamentaux », Rapport CGLPL, Dalloz, Paris, p.6.

## 1. Une loi constituant un ample progrès

La loi du 27 Juin 1990 relative aux droits et à la protection des personnes hospitalisées en raison de troubles mentaux abroge la loi du 30 Juin 1838 afin de renforcer les garanties entourant le séjour des malades en hôpitaux psychiatriques. En effet, un siècle et demi après l'adoption d'une loi votée sous la monarchie de Juillet, qui, même si elle était novatrice pour l'époque, « érigeait l'ordre public comme une priorité au détriment des libertés individuelles »<sup>40</sup>, il était nécessaire que la France se dote d'une loi plus respectueuse des droits fondamentaux.

Ainsi, cette loi instaure un nouveau dispositif distinguant les décisions d'admission et de maintien à l'hôpital. En revanche, l'hospitalisation peut toujours se réaliser à la demande du patient lui-même ou d'une tierce personne. Elle énonce le principe que l'hospitalisation libre est la règle, faisant de l'hospitalisation sur demande d'un tiers ou d'office l'exception. Cette loi s'assure ainsi que le consentement du patient soit toujours recherché et que l'hospitalisation contre son gré ne soit que l'ultime recours. Ce n'est que si les troubles psychiatriques du patient rendent impossible son consentement que l'hospitalisation forcée s'impose. En conférant un caractère exceptionnel à l'hospitalisation forcée, la législation française devient alors conforme à l'article trois de la recommandation R(83)2<sup>41</sup> du comité des ministres du Conseil de l'Europe.

La loi s'articule autour de quatre axes principaux : la promotion des droits des malades librement hospitalisés, la garantie des droits des personnes hospitalisées sans leur consentement, la recherche de la réadaptation et de la réinsertion des personnes hospitalisées sans leur consentement, et enfin l'instauration d'un meilleur contrôle des conditions d'hospitalisation. Ainsi, dans le cadre de l'hospitalisation libre, la loi reconnaît aux patients hospitalisés avec leur consentement « les mêmes droits liés à l'exercice des libertés individuelles que ceux qui sont reconnus aux malades hospitalisés pour une autre cause »<sup>42</sup>. De plus, « des droits inaliénables furent donc reconnus aux patients hospitalisés contre leur

---

<sup>40</sup>BERARD K. « *Les soins psychiatriques sans consentement en droit contemporain* ». Droit. Université Lyon 3 J. Moulin; IFROSS, 2017. Français. tel-03503641. p.70

<sup>41</sup>Conseil de l'Europe, recommandation R(83)2, du comité des ministres sur la protection juridique des personnes atteintes de troubles psychiatriques et placées comme patients involontaires. In : BERARD K. « *Les soins psychiatriques sans consentement en droit contemporain* ». Droit. Université Lyon 3 J. Moulin; IFROSS, 2017. Français. tel-03503641. p.71

<sup>42</sup>Art. L. 326-2 Ancien code de la santé publique

gré, la loi permettant toutefois aux médecins d'apporter des restrictions à certaines libertés individuelles, lorsque le traitement et l'état du malade le justifiaient »<sup>43</sup>.

Enfin, la loi a également introduit des garanties protégeant les droits nouvellement reconnus, notamment à travers l'obligation d'information, des contrôles administratifs ainsi que la création des Commissions départementales des hospitalisations psychiatriques (C.D.H.P.).

## 2. Une loi insuffisante voire inconstitutionnelle

Cependant, malgré des avancées certaines permettant une plus grande protection des personnes hospitalisées, la loi du 27 Juin 1990 « fut qualifiée de « demi-mesure », de « loi-pauvre », par ceux qui préconisaient des solutions plus radicales »<sup>44</sup>. En effet, les garanties protectrices que cette loi apportait ont rapidement trouvé leur limite, le nombre d'hospitalisation d'office continuant d'augmenter. Le 25 Février 2004, le député George Hage déposa une « proposition de résolution tendant à la création d'une commission d'enquête sur la progression du nombre d'internements psychiatriques en France »<sup>45</sup>, afin de comprendre les causes de l'augmentation du nombre d'hospitalisations sous contrainte. Cette proposition n'aboutit pas, la Commission des affaires culturelles, familiales et sociales rejetant la proposition en démentant l'augmentation du nombre d'hospitalisations. Quoiqu'il en soit, le système d'internement français tel qu'établi par la loi du 27 Juin 1990 fut critiqué à l'échelle européenne. En effet, il posait problème vis-à-vis de l'article 66 de la constitution mais aussi vis-à-vis des recommandations européennes.

La décision du Conseil constitutionnel du 26 novembre 2010 a en effet mis à jour l'inconstitutionnalité de la procédure d'hospitalisation à la demande d'un tiers vis-à-vis de l'article 66 de la constitution qui prévoit que « Nul ne peut être arbitrairement détenu. L'autorité judiciaire, gardienne de la liberté individuelle, assure le respect de ce principe dans

---

<sup>43</sup>BERARD K. « *Les soins psychiatriques sans consentement en droit contemporain* ». Droit. Université Lyon 3 J. Moulin; IFROSS, 2017. Français. tel-03503641. p.72

<sup>44</sup>LOISEAU C., « *L'hospitalisation psychiatrique : loi du 27 juin 1990* », Ed. T.S.A., Paris, 1991, p.130. In : BERARD K. « *Les soins psychiatriques sans consentement en droit contemporain* ». Droit. Université Lyon 3 J. Moulin; IFROSS, 2017. Français. tel-03503641. p.71

<sup>45</sup>HAGE G., « *Proposition de résolution n°1459 tendant à la création d'une commission d'enquête sur la progression du nombre d'internements psychiatriques en France* », A.N., [www.assemblee-nationale.fr](http://www.assemblee-nationale.fr). In : BERARD K. « *Les soins psychiatriques sans consentement en droit contemporain* ». Droit. Université Lyon 3 J. Moulin; IFROSS, 2017. Français. tel-03503641

les conditions prévues par la loi »<sup>46</sup>. En effet, la loi de 1990 ne prévoyait aucune disposition législative soumettant le maintien de l'hospitalisation d'une personne sans son consentement à une juridiction judiciaire dans des conditions répondant aux exigences de l'article 66 de la Constitution. Dès lors, la décision du conseil constitutionnel a obligé les législateurs à modifier la loi de 1990 et à en adopter une nouvelle, et ce avant le 1er Août 2011, date à laquelle l'abrogation de l'article L.337 du CSP, déclaré inconstitutionnel, prendrait effet.

Ainsi, les législateurs se voient obligés de décider d'une nouvelle loi, non seulement à cause du contexte interne, mais aussi européen.

## **B. La loi du 5 Juillet 2011 : entre pressions nationales et européennes et nécessité de l'intervention du juge judiciaire**

La loi du 5 Juillet 2011 est adoptée dans un contexte de pressions européennes (1.), donnant naissance à un texte avant-tout sécuritaire (2.)

### 1. Une réforme sous pression

La loi du 5 Juillet 2011 a été adoptée alors que la France n'avait d'autre choix que de se soumettre aux exigences du conseil constitutionnel, mais aussi à celles du Conseil de l'Europe et de la CEDH. En effet, le Conseil de l'Europe était déjà intervenu trois fois en matière de santé mentale, à travers des recommandations. Ainsi, la recommandation 818 de 1977 poussait les États membres à « créer des commissions ou des tribunaux indépendants de bien-être mental, chargés de protéger les patients, faire en sorte que les décisions judiciaires ne soient plus prises uniquement sur la base de rapports médicaux et établir un groupe de travail au Conseil de l'Europe composé d'experts gouvernementaux et d'experts criminologiques »<sup>47</sup>. En 1983, le comité des ministres adopte la recommandation R(83)2 portant sur la « protection juridique des personnes atteintes de troubles mentaux et placées comme patients involontaires »<sup>48</sup>, préconisant alors « un système de placement involontaire par le juge ou par « toute autre autorité appropriée désignée par la loi », l'organe de décision

---

<sup>46</sup>Article 66 constitution de 1958

<sup>47</sup>Conseil de l'Europe, recommandation 818 (1977) relative à la situation des malades mentaux. Texte adopté par l'Assemblée le 8 oct. 1977 (12e séance) in Textes du Conseil de l'Europe en matière de bioéthique, Vol. II, DH-BIO/INF (2014) 5, Strasbourg, avril 2014, 123 p., p. 11, [www.coe.int](http://www.coe.int).

<sup>48</sup>Conseil de l'Europe, recommandation R(83)2 sur la protection juridique des personnes atteintes de troubles mentaux et placées comme patients involontaires

devant être différent de celui ayant demandé l'hospitalisation, ainsi qu'une possibilité de recours simple et rapide devant une autorité judiciaire, et une défense du patient pour l'aider à faire ce recours »<sup>49</sup>. Enfin, la recommandation 1235 adoptée en 1994 par le Comité des ministres sur « la psychiatrie et les droits de l'Homme », vise l'instauration de la judiciarisation des hospitalisations involontaires. Ces trois recommandations poussent alors la France à faire intervenir le juge judiciaire dans la procédure d'internement sous contrainte. Cette tendance est confirmée par l'arrêt de la CEDH de 1979<sup>50</sup>, par lequel la Cour s'est arrogée une compétence supplémentaire lui permettant d'examiner si le droit interne était bien appliqué par les États et si les droits nationaux étaient conformes à la convention européenne des droits de l'Homme. Dès lors, il a pu être constaté « une tendance manifeste des pays européens vers l'harmonisation de leur législation en matière d'hospitalisation involontaire, suite aux arrêts de la Cour et aux recommandations du Conseil de l'Europe »<sup>51</sup>.

Ainsi, en 2011, le contexte national et européen représente l'occasion pour la France de réformer en profondeur le système des hospitalisations sans consentement. Cependant, la loi du 5 Juillet 2011 ne tient pas les promesses qu'on pouvait attendre d'elle. Adoptée dans l'urgence du délai fixé par le conseil constitutionnel suite à sa décision du 26 Novembre 2010, la loi de 2011 maintient, pour l'essentiel, l'organisation médico-administrative des soins sans consentement<sup>52</sup>.

## 2. La loi du 5 Juillet 2011 : une réforme sécuritaire

La loi du 5 Juillet 2011 a été adoptée quelques années après le discours de Nicolas Sarkozy à Antony, qui souhaitait engager l'hôpital psychiatrique dans un tournant sécuritaire. En effet, le 2 Décembre 2008, le président de la République de l'époque prononçait un discours et annonçait un « plan de sécurisation des hôpitaux psychiatriques ». Il annonçait également une réforme de l'hospitalisation sans consentement pour restreindre les possibilités de sortie des malades mentaux. Ce discours avait alors choqué les médecins présents dans la salle, qui le qualifiaient de « discours très inquiétant » et d'un « total retour en arrière ». Norbert Skurnik, président du syndicat des psychiatres de secteur avait alors déclaré : « Le

---

<sup>49</sup>BERARD K. « *Les soins psychiatriques sans consentement en droit contemporain* ». Droit. Université Lyon 3 J. Moulin; IFROSS, 2017. Français. tel-03503641. p.75

<sup>50</sup>C.E.D.H., *Winterwerp c./ Pays-Bas*, req. n°6301/73, 24 oct. 1979, série A n°33, §39, pp. 17-18; [www.hudoc.echr.coe.int](http://www.hudoc.echr.coe.int)

<sup>51</sup>CUINIER L., « *La judiciarisation des hospitalisations sous contrainte* », p.21

<sup>52</sup>ABERKANE P., « *Contribution à l'étude de l'évolution de la prise en charge des personnes hospitalisées sous contrainte* », R.G.D.M., mars 2014, n°50, pp. 127-151.

message global, qu'il faudrait se défendre contre les malades, est inacceptable, il renforce le stigmate de la folie. Le risque zéro ne peut exister en médecine. Il conduit à enfermer, non à soigner.»<sup>53</sup> Dès lors, la France s'engage dans une vision sécuritaire de l'hôpital psychiatrique, le but n'étant plus de soigner le malade mais de protéger la société civile contre le danger que celui-ci peut représenter.

Aujourd'hui, la loi du 5 Juillet 2011 « constitue la base du droit positif français en matière de soins sans consentement »<sup>54</sup>. Elle a introduit sept nouvelles mesures : « le contrôle systématique du juge des libertés et de la détention, la création des soins ambulatoires sans consentement, la mise en place d'une période initiale de soins et d'observation de soixante-douze heures, les soins pour péril imminent sans tiers, la mise en place d'un collègue pluridisciplinaire, des dispositions nouvelles en cas de désaccord entre le psychiatre traitant et le préfet et enfin le renforcement des droits des patients »<sup>55</sup>.

Cependant, cette loi a été vivement critiquée par les professionnels, qui l'ont perçue comme une révision « illisible, confuse, alambiquée et simultanément porteuse d'autant de menaces à l'encontre des droits des patients »<sup>56</sup>. En effet, cette loi menaçait non seulement les droits des patients mais aussi l'organisation du travail et l'indépendance des psychiatres. Seulement six mois après son entrée en vigueur, on recensait 30 181<sup>57</sup> saisines du juge des libertés et de la détention. De plus, l'association des établissements participant au service public de santé mentale a présenté une quarantaine de propositions<sup>58</sup> de modifications de la loi dans le but de simplifier certaines procédures, supprimer des incohérences et apporter des clarifications afin de renforcer le droit des patients.

Enfin, certaines dispositions de la loi ont été censurées par le conseil constitutionnel dans une décision du 20 Avril 2012. En effet, la censure concernait les conditions de mainlevée des mesures de soins psychiatriques sur décision du représentant de l'État,

---

<sup>53</sup>PRIEUR C., « *Le président de la République engage l'hôpital psychiatrique dans un tournant sécuritaire* » Le Monde, publié le 3 décembre 2008.

[https://www.lemonde.fr/societe/article/2008/12/03/le-president-de-la-republique-engage-l-hopital-psychiatrique-dans-un-tournant-securitaire\\_1126307\\_3224.html](https://www.lemonde.fr/societe/article/2008/12/03/le-president-de-la-republique-engage-l-hopital-psychiatrique-dans-un-tournant-securitaire_1126307_3224.html). Consulté le 20 Juin 2022

<sup>54</sup>BERARD K. « *Les soins psychiatriques sans consentement en droit contemporain* ». Droit. Université Lyon 3 J. Moulin; IFROSS, 2017. Français. tel-03503641. p.81

<sup>55</sup>*Ibid.*, p.81

<sup>56</sup>*Ibid.*, p.83

<sup>57</sup>BLISKO S., LEFRAND G., « *Rapport d'information déposé par la commission des affaires sociales, sur la mise en œuvre de la loi du 5 juillet 2011* », A.N., 22 fév. 2012, n°4402, 80 p., [www.assemblee-nationale.fr](http://www.assemblee-nationale.fr).

<sup>58</sup>« *Soins sous contrainte: peut mieux faire !* », Santé mentale, n°173, déc. 2012, p.2.

notamment pour les personnes ayant un antécédent d'internement en Unité pour malades difficiles ou de déclaration d'irresponsabilité. Dès lors, le conseil constitutionnel demande à ce que des garanties contre l'arbitraire de l'administration soient édictées pour ces personnes et qu'une clarification de la procédure d'admission en unité pour malades difficiles soit effectuée par voie législative. Enfin, le conseil constitutionnel a demandé à ouvrir des garanties de recours pour les personnes concernées, ce qui n'était pas le cas jusqu'à présent. C'est donc la loi du 27 Septembre 2013 qui a permis de rééquilibrer les carences de la loi de 2011, notamment en supprimant le régime discriminatoire prévu pour les personnes déclarées pénalement irresponsables et les patients ayant séjourné en unité pour malades difficiles et en les réintroduisant dans le droit commun. De plus, la loi de 2013 a renforcé les droits et garanties accordés aux personnes en soins psychiatriques sans consentement en améliorant le contrôle judiciaire systématique des mesures. L'audience du juge des libertés et de la détention (JLD) à l'hôpital sous douze jours devint obligatoire, ainsi que l'assistance d'un avocat.

Dès lors, la loi du 5 Juillet 2011, malgré ses dérives sécuritaires, a pu offrir un cadre protecteur des droits et libertés des patients en soins psychiatriques sans consentement, notamment en faisant intervenir le JLD.

Pour conclure, le cadre de protection juridique des libertés et droits des personnes hospitalisées s'est finalement forgé à force d'évolutions et de remise en cause. Si la dernière loi du 5 Juillet 2011 semble appeler des réactions mitigées, « la question essentielle porte sur la manière dont cette réforme sera appliquée : une approche véritablement éthique du soin psychiatrique sous contrainte nécessite, outre une compétence clinique des psychiatres, un juste équilibre entre les droits de la personne et les exigences d'une société »<sup>59</sup>. Dès lors, il est nécessaire de s'attarder sur le cadre juridique tel qu'il existe et est appliqué aujourd'hui, afin de mieux comprendre comment les droits et libertés des patients hospitalisés en hôpital psychiatrique sont protégés.

---

<sup>59</sup>VACHERON M-N., LAQUEILLE X., « *L'admission en soins psychiatriques sous contrainte : apports et limites de la loi du 5 juillet 2011* », Laennec, vol. 60, no. 1, 2012, pp. 10-23.

## **Section 2 : Le cadre juridique actuel : une protection des droits de l'internement au séjour en hôpital psychiatrique**

L'entrée en soin psychiatrique relève d'une procédure complexe, qui nécessite l'intervention de plusieurs acteurs tels que les préfets, les psychiatres ou encore les juges des libertés et de la détention. Les articles L3212-1 à L3212-12 du CSP prévoient l'admission en soins psychiatriques à la demande d'un tiers ou en cas de péril imminent tandis que les articles suivants (L3213-1 à L3213-11 du CSP) prévoient l'admission en soins psychiatriques sur décision du préfet. Ces textes de lois prévoient également un contrôle de nécessité de l'entrée en soins psychiatrique, notamment à travers l'intervention du juge des libertés et de la détention. Dès lors, les droits des patients sont protégés à la fois dans le cadre de l'internement en hôpital psychiatrique (I.), et une fois le patient arrivé dans l'hôpital (II.).

### **I. L'entrée en hôpital psychiatrique**

L'entrée en hôpital psychiatrique se fait après une demande de prise en charge (A.), dont la nécessité est ensuite contrôlée pour s'assurer du bien-fondé de l'hospitalisation (B.).

#### **A. La demande de prise en charge en soins psychiatriques**

La demande de prise en charge en hôpital psychiatrique est une procédure qui peut être réalisée par le patient lui-même (1.), ou par un tiers, elle est alors non-consentie (2.).

##### **1. La prise en charge consentie**

Lorsque la demande de soins psychiatriques a été formulée par le malade lui-même ou son représentant légal, les soins psychiatriques sont dits « consentis ». Dès lors, la personne est placée en soins psychiatriques libres, et dispose des mêmes droits que les malades soignés pour d'autres causes, c'est-à-dire du droit d'aller et venir, de choisir son médecin...). L'article L3211-2 du CSP dispose que cette modalité de soins est privilégiée lorsque l'état de la



personne le permet. Il faut ici comprendre que le consentement du patient est toujours recherché avant de l'interner contre son gré, afin de préserver au mieux ses libertés individuelles. La durée de l'hospitalisation est définie avec l'équipe médicale et prend fin sur décision du malade ou psychiatre. Le malade est alors libre de partir même contre l'avis du praticien, après avoir signé une attestation de sortie contre avis médical comme le prévoit l'article L.111-5 du CSP. Ainsi, les soins psychiatriques avec consentement sont très peu sujets à l'atteinte aux libertés fondamentales, le malade n'étant pas retenu contre son gré, il est libre de partir quand il le souhaite.

## 2. La prise en charge non consentie

La prise en charge du patient peut s'effectuer sans son consentement mais nécessite l'intervention d'un tiers ou du représentant de l'État.

Les soins psychiatriques peuvent être dispensés sur décision du directeur de l'établissement, à la demande d'un tiers « si il a été constaté que les troubles mentaux du patient rendent son consentement impossible et que son état nécessite des soins immédiats et une surveillance constante ou régulière »<sup>60</sup>. Le directeur d'établissement prononce l'admission lorsque la demande du tiers est accompagnée de deux certificats médicaux, émanant de deux médecins différents, dont un n'exerçant pas dans l'établissement d'accueil. Le tiers « doit être un membre de la famille, le tuteur ou curateur ou toute personne pouvant agir dans l'intérêt du malade et ayant avec lui une relation antérieure à la demande de soins »<sup>61</sup>. Il existe également une procédure de soins à la demande d'un tiers d'urgence, également fondée sur une demande d'admission prononcée par un tiers. Cependant, le directeur d'établissements peut cette fois-ci prononcer l'admission sur la base d'un seul certificat médical d'un médecin exerçant, le cas échéant, dans l'établissement d'accueil.

Enfin, l'admission en soins psychiatriques peut être demandée par le préfet « pour les personnes dont les troubles mentaux nécessitent des soins et compromettent la sûreté des personnes ou portent atteinte, de façon grave, à l'ordre public »<sup>62</sup>. La décision est prononcée par arrêté suite à un certificat médical établi par un médecin. De plus, en cas de danger

---

<sup>60</sup>Service-Public.fr : « Soins pour troubles psychiatriques »

<sup>61</sup>*Ibid*

<sup>62</sup>*Ibid*

imminent, les maires sont habilités à prendre toute mesure provisoire nécessaire, en l'absence de décision préfectorale dans les quarante-huit heures.

## **B. Le contrôle de nécessité : un contrôle exercé tout au long du parcours du patient**

De la prise en charge du patient (1.), à la levée des mesures, en passant par le maintien des mesures (2.), le contrôle de nécessité est indispensable pour s'assurer que la personne a besoin d'être hospitalisée en psychiatrie, que ce soit avec ou sans son consentement. Mais lorsque la personne est internée sans son consentement, le contrôle de nécessité prend une importance capitale car le respect des libertés fondamentales du patient est en jeu.

### 1. Le contrôle de nécessité lors de la prise en charge du patient

Lors d'une prise en charge sans consentement, après une période d'observation et de soins d'une période maximale de soixante-douze heures, il est prévu une hospitalisation complète pour permettre au psychiatre d'adapter au mieux les modalités de la prise en charge du patient. Deux certificats médicaux sont établis dans les vingt-quatre et soixante-douze heures afin de s'assurer de la nécessité de l'hospitalisation. Ces certificats médicaux, quelque soit le stade de la procédure, doivent « être suffisamment motivés pour démontrer la nature de ce danger ». Il faut alors préciser que le patient étant admis contre son gré, il est nécessaire de justifier l'internement par un péril suffisamment important. Ainsi, le psychiatre de l'établissement d'accueil peut proposer soit une prise en charge complète, soit une prise en charge en ambulatoire, à domicile ou une prise en charge partielle.

Afin de s'assurer du bien fondé de l'hospitalisation complète, un contrôle est exercé par le juge des libertés et de la détention au plus tard le douzième jour d'hospitalisation, puis au bout de six mois d'hospitalisation complète continue.

Dès lors, l'ensemble de la procédure menant à l'internement d'un patient en soins psychiatriques est très contrôlée et est tournée vers la recherche du consentement du patient. Une personne ne sera prise en charge contre son gré seulement si celle-ci n'est pas consciente ou n'est pas en capacité de faire ce choix. Dès lors, les soins psychiatriques consentis sont la règle, l'internement sans consentement étant l'exception. En effet, en 2018, on compte 82

000 patients hospitalisés sans consentement pour un total de 424 000 patients hospitalisés en psychiatrie, soit environ 20 % d'hospitalisation sans consentement.<sup>63</sup> Cependant, si les soins psychiatriques sans consentement demeurent minoritaires, ils sont en hausse depuis 2012<sup>64</sup>. Il est donc plus que jamais nécessaire d'encadrer les soins psychiatriques sans consentement, afin de garantir au mieux les droits et libertés des patients.

Une fois le patient pris en charge en soins psychiatriques, le consentement est également recherché : « Les soins psychiatriques libres sont la règle générale. Les patients concernés bénéficient des mêmes droits que les autres malades. Ce régime de soins est privilégié chaque fois que l'état de santé du patient le permet »<sup>65</sup>. Cette idée est confirmée par la Haute autorité de Santé : « Le fil rouge est de permettre, dès que possible, le retour pour la personne à des soins librement consentis, en visant, tout le long du parcours, l'alliance thérapeutique »<sup>66</sup>.

## 2. Le contrôle de nécessité après la prise en charge du patient en hôpital psychiatrique : le maintien et la levée des mesures de soins psychiatriques pour le maintien du patient en établissement psychiatrique

Suite à la décision de maintien de la prise en charge lors de soins psychiatriques sous contrainte se déroule une période d'observation et de soins initiale. Cette prise en charge va être réévaluée entre le sixième et le huitième jour suivant l'admission, il va être établi un certificat médical circonstancié par un psychiatre de l'établissement d'accueil indiquant si les soins sont toujours nécessaires. Il y est précisé si, la forme de la prise en charge en soin sans consentement de la personne, décidée en application de l'article L.3211-2-2 du CSP demeure adaptée et, le cas échéant, en propose une nouvelle<sup>67</sup>. Toutefois pour chaque décision de prise en charge en soins sans consentement le directeur de l'établissement doit saisir le juge des libertés et de la détention sous huit jours suivant l'admission, ce dernier statue dans les douze

---

<sup>63</sup>Chiffres clés de la psychiatrie par ATIH à partir des données issues du Rim-P 2018, chiffres arrondis au millier près, Juin 2019. In : Solidarités-santé.gouv.fr : « Les droits des patients en psychiatrie »

<sup>64</sup>HAS - « Programme de soins psychiatriques sans consentement ». Mars 2021 p.5

<sup>65</sup>Solidarités-santé.gouv.fr : « Les droits des patients en psychiatrie »

<sup>66</sup>HAS - « Programme de soins psychiatriques sans consentement ». Mars 2021 p.5

<sup>67</sup>CSP, art.L.3212-7

jours ayant suivi l'admission<sup>68</sup>. Par la suite le directeur de l'établissement peut reconduire la mesure de soins pour une durée maximale d'un mois renouvelable chaque mois par l'établissement d'un certificat médical circonstancié. Par la suite, si la durée des soins excède un an continu, le maintien des soins est conditionné à l'évaluation par un collège mentionné à l'article L.3211-9 du CSP, composé de trois membres du personnels de l'établissement, que sont : un psychiatre participant à la prise en charge du patient, un psychiatre ne participant pas à la prise en charge du patient de même qu'un représentant de l'équipe pluridisciplinaire participant à la prise en charge du patient<sup>69</sup>.

Puis, lorsqu'une personne entre dans une mesure de soins psychiatriques, celle-ci peut voir cette mesure être levée pour plusieurs raisons.

Premièrement, s'il s'agit de soins psychiatriques consentis, c'est à dire libres, la personne peut demander sa sortie de soin psychiatrique lorsqu'elle le souhaite puisqu'elle dispose des mêmes droits que toute personne hospitalisée, si le médecin présent estime que la sortie est prématurée il informe le patient des dangers et des risques auxquels il s'expose et celui doit remplir une attestation de décharge précisant qu'il a bien pris connaissance des risques. Dans le cas où le patient ne souhaite pas signer la décharge, il est alors établi un procès-verbal faisant état du refus<sup>70</sup>.

Dans le cas de soins psychiatriques sans consentement, les modalités de levée des soins psychiatriques dépendent de la mesure d'admission. Ainsi si l'admission a été faite sur demande d'un tiers le directeur de l'établissement peut y être mis fin par:

- un certificat médical d'un psychiatre de l'établissement attestant de l'évolution ou de la disparition des troubles<sup>71</sup>.
- une demande de la commission départementale des soins psychiatriques<sup>72</sup>;
- une demande d'un membre de la famille du malade ou par une personne justifiant de l'existence de relations avec le malade antérieures à la demande de soins et lui donnant qualité pour agir dans l'intérêt de celui-ci, si le directeur ne s'oppose pas, conformément à l'avis médical, à la levée des soins<sup>73</sup> ;

---

<sup>68</sup>CSP, art.L.3211-12-1

<sup>69</sup>*Ibid.*, art.L.3212-7

<sup>70</sup>*Ibid.*, art.R.1112-62

<sup>71</sup>*Ibid.*, art.L.3212-8

<sup>72</sup>*Ibid.*, art.L.3212-9

<sup>73</sup>*Ibid.*, art.L.3212-9

- une décision de mainlevée du JLD<sup>74</sup>

Autrement, si la mesure d'admission en soins psychiatriques à été réalisée sur demande du représentant de l'Etat, celle si peut être levée par un certificat médical émanant d'un psychiatre participant à la prise en charge du patient, qui atteste que la poursuite de l'hospitalisation complète et de la mesure de soins sans consentement n'est plus nécessaire. Dans ce cas, le directeur de l'établissement en réfère dans les vingt-quatre heures au préfet, qui statue dans un délai de trois jours après la réception du certificat médical<sup>75</sup>. Dans le cas où, en dépit du certificat médical, le préfet ne souhaite pas lever la mesure, le directeur de l'établissement demande immédiatement un deuxième avis de psychiatre. Si le deuxième avis confirme le premier de l'absence de nécessité de l'hospitalisation complète, le préfet doit lever la mesure. En revanche, si le deuxième avis suggère le maintien de l'hospitalisation complète, le préfet peut maintenir l'hospitalisation complète. A la suite de la décision de maintien de l'hospitalisation par le préfet, le directeur d'établissement doit saisir le juge des libertés et de la détention qui devra statuer sur la mesure à bref délai.<sup>76</sup>

## **II. Le patient en hôpital psychiatrique : bénéficiaire de droits et de recours**

Le cadre juridique concernant la protection des droits des patients est en évolution. En effet, la loi du 5 Juillet 2011 relative aux droits et à la protection des personnes faisant l'objet de soins psychiatriques et aux modalités de leur prise en charge a été complétée par la loi du 27 Septembre 2013 dans le but de renforcer le respect des droits des patients. Dès lors, la décision du conseil constitutionnel du 19 Juin 2020 a poussé le gouvernement à œuvrer à « l'amélioration de la garantie du respect des droits des patients s'agissant de l'encadrement des mesures d'isolement et de contention »<sup>77</sup>. Dès lors, une fois le patient pris en charge dans l'hôpital psychiatrique, il bénéficie à la fois d'un cadre juridique protecteur de ses droits (A.) et de recours afin de dénoncer des atteintes à ses droits (B.).

---

<sup>74</sup>CSP., art.L.3211-12

<sup>75</sup> *Ibid.*, art.L.3213-9-1

<sup>76</sup> *Ibid.*, art.L.3213-9-1

<sup>77</sup>Solidarités-santé.gouv.fr : « *Les droits des patients en psychiatrie* »

## A. Des droits au bénéfice des patients

L'article L.3211-3 du CSP « offre aux patients de véritables prérogatives juridiques liées à leur statut »<sup>78</sup> à travers une liste de huit prérogatives dont cinq peuvent être exercées par des personnes agissant dans l'intérêt du malade (1.). Les trois autres droits énoncés sont strictement personnels et ne peuvent être exercés que par le patient lui-même (2.)

### 1. Les droits susceptibles d'être exercés par d'autres personnes que le patient.

L'article L.3211-3 du CSP énonce cinq droits susceptibles d'être exercés par des personnes agissant dans l'intérêt du malade.

Tout d'abord, le droit de communiquer avec certaines autorités peut être exercé par le patient lui-même ou par un tiers. L'article L.3222-4 du code de la santé publique indique en effet que la personne a le droit de communiquer avec le représentant de l'État dans le département, le président du Tribunal de Grande Instance (T.G.I), le Procureur du lieu de situation de l'établissement ainsi que le maire de la commune. Une fois informées, ces autorités procèdent si nécessaire à toutes les vérifications utiles et contrôlent le respect des dispositions relatives au droits des malades et aux soins sans consentement.

Puis, la personne a également le droit de saisir la Commission Départementale des soins psychiatriques sans consentement (C.D.S.P.) , dont la mission première est de veiller au respect des libertés individuelles et de la dignité des patients.

Le droit de porter des faits ou situations à la connaissance du Contrôleur Général des lieux de privation de liberté (C.G.L.P.L.) est également reconnu dans l'article L.3211-3 du CSP afin que le malade ou la personne qui veille à ses intérêts puisse saisir « cette autorité administrative indépendante si des éléments laissent à penser que les prescriptions légales en matière de droits et libertés des malades n'ont pas été respectées »<sup>79</sup>

---

<sup>78</sup>BERARD K. « *Les soins psychiatriques sans consentement en droit contemporain* ». Droit. Université Lyon 3 J. Moulin; IFROSS, 2017. Français. tel-03503641. p.394

<sup>79</sup>*Ibid*, p.394

Le droit de prendre conseil auprès d'un médecin ou d'un avocat « vise à permettre au patient ou à sa famille de consulter un médecin ou psychiatre indépendant pour avoir un second avis sur le diagnostic ou la thérapeutique, voire une alternative »<sup>80</sup>. L'avocat peut être librement choisi par la personne afin que celle-ci bénéficie d'un conseil juridique.

Enfin, le patient ou la personne agissant dans son intérêt a également le droit de consulter le règlement intérieur de l'établissement et de recevoir des explications s'y rapportant.

## 2. Les prérogatives au seul bénéfice du patient

Tout d'abord, le patient possède le droit d'émettre ou de recevoir des courriers . Si ce droit a toujours été considéré comme fondamental pour un patient interné, le droit au secret des correspondances n'est que très récent. En effet, ce droit ne date que de 2004<sup>81</sup>, grâce à la décision du conseil constitutionnel dans laquelle celui-ci rattache le secret des correspondances aux articles 2 et 4 de la déclaration des droits de l'Homme et du citoyen de 1789. Puis, la recommandation R(83)2 sur la protection juridique des personnes atteintes de troubles mentaux et placées comme patients involontaires, adoptée par le comité des ministres le 22 Février 1983 prévoit que « les droits du patient de communiquer avec toute autorité appropriée et d'envoyer toute lettre sans que celle-ci ait été ouverte ne peuvent être soumis à des restrictions »<sup>82</sup>. Cette disposition garantit alors non seulement la liberté, mais aussi le secret des correspondances. Le droit de correspondance est alors « un droit absolu, qu'il s'agisse de la correspondance avec les autorités ou de la correspondance privée »<sup>83</sup>

Puis, le droit de vote, reconnu comme un droit fondamental, a fait l'objet d'une protection supranationale à travers une recommandation du Conseil de l'Europe du 22 Septembre 2004<sup>84</sup>. Son article 4 mentionne alors qu'aucune restriction au droit de vote ne peut être fondée sur le fait que la personne est atteinte d'un trouble psychique. Dès lors, la personne peut user du mécanisme de procuration prévu à l'article 71 du code électoral. De

---

<sup>80</sup>*Ibid*, p.394

<sup>81</sup>Cons. const., n°2004-492 DC, 2 mars 2004, consid. 4, J.O. du 10 mars 2004, p. 4637, texte n°4 ; rec. p. 66.

<sup>82</sup>Art. 6, recommandation R(83)2 sur la protection juridique des personnes atteintes de troubles mentaux et placées comme patients involontaires

<sup>83</sup>BERARD K. « *Les soins psychiatriques sans consentement en droit contemporain* ». Droit. Université Lyon 3 J. Moulin; IFROSS, 2017. Français. tel-03503641. p.398

<sup>84</sup>Conseil de l'Europe, Recommandation 2004(10) relative à la protection des droits de l'homme et de la dignité des personnes atteintes de troubles mentaux

plus, il est également nécessaire de mentionner le fait qu'à l'issue des soins psychiatriques réalisés sans consentement, le patient conserve la totalité de ses droits et devoirs de citoyen, sans que ses antécédents psychiatriques puissent lui être opposés<sup>85</sup>.

Enfin, la liberté de culte, affirmée dans l'article 10 de la Déclaration des Droits de l'Homme et du Citoyen de 1789 ainsi que dans l'article 9 de la Convention européenne des droits de l'Homme ne peut subir de dérogation dans le cadre de l'internement en établissement psychiatrique. Dès lors, l'article R.1112-46 du CSP dispose que les personnes hospitalisées « doivent être mises en mesure de participer à l'exercice de leur culte. Ils reçoivent, sur demande de leur part adressée à l'administration de l'établissement, la visite du ministre du culte de leur choix ».

Ainsi, ces droits reconnus aux patients dans le cadre des soins psychiatriques leur permettent de préserver leurs libertés fondamentales. La protection de ces droits fait l'objet de garanties exerçables par le patient mais aussi par le C.G.L.P.L.

## **B. La garantie du respect des libertés fondamentales permise par le recours au bénéfice des patients et les contrôles du C.G.L.P.L.**

La protection des droits et libertés fondamentales des patients est garantie non seulement par leur droit de recours (1.), mais aussi par les contrôles exercés par le C.G.L.P.L. (2.).

### **1. Les recours au bénéfice des patients**

La commission des usagers (CDU) ainsi que la commission départementale des soins psychiatriques peuvent être saisies par les patients afin de leur permettre d'exprimer leurs griefs. Ces commissions veillent au respect des droits des malades. Alors que la CDU est interne à l'établissement de santé, la CDSP est extérieure et indépendante à l'établissement de santé psychiatrique. Celle-ci a la possibilité de proposer une levée de la mesure auprès du juge des libertés et de la détention et ce, en application des articles L.322-5 et R.3223-1 à R.3223-11 du CSP.

---

<sup>85</sup>Article L.3211-5 du code de la santé publique



Depuis le 1er janvier 2013, la légalité des arrêtés pris par les représentants de l'État, c'est-à-dire les maires et préfets, ne peut plus être contestée devant le juge administratif. C'est désormais exclusivement le juge judiciaire, et notamment le JLD, qui est chargé de contrôler non seulement le bien-fondé de la prise en charge, mais également la régularité des arrêtés. Dès lors, en vertu des articles L.3211-12 à L.3211-12-6 et R.3211-7 à R.3211-30 du CSP, le JLD peut être directement saisi par le patient ou toute personne susceptible d'agir dans son intérêt. Celui-ci peut alors ordonner « une mainlevée immédiate d'une mesure de soins psychiatriques »<sup>86</sup>.

Enfin, le patient peut recourir au défenseur des droits, qui peut « traiter des demandes d'informations ou les réclamations mettant en cause le non-respect des droits des malades, la qualité du système de santé ou l'accès aux soins ou la sécurité des soins »<sup>87</sup>

## 2. Les contrôles du C.G.L.P.L.

Le contrôleur général des lieux de privation de liberté « 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 ou autres peines ou traitements cruels, inhumains ou dégradants »<sup>88</sup>. La mission principale du C.G.L.P.L. est de veiller à la protection des droits et libertés fondamentales des personnes privées de liberté. Dès lors, le C.G.L.P.L. « veille 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 d'expression, de conscience et de pensée »<sup>89</sup>. Le C.G.L.P.L. peut visiter à tout moment chaque lieu situé sur le territoire français où des personnes sont privées de liberté pour vérifier les conditions de vie de ses personnes et enquêter sur le fonctionnement de l'établissement.

---

<sup>86</sup>Solidarités-santé.gouv.fr : « *Les droits des patients en psychiatrie* »

<sup>87</sup>HAS - « *Programme de soins psychiatriques sans consentement* ». Mars 2021 p.65

<sup>88</sup>Rapport « Soins sans consentement et droits fondamentaux », C.G.L.P.L., Dalloz, 2020, p.3

<sup>89</sup>*Ibid*, p.4

De plus, le C.G.L.P.L. peut être averti de « toute situation relevant de l'atteinte aux droits fondamentaux de la personne privée de liberté »<sup>90</sup>. Son rôle est de « veiller à ce que les personnes privées de liberté soient traitées dans le respect de la dignité inhérente à la personne humaine »<sup>91</sup>. Dès lors, le CGLPL peut être saisi par toute personne démontrant un intérêt à le faire. Il peut s'agir de personnes physiques, à savoir les personnes privées de liberté elles-mêmes, leurs parents, leur famille, leur avocat, un témoin, les personnels et toutes personnes intervenant dans l'établissement concerné. Les associations, ou toute autre personnes morales ayant pour objet le respect des droits fondamentaux peuvent également saisir le C.G.L.P.L. Enfin, le C.G.L.P.L. peut être saisi par le gouvernement, les parlementaires élus en France et toute autre autorité administrative indépendante.

Dès lors, en 2021<sup>92</sup>, le C.G.L.P.L. a visité 38 établissements de santé, dont 21 de manière inopinée et 17 de manière programmée. Ces visites faisaient suite à 428 saisines, représentant 14,17% des saisines totales reçues par le C.G.L.P.L, soit une augmentation de 1% par rapport à 2020, et de 10% par rapport à 2011.

Pour conclure, le cadre législatif réglementant les soins psychiatriques avec ou sans consentement est nécessaire afin de protéger les libertés fondamentales et les droits des patients. Cependant, malgré l'instauration d'un cadre légal complexe, des atteintes aux libertés fondamentales sont à déplorer au sein des établissements accueillant des personnes atteintes de troubles psychiatriques.

---

<sup>90</sup>Solidarités-santé.gouv.fr : « *Les droits des patients en psychiatrie* »

<sup>91</sup>HAS - « *Programme de soins psychiatriques sans consentement* ». Mars 2021 p.65

<sup>92</sup>« *Rapport d'activité 2021* », le contrôleur général des lieux de privation de liberté. Dalloz, Paris, p.135-150.

## **Chapitre 2 : Les atteintes aux libertés fondamentales dans le cadre des soins psychiatriques**

Dans l'avant-propos de son rapport d'activité de 2021<sup>93</sup>, Dominique Simonnot, contrôleuse générale des lieux de privation de liberté dresse un portrait préoccupant du milieu psychiatrique, dans lequel règne une « instabilité juridique ». Elle regrette alors que « ces formes les plus graves de privation de liberté, parfois prises dans un contexte de grande violence et exécutées dans des conditions indignes, soient confrontées à ces incertitudes juridiques alors que le secteur souffre par surcroît d'une crise des moyens et de l'épuisement des professionnels ».

L'évolution législative effectuée depuis la loi de 1838 a permis au malade psychique d'être reconnu comme un citoyen à part entière. Cependant, la nature de la relation entre un médecin et son patient reste déséquilibrée, d'autant plus en psychiatrie, « compte tenu des spécificités de la maladie psychique, de l'absence de consentement aux soins venant creuser davantage cette distorsion naturelle ».<sup>94</sup> Cette distorsion est confirmée par l'étude de la pratique, qui démontre que « lorsque les droits des patients sont atteints, il convient de se tourner vers les libertés fondamentales pour comprendre d'où vient la défaillance et comment y mettre un terme »<sup>95</sup>. La loi du 27 Juin 1990 a contribué à améliorer la protection des droits des patients en soins sans consentement. L'évolution de la jurisprudence en la matière ainsi que les dernières réformes ont également permis de renforcer les grands principes du respect des libertés fondamentales en soins psychiatriques. Cependant, l'usage de la contrainte inhérente aux soins psychiatriques est à l'origine de nombreuses atteintes aux droits et libertés fondamentales des patients.

La question de la restriction de liberté est abordée par la loi de 1990 dans l'article 326-3 : « Lorsqu'une personne atteinte de troubles psychiatriques est hospitalisée sans son consentement, les restrictions à l'exercice de ses libertés individuelles doivent être limitées à celles qui sont nécessitées par son état de santé et la mise en œuvre de son traitement. En

---

<sup>93</sup>« Rapport d'activité 2021 », le contrôleur général des lieux de privation de liberté. Dalloz, Paris, p.135-150.

<sup>94</sup>BERARD K. « *Les soins psychiatriques sans consentement en droit contemporain* ». Droit. Université Lyon 3 J. Moulin; IFROSS, 2017. Français. tel-03503641. p.405

<sup>95</sup>*Ibid*, p.406

toutes circonstances, la dignité de la personne hospitalisée doit être respectée et sa réinsertion recherchée. ». L'article L.326-2 du CSP précise que la personne en hospitalisation libre en psychiatrie « dispose des mêmes droits liés à l'exercice des libertés individuelles que ceux qui sont reconnus aux malades hospitalisés pour une autre cause »... Le rapport Strohl<sup>96</sup> va même bien au-delà : « Un malade à qui on administre un traitement contre son gré reste un citoyen ordinaire, par exemple libre d'aller et venir, d'écrire, de sortir. Ce n'est que dans les situations spécifiques qu'il y a lieu d'appliquer des mesures de contrainte spécifique... »

Dès lors, les établissements de santé pouvant devenir des lieux de privation de liberté dans le cadre des soins psychiatriques, la liberté d'aller et venir est une des libertés les plus importante sujette à des atteintes (Section 1), tandis que d'autres droits tels que le droit à l'information, et à la dignité de la personne font également l'objet d'atteintes (Section 2).

## **Section 1 : La liberté d'aller et venir : une liberté fondamentale faisant l'objet d'atteintes**

En 1788, lorsque le roi d'Angleterre Georges III fut atteint d'une « psychose dépressive », il fut relégué dans un palais isolé et enfermé seul dans une chambre dont les carreaux et les murs furent recouverts de matelas afin de s'assurer que le roi ne puisse se blesser. Si même un roi pouvait être mis sous contention, qu'en était-il des autres ? L'isolement fut la première réponse à « la folie », permettant de protéger l'ordre public tout en écartant de la société ce qui n'était pas « normal ».

En 1840, la contention fut abolie à l'asile Lincoln par Robert Gardiner Hill tandis que John Conolly donnait des cours de psychiatrie à Hanwell où il enseignait que « soumettre un patient à la la contention était encore pire que de ne pas s'occuper de lui »<sup>97</sup>. De l'autre côté du globe, les médecins américains, et notamment R. Bush, mettaient sur pied le concept de

---

<sup>96</sup>BANTMAN P., « *La Liberté d'aller et venir en psychiatrie. Entre l'exigence de la loi, l'éthique et la réalité des pratiques. Cinq ans après la conférence de consensus, ou en sommes-nous ?* », L'information psychiatrique, vol. 86, no. 4, 2010, pp. 293-297

<sup>97</sup> FRIARD D., « *Brève histoire de l'enfermement* ». Dossier « La liberté d'aller et venir en psychiatrie », Santé mentale n° 199, Juin 2015.

l' « open-door », qui permettait aux patients de « goûter aux joies de l'air, de la lumière, du mouvement au cours de promenades... »<sup>98</sup>. Cependant, ces mouvements ne parvinrent pas à conquérir la France, qui continua à enfermer et à « camisoler » ses malades mentaux. C'est seulement après la seconde guerre mondiale que les contentions et les isolements se font plus rares en France. La circulaire du 15 Mars 1960<sup>99</sup> entérine cette raréfaction des pratiques de contention en recommandant la création de chambres « protégées » afin de permettre l'isolement momentané d'un malade. Dès lors, si les pratiques d'isolement n'ont pas disparues, elles se sont modifiées : « les contentions sont vraiment exceptionnelles, et les séjours en isolement plus brefs. Des infirmiers mieux formés n'y ont recours que rarement. »<sup>100</sup>

Enfin, les années 1995-2000 marquent une véritable régression, les études infirmiers de secteur psychiatrique sont supprimées, le nombre de lits diminue. L'hôpital psychiatrique n'est dorénavant plus considéré « comme un lieu de vie mais comme un lieu de passage »<sup>101</sup>. L'isolement, médicalisé, doit répondre à un certain nombre de normes de qualité afin que l'établissement soit accrédité. Ainsi légitimés, « isolement et contention cessent d'être interrogés et s'inscrivent dans la prise en charge normale des patients susceptibles de s'agiter »<sup>102</sup>.

Aujourd'hui, la liberté d'aller et venir peut être définie comme « une composante de la liberté individuelle, [...] inhérente à la personne humaine »<sup>103</sup>, cela signifie que la liberté d'aller et venir d'une personne hospitalisée dans un établissement de santé s'apprécie « tant au regard de sa libre circulation à l'intérieur de la structure que la possibilité qui lui est laissée de mener une vie ordinaire au sein d'un établissement qu'elle a choisi »<sup>104</sup> De plus,

---

<sup>98</sup> FRIARD D., « *Brève histoire de l'enfermement* ». Dossier « La liberté d'aller et venir en psychiatrie », Santé mentale n° 199, Juin 2015.

<sup>99</sup> Circulaire du 15 Mars 1960 relative au plan directeur des hôpitaux psychiatriques anciens

<sup>100</sup> FRIARD D., « *Brève histoire de l'enfermement* ». Dossier « La liberté d'aller et venir en psychiatrie », Santé mentale n° 199, Juin 2015, p.40-41

<sup>101</sup> *Ibid*

<sup>102</sup> *Ibid*

<sup>103</sup> Recommandations éditées après la conférence de consensus des 24 et 25 Novembre 2004 sur le thème de la « Liberté d'aller et venir dans les établissements sanitaires et médico-sociaux et obligation de soins et de sécurité ». In : LEVRAY N. « *10 questions sur la liberté d'aller et venir dans les établissements* », 25/07/2014, Lagazettesdescommunes.com, consulté le 3 Juillet 2022.

<sup>104</sup> LEVRAY N. « *10 questions sur la liberté d'aller et venir dans les établissements* », 25/07/2014, Lagazettesdescommunes.com, consulté le 3 Juillet 2022.

« cette liberté fondamentale s'interprète de façon extensive et s'appuie sur les notions d'autonomie, de vie privée et de dignité de la personne »<sup>105</sup>.

Dès lors, il s'agira de démontrer que le cadre légal de la liberté d'aller et venir est le fruit de l'influence internationale sur la législation nationale (I.). Puis, il faudra démontrer que malgré un cadre juridique complexe, des atteintes à la liberté d'aller et venir sont commises (II.).

## **I. Le cadre légal de la liberté d'aller et venir : de la source internationale à la législation nationale**

La liberté d'aller et venir en établissements psychiatriques a été régie par des sources internationales (A.) influençant le cadre national (B.).

### **A. Un cadre international et européen**

Les instruments de protection des droits et libertés fondamentales internationaux et européens ont non seulement permis d'affirmer la liberté d'aller et venir comme une liberté fondamentale (1.) mais également d'en encadrer les restrictions (2.)

#### **1. La liberté d'aller et venir déclamée dans les textes européens**

Le protocole additionnel n°4 de la convention européenne des droits de l'Homme confirme cette valeur constitutionnelle : « toute personne qui se trouve régulièrement sur le territoire d'un État a le droit d'y circuler librement et d'y choisir librement sa résidence, toute personne est libre de quitter n'importe quel pays, y compris le sien, et que l'exercice de ces droits ne peut faire l'objet d'autres restrictions que celles qui, prévues par la loi, constituent des mesures nécessaires à la sécurité nationale, à la sûreté publique, à la protection de la santé ou de la morale ou à la protection des droits et libertés d'autrui ».

---

<sup>105</sup>LEVRAY N. « 10 questions sur la liberté d'aller et venir dans les établissements », 25/07/2014, Lagazettedescommunes.com, consulté le 3 Juillet 2022..

Cependant, selon l'article 8A du traité de Rome sur l'Union Européenne : « Les soins sans consentement sont susceptibles de porter atteinte à la liberté d'aller et venir, car en confinant les malades entre les murs de l'hôpital ou de leur domicile, ils limitent ou privent les intéressés de cette liberté personnelle ». Dès lors, cette liberté, et notamment les restrictions qui peuvent y être opposées, doivent faire l'objet d'un cadre réglementaire précis, afin d'éviter les dérives.

## 2. Des restrictions encadrées

Les restrictions possibles à la liberté d'aller et venir sont conditionnées à deux éléments. La restriction doit être nécessaire à la protection de l'intérêt général, et être strictement encadrée par la loi<sup>106</sup>. Dès lors, dans un arrêt de 1979<sup>107</sup>, la CEDH a donné trois critères afin qu'une mesure privative de liberté dans un service psychiatrique respecte la convention Européenne des Droits de l'Homme et soit donc conventionnelle : tout d'abord, la pathologie du patient doit être établie de manière certaine par une expertise médicale. Puis, la pathologie doit justifier, de par son importance ou sa gravité, une intervention médicale immédiate. Il faudra alors démontrer systématiquement le caractère proportionné de la contrainte. Enfin, la mesure privative de liberté doit être limitée à ce qui est nécessaire. Ces conditions suivent également les recommandations de 2004 du conseil de l'Europe, qui indique à son article 8 : « les personnes atteintes de troubles psychiatriques devraient avoir le droit d'être soignées dans l'environnement disponible le moins restrictif possible et de bénéficier du traitement disponible 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 »<sup>108</sup>.

Le 21 mars 2017, le Comité de prévention de la torture du Conseil de l'Europe (CPT) rend un avis sur les moyens de contention dans les établissements psychiatriques pour adultes. Celui-ci considère alors que « le traitement involontaire devrait répondre à des signes et à des symptômes cliniques spécifiques ; il doit être proportionné à l'état de santé de la personne, faire partie d'un plan de traitement écrit ; être consigné par écrit, avoir pour objectif le recours, aussi rapidement que possible, à un traitement acceptable par la personne.

---

<sup>106</sup>PECHILLON É. , JONAS C. « Liberté d'aller et venir : que dit le droit ? », dossier « La liberté d'aller et venir en psychiatrie », santé mentale n°199, Juin 2015

<sup>107</sup>C.E.D.H., *Winterwerp c./ Pays-Bas*, req. n°6301/73, 24 oct. 1979, série A n°33, §39, pp. 17-18; [www.hudoc.echr.coe.int](http://www.hudoc.echr.coe.int)

<sup>108</sup>Conseil de l'Europe, Recommandation 2004(10) relative à la protection des droits de l'homme et de la dignité des personnes atteintes de troubles mentaux

Le plan de traitement doit être élaboré après consultation de la personne concernée et, le cas échéant, de sa personne de confiance, ou du représentant ; il doit être réexaminé à des intervalles appropriés et, si nécessaire, modifié, chaque fois que cela est possible, après consultation de la personne concernée, et, le cas échéant, de sa personne de confiance, ou du représentant de la personne concernée »<sup>109</sup>. Le CPT précise par ailleurs que la contention doit être une réponse réservée à des « cas exceptionnels », apportée en dernier ressort, conformément aux principes de légalité, de nécessité, de proportionnalité et de responsabilité et pour la durée la plus courte possible. Elle précise que les moyens de contention sont des mesures de sécurité qui ne peuvent avoir aucune justification thérapeutique et ne doivent jamais être utilisées à titre de sanction ni pour faciliter simplement la tâche du personnel.

Ainsi, le cadre légal de la liberté d'aller et venir est fortement influencé par l'échelle européenne et internationale, incitant les établissements de santé à avoir des pratiques plus respectueuses de cette liberté.

## **B. Le cadre législatif national et les pratiques des établissements de santé reflétant les textes européens**

En France, la législation concernant la liberté d'aller et venir dans les établissements psychiatriques a été influencée par les textes internationaux et européens (1.) ce qui a permis aux services psychiatriques d'essayer de développer des pratiques respectueuses de ces textes (2.).

### 1. Une législation nationale sous l'influence des conventions européennes

La liberté normative du législateur étant limitée par le respect du bloc de constitutionnalité, contrôlé par le conseil constitutionnel ainsi que par le respect de la Convention européenne des droits de l'Homme (contrôle de conventionnalité), le législateur doit se plier aux exigences de la CEDH afin que les restrictions données à la liberté d'aller et venir soient dites « conventionnelles ».

---

<sup>109</sup>« Rapport d'activité 2021 », le contrôleur général des lieux de privation de liberté. Dalloz, Paris, p.28



En France, la liberté d'aller et venir se voit attribuer une valeur constitutionnelle par deux décisions du conseil constitutionnel, datant de 1979 et 2006, rattachée au principe de liberté de la Déclaration des droits de l'homme et du citoyen de 1789. Au sein des établissements de santé, la liberté d'aller et venir relève du respect des droits du malade et de l'utilisateur, affirmés par les lois du 4 Mars 2002 et du 2 Janvier 2002.

Les mesures d'isolement et de contention sont des mesures de restriction de liberté encadrées par l'article L.3222-5-1 du CSP. Cet article dispose que l'isolement et la contention sont « des pratiques de dernier recours » dont le but est de « prévenir un dommage immédiat ou imminent pour le patient ou autrui ». La décision est alors prise par un psychiatre, elle doit être « motivée, adaptée, nécessaire et proportionnée au risque ». La mesure d'isolement ne peut être prise que pour « une durée maximale de douze heures » et « peut être renouvelée par périodes maximales de douze heures dans les mêmes conditions et selon les mêmes modalités, dans la limite d'une durée totale de quarante-huit heures ». Quant à la mesure de contention, elle « est prise dans le cadre d'une mesure d'isolement pour une durée maximale de six heures » et peut être renouvelée « par périodes maximales de six heures dans les mêmes conditions et selon les mêmes modalités, dans la limite d'une durée totale de vingt-quatre heures ».

Le principe de liberté d'aller et venir est valable quel que soit l'état de discernement de la personne. Ainsi, « tout placement non consenti est, en principe, illégal »<sup>110</sup>. Si un usager fait l'objet d'une mesure de protection juridique des majeurs et est inapte à exprimer son consentement, c'est le consentement de son représentant légal qui sera recherché.

Pour ce qui est du contrôle juridictionnel de l'isolement et de la détention, la loi n°2022-46 du 22 Janvier 2022 fait suite à trois censures de l'article L.3222-5-1 du code de la santé publique par le conseil constitutionnel : « en juin 2020, car le texte qui depuis 2016 définit et autorise l'isolement et la contention, ne prévoyait pas de contrôle de ces décisions par un juge ; en juin 2021, car le texte adopté à la suite de cette censure ne prévoyait pas un contrôle effectif, mais une simple information du juge ; en décembre 2021, car le texte adopté l'avait été sous la forme d'un « cavalier législatif ». Dès lors, le conseil constitutionnel se fait le garant des conventions européennes, en protégeant le bloc de constitutionnalité.

---

<sup>110</sup>LEVRAY N. « 10 questions sur la liberté d'aller et venir dans les établissements », 25/07/2014, Lagazettedescommunes.com, consulté le 3 Juillet 2022.

## 2. Les pratiques des services psychiatriques reflétant les principes des textes européens

Les services psychiatriques des établissements de santé reflètent pour la plupart une volonté de s'adapter et de se mettre en accord avec les exigences des législateurs. Un document réalisé par le comité d'éthique du centre psycho-thérapeutique de Nancy sur la liberté d'aller et venir dans les services pour chaque patient, reprend sept conditions pour encadrer les restrictions à la liberté d'aller et venir des patients. On y lit que « lorsque s'impose la limitation d'aller et venir d'un patient, celle-ci nécessite à chaque fois : 1. d'être pensée dans le cadre du soin ; 2. de porter en elle-même une dimension structurante et/ou de contenance ; 3. d'être réfléchie, élaborée et portée concrètement en équipe, à plusieurs, ce qui implique de « prendre soin » de l'équipe, des liens entre les personnes qui la composent, et une prise en compte de la parole et des besoins de chacun au niveau de l'organisation et de la vie du service ; 4. d'être parlée au patient, de façon à ce que le positionnement porté par l'équipe soit explicité dans son intentionnalité, puisse prendre sens et que le patient se sente entendu et respecté autant que possible malgré l'atteinte que cette limitation peut constituer pour lui ; 5. que cette forme d'atteinte qu'il peut ressentir et vivre puisse s'exprimer et être reconnue ; 6. que cette limitation soit remise au travail à échéances régulières et courtes dans le même état d'esprit. Les questionnements doivent pouvoir s'exprimer et être pris en compte autant que possible, du côté du patient comme du côté des soignants ; 7. La vigilance vis-à-vis du patient et le dialogue doivent permettre le passage à la reprise de ses droits et de ses rênes à lui, dans le lien à l'équipe. L'élaboration de ce passage avec ses interlocuteurs thérapeutiques doit alors pouvoir se poursuivre ». Ainsi, ce document élaboré avec des sources juridiques et théoriques démontre la volonté des établissements de santé de s'aligner sur la position du conseil de l'Europe, transmise à travers les textes législatifs.

De plus, si quatre raisons sont invoquées dans le document pour justifier des restrictions au principe fondamental d'aller et venir, elles sont cependant très encadrées. Le document aborde ainsi des raisons architecturales, liées à l'urbanisme mais rappelle que l'architecture « se doit d'être évolutive », chaque structure devant concilier les éventuelles restrictions à la liberté d'aller et venir, le respect de la vie privée et de la dignité ainsi que l'exercice d'une vie sociale et dynamique. Puis, les raisons organisationnelles telles que les contraintes d'horaires des soins, horaires des visites sont acceptés mais ne peuvent justifier des limitations systématiques. Les établissements de santé doivent certes prendre en compte

le programme de soins dans l'organisation de la journée du patient mais aussi le projet de vie de la personne et ses besoins. Les restrictions d'aller et venir doivent ainsi être codifiées dans le règlement intérieur, qui doit être évolutif en fonction des besoins des personnes et de l'offre de soin. De plus, s'il peut y avoir des raisons sécuritaires aux restrictions, dans un objectif de protection de la personne contre elle-même et contre autrui, celles-ci doivent répondre à des conditions précises et justifiées telles que des contraintes de la réalisation des soins, la protection de la personne et des tiers ou encore la protection de la vie collective. Enfin, si les raisons médicales peuvent constituer une contrainte dans la liberté d'aller et venir du patient, la loi du 4 mars 2002 insert le droit à l'information des personnes afin de leur permettre d'exprimer leur consentement. Dès lors, les contraintes de soin ou de prise en charge et d'accompagnement individuel doivent être expliquées à la personne afin d'obtenir ou de rechercher son consentement aux restrictions.

Malgré un cadre législatif complexe issu de l'influence des instruments de protection des droits et libertés fondamentales à échelle internationale et européenne, la liberté d'aller et venir subit des atteintes.

## **II. Des atteintes à la liberté d'aller et venir**

Dans les établissements psychiatriques, la liberté d'aller et venir fait l'objet d'atteintes de plus en plus importantes. En effet, la proportion de patients isolés et placés sous contention s'est accrue depuis 4 ans, alors qu'une réglementation spécifique a été mise en place<sup>111</sup>. De plus, en 2004, la fédération hospitalière de France a organisé une conférence de consensus sur le thème de la liberté d'aller et venir dans les établissements de santé<sup>112</sup>. Cette conférence intervient dans un contexte de montée des situations de violence dans les institutions psychiatriques, « liées à des patients sous contraintes, le manque d'effectifs, la question de surveillance et de responsabilité, les problèmes d'architecture et de cohabitation

---

<sup>111</sup> « Rapport d'activité 2021 », le contrôleur général des lieux de privation de liberté. Dalloz, Paris, p.28

<sup>112</sup> « Liberté d'aller et venir dans les établissements sanitaires et médico-sociaux », Ouvrage collectif coordonné par David Causse sous le parrainage de l'Anaes et de la FHF (Éditions ENSP 2005). In : BANTMAN P. « La Liberté d'aller et venir en psychiatrie. Entre l'exigence de la loi, l'éthique et la réalité des pratiques. Cinq ans après la conférence de consensus, ou en sommes-nous ? », L'information psychiatrique, vol. 86, no. 4, 2010, pp. 293-297.

des patients »<sup>113</sup>. Cinq ans plus tard, au moment de dresser un bilan de la conférence nationale de 2004, l'auteur, Patrick Bantman conclut que rien n'a réellement changé. Alors que le discours de Nicolas Sarkozy à Antony et les recommandations qui s'en sont suivies auraient du faire changer les choses, l'auteur a « le sentiment que les choses n'ont pas évolué »<sup>114</sup>. Cette position est également rappelée dans la circulaire dite Simone Weil (19 juillet 1993) qui précise que « les patients en hospitalisation libre ne peuvent en aucun cas être installés dans les services fermés à clef, ni a fortiori dans des chambres verrouillées et que "l'atteinte à la liberté d'aller et venir librement" ne peut se réaliser que pour des raisons tenant à la sécurité des malades et sur indications médicales »<sup>115</sup>. Dès lors, alors que les auteurs s'accordent à dire que la liberté d'aller et venir souffre d'atteintes, nous allons voir que cela est dû à la fois au régime juridique des soins sans consentement (A.) mais aussi du fait des établissements de santé eux-mêmes (B.)

### **A. Le régime juridique perfectible des soins sans consentement**

Le régime juridique des soins sans consentement possède quelques failles, notamment vis-à-vis de l'isolement et de la contention, qui sont mal maîtrisés (1.), ainsi que de la réintégration forcée à l'hôpital (2.).

#### **1. L'usage mal maîtrisé de l'isolement et de la contention**

Il faut tout d'abord rappeler que la contention a toujours existé, on en trouve en effet des traces et des récits dans l'Antiquité, au Moyen-Age, au siècle des Lumières. Ce sont les lois Pinel et Esquirol qui vont faire "de l'isolement et de la contention le concept central du traitement moral"<sup>116</sup>. Si la contention est remise en cause en Angleterre au début du XXème siècle, elle est encore utilisée dans de nombreux pays, dont le Canada, les Etats-Unis, la

---

<sup>113</sup>BANTMAN P. « *La Liberté d'aller et venir en psychiatrie. Entre l'exigence de la loi, l'éthique et la réalité des pratiques. Cinq ans après la conférence de consensus, ou en sommes-nous ?* », L'information psychiatrique, vol. 86, no. 4, 2010, pp. 293-297

<sup>114</sup>*Ibid*

<sup>115</sup>*Ibid*

<sup>116</sup>BERARD K. « *Les soins psychiatriques sans consentement en droit contemporain* ». Droit. Université Lyon 3 J. Moulin; IFROSS, 2017. Français. tel-03503641. p.431

Belgique, les Pays-Bas ou encore la Russie. Bien qu'elle existe depuis toujours, cette pratique reste contestée encore aujourd'hui, les scientifiques et médecins n'arrivant pas à s'accorder sur son utilité. Lors de sa conférence sur le thème de la liberté d'aller et venir dans les établissements de santé<sup>117</sup>, la fédération hospitalière de France a abordé le sujet de l'usage de l'isolement et de la contention. Il en est alors ressorti que l'isolement et la contention faisaient l'objet de débats quant à leur efficacité, et qu'il existait des divergences au sein de la communauté scientifique sur son usage. En effet, une étude réalisée en 1996<sup>118</sup> constate qu'un accident grave aurait eu lieu dans près de 50% des services de psychiatrie en France lors d'une mise en chambre d'isolement. Dès lors, «entre la prison et l'hôpital psychiatrique, la frontière est parfois ténue»<sup>119</sup>. Dominique Friard indiqua ainsi que: « Soyons clairs, il y a moins de différences entre une cellule des ex-Quartiers de Haute Sécurité (QHS) et une cellule normale de Maison d'Arrêt qu'entre une chambre normale d'hôpital et une chambre d'isolement. Les Q.H.S. ont été abolis, pas les chambres d'isolement »<sup>120</sup>. Pour Elodie Canut, « [La mise en chambre d'isolement] est un soin "borderline" situé à la frontière entre acte thérapeutique et traitement inhumain et dégradant »<sup>121</sup>. De plus, les controverses ont longtemps porté sur le fait que ces pratiques étaient dénuées de sécurité juridique, ni l'isolement, ni la contention ne figurant dans la loi du 27 Juin 1990.

Enfin, ces mesures questionnent également car elles peuvent être détournées, pour punir le patient ou dans un souci d'organisation du service. Ainsi, en 2013, Danièle Hagen, cadre de santé référente du collectif psychiatrie de la coordination nationale des infirmiers, a reconnu que cette pratique dépendait de plusieurs facteurs tels que l'organisation des locaux et l'expérience de l'équipe : « Quand une équipe a peur, il est certain que le médecin va prescrire des contentions »<sup>122</sup>.

---

<sup>117</sup>A.N.A.E.S., Conférence de consensus. Liberté d'aller et venir dans les établissements sanitaires et médicosociaux et obligation de soins et de sécurité, 24 et 25 nov. 2004, 32 p., [www.has-sante.fr](http://www.has-sante.fr). In : BANTMAN P., « *La liberté d'aller et venir en psychiatrie, entre l'exigence de la loi, l'éthique et la réalité des pratiques. Cinq ans après la conférence de consensus, ou en sommes-nous ?* », L'information psychiatrique, 2010/4, Vol. 86, pp. 293- 297.

<sup>118</sup>MORELLO R., RIOU M., MOREL P., « *Les chambres d'isolement en milieu psychiatrique* », Revue d'épidémiologie et de santé publique, 1996, n°44, pp. 214-220 cité par CANUT E., « *La mise en chambre d'isolement, un soin difficilement conciliable avec la protection de certains droits et des libertés fondamentales* », in LAUDE A. (dir.), Consentement et santé, pp. 271-285

<sup>119</sup>BERARD K. « *Les soins psychiatriques sans consentement en droit contemporain* ». Droit. Université Lyon 3 J. Moulin; IFROSS, 2017. Français. tel-03503641. p.433

<sup>120</sup>FRIARD D., « *L'isolement en psychiatrie : séquestration ou soin* », Ed. Hospitalières, Vincennes, 1998, 229 p., p. 49.

<sup>121</sup>CANUT E., « *La mise en chambre d'isolement, un soin difficilement conciliable avec la protection de certains droits et des libertés fondamentales* », pp. 271-285.

<sup>122</sup>ROBILIARD D., « *Rapport d'information n°1662 en conclusion des travaux de la mission sur la santé mentale et l'avenir de la psychiatrie* ». p. 36

Ainsi, non seulement l'efficacité de la contention et de l'isolement reste encore à démontrer, mais elle peut également être mal employée par le personnel de soins.

## 2. La réintégration forcée à l'hôpital : un dilemme juridique

La réintégration forcée à l'hôpital intervient en cas de sortie non autorisée ou en cas de non-respect du programme de soins.

Pendant longtemps, les sorties non-autorisées ont été qualifiées d'« évasion », avant d'être remplacées par le terme « sortie sans autorisation » par une circulaire du 11 Mai 1978<sup>123</sup>. Le terme « évasion » posait problème car il ne comportait aucune dimension sanitaire à la fugue. Il ne s'agissait que d'une fugue d'un individu potentiellement dangereux, qui nécessitait des recherches du personnel de l'établissement, l'intervention des services de police ainsi que l'alerte des membres de la famille, en accord avec la circulaire du 9 Décembre 1968 qui vient préciser les mesures immédiates à prendre en cas d'évasion. En somme, cette circulaire rend compte davantage de mesures propres à contenir la dangerosité du patient, plutôt que des mesures prenant en compte l'aspect sanitaire de la fugue. C'est donc la circulaire du 11 Mai 1978 qui introduit une dimension sanitaire dans le cadre des fugues. Dès lors, « la question de la sécurité des tiers en cas de sortie sans autorisation d'un patient en soins sans consentement continue de se poser avec la plus grande acuité. Ce sujet interroge à son tour, l'exercice délicat de conciliation des libertés individuelles et de la sécurité publique. »<sup>124</sup>

Pour ce qui est du non-respect du programme de soins, la loi du 27 Septembre 2013 a imposé, en théorie, l'absence de contrainte en ambulatoire malgré la volonté inopérante du patient. Cependant, en pratique, cette absence de volonté peut entraîner la réintégration forcée du patient en milieu hospitalier, et ce, au détriment de ses droits. Premièrement, les soins sans consentement relevant d'un programme de soins ne sont pas susceptibles d'exécution forcée « bien que les termes utilisés par le conseil constitutionnel aient maintenue une certaine

---

<sup>123</sup>Circulaire n°1029 du 11 mai 1978 relative aux accidents ou incidents survenus dans les établissements sanitaires et sociaux, [www.ascodocpsy.org](http://www.ascodocpsy.org)

<sup>124</sup>BERARD K. « *Les soins psychiatriques sans consentement en droit contemporain* ». Droit. Université Lyon 3 J. Moulin; IFROSS, 2017. Français. tel-03503641. p.433

ambiguïté »<sup>125</sup>. Le principe du programme de soins est complexe, il se situe « entre la mesure de soins sans consentement et l'obligation de soins »<sup>126</sup>. En effet, aucune mesure de contrainte ne peut être réalisée à l'égard d'un patient ayant un programme de soins, alors que, dans le cadre des soins ambulatoires, le patient doit respecter le rythme des soins proposés. Cependant, « l'atteinte aux libertés est inhérent à cette modalité de traitement ou peut résulter de son usage abusif »<sup>127</sup>. Ceci a été confirmé par la Commission nationale consultative des droits de l'Homme (C.N.C.D.H) dans un avis du 22 Mars 2012 : « la loi reste vague à propos des aspects concrets de la contrainte [...] les atteintes possibles aux droits sont réelles, peuvent s'étendre du lieu de vie à l'entourage et aux relations du patient »<sup>128</sup>. La réintégration forcée du patient à l'hôpital pose alors des difficultés juridiques : lorsqu'un patient ne respecte pas le contenu du programme, le psychiatre doit s'interroger sur la part de libre-arbitre qu'il lui laisse ainsi que sur les risques encourus par cette situation. La réflexion du psychiatre doit ainsi tenir compte à la fois du respect de la liberté individuelle du patient, du principe de précaution, mais aussi de sa responsabilité pénale. Le programme de soin doit alors être différencié de l'obligation de soins. Si, dans le second cas, les soins sont obligatoires et ont une visée punitive, dans le premier cas, le patient reste libre de suivre ou non les soins qui lui sont recommandés. En théorie, le médecin ne peut que proposer une réhospitalisation, mais en pratique il « l'impose en provoquant la réhospitalisation »<sup>129</sup>.

## **B. Des restrictions de liberté anormales entraînant des conséquences pénales**

Des restrictions de liberté considérées comme anormales sont constatées dans le bilan du C.G.L.P.L. (1.), qui donnent alors lieu à des conséquences (2.)

---

<sup>125</sup>BERARD K. « *Les soins psychiatriques sans consentement en droit contemporain* ». Droit. Université Lyon 3 J. Moulin; IFROSS, 2017. Français. tel-03503641. p.448

<sup>126</sup>THERON S., « *Regards critiques sur une modalité ambivalente de soins psychiatriques : les soins ambulatoires sans consentement* », op. cit., p. 212. V. COUTURIER M., « Les paradoxes de la contrainte et du consentement dans les programmes de soins en psychiatrie », Rhizome, n°53, août 2014, pp. 5-6

<sup>127</sup>BERARD K. « *Les soins psychiatriques sans consentement en droit contemporain* ». Droit. Université Lyon 3 J. Moulin; IFROSS, 2017. Français. tel-03503641. p.449

<sup>128</sup>C.N.C.D.H., 22 mars 2012, avis sur les premiers effets de la réforme des soins psychiatriques sans consentement sur les droits des malades mentaux

<sup>129</sup>PENA A., « *Internement psychiatrique, liberté individuelle et dualisme juridictionnel : la nouvelle donne* », R.F.D.A., 2011, n°951

## 1. Le bilan du C.G.L.P.L. : un bilan négatif vis-à-vis des restrictions de liberté

« Certaines restrictions de liberté sont anormales » : pour la Contrôleuse générale des lieux de privation de liberté, Adeline Hazan, le respect de la liberté d'aller et venir pose des problèmes dans les établissements psychiatriques. Tout d'abord, elle rappelle que « Les questions relatives aux droits des patients hospitalisés sans consentement, ainsi que celles relatives à la prise en charge psychiatrique des personnes privées de liberté, sont trop peu présentes dans le débat public en France, alors qu'elles posent de véritables problèmes quant aux droits fondamentaux »<sup>130</sup>. Et en effet, la CGLPL relève de nombreuses atteintes à la liberté d'aller et venir dans les établissements psychiatriques visités dans le cadre du contrôle exercé par le CGLPL. Premièrement, la contrôleuse déplore que « Trop souvent, l'enfermement entraîne une infantilisation et une déresponsabilisation des personnes ».

Puis, la CGLPL remarque que « des unités visitées ont les portes fermées, pour des motifs assez flous, alors que ces unités hébergent également des patients admis en soins libres, ce qui pose question au regard de la liberté d'aller et venir »<sup>131</sup>. Ce constat a également été fait par le GIA (groupe information asiles) qui dénonce le fait que « même dans la plupart des services de psychiatrie dits libres, les portes soient fermées et qu'il faille attendre, parfois longtemps, et en vain, le bon vouloir de tel membre du personnel pour sortir ne serait-ce que dans la cour »<sup>132</sup>. Adeline Hazan analyse alors que des restrictions anormales de la liberté d'aller et venir ont lieu dans deux cas : premièrement, le fait que la direction des établissements conditionne les sorties des patients à un accompagnement par des soignants, même si les psychiatres estiment que l'état du malade ne le justifie pas, ce qui est contraire aux dispositions du code de la santé publique. . Puis, pour les sorties des patients en soins à la demande d'un tiers hors de l'établissement, les préfets imposent parfois aux établissements des conditions supplémentaires ne correspondant pas aux prescriptions médicales.

Enfin, la CGLPL constate des séjours très longs en établissement psychiatriques, qui ne se justifient pas par l'état clinique du patient mais par l'absence de places dans des

---

<sup>130</sup>HAZAN A., « *Certaines restrictions de liberté sont anormales* », Dossier « La liberté d'aller et venir en psychiatrie », Santé mentale n°199, Juin 2015, p.37.

<sup>131</sup>*Ibid.* p.38.

<sup>132</sup>MAILLARD-DÉCHENANS N., « *Ils t'attrapent, ils t'attachent, te serrent fort...* », Dossier « La liberté d'aller et venir en psychiatrie », Santé mentale n°199, Juin 2015, p.42.



structures spécialisées<sup>133</sup>. Celle-ci remarque alors que le placement à l'isolement manque de traçabilité, ce qui met les contrôleurs dans l'impossibilité de connaître avec certitude le nombre d'isolements et leurs motifs. De plus, « les conditions dans lesquelles séjournent les patients placés à l'isolement sont parfois inacceptables ». La CGLPL recense alors les chambres anxiogènes car trop petites, l'absence d'horloge entraînant une perte de repères temporels, l'absence de boutons d'appel, l'absence de sanitaire.

## 2. Les conséquences de ces atteintes

A l'origine, le conseil d'État, juge suprême de l'ordre administratif, n'était pas d'un grand secours pour les aliénés qui souhaitaient contester leur placement. EN effet, dans une décision du 20 Décembre 1855, celui-ci avait décidé que l'ordre préfectoral de placement d'office était « un acte de police administrative insusceptible d'aucune appréciation par la voie contentieuse »<sup>134</sup>. Dès lors, le Conseil d'État s'était déclaré « incompetent pour connaître de contentieux relatif à la décision d'hospitalisation forcée »<sup>135</sup> dans une décision du 16 Décembre 1881. En ce qui concerne la Cour de cassation, celle-ci allait dans le même sens que le Conseil d'État. En effet, dans un arrêt du 18 Février 1842, la Cour de cassation avait « décidé que l'article 341 ancien du code pénal réprimant le crime de séquestration arbitraire était inapplicable au fait d'internement illicite sous prétexte d'aliénation mentale, renvoyant aux dispositions pénales de la loi du 30 juin 1838 »<sup>136</sup>.

Aujourd'hui, la jurisprudence considère que le fait de placer ou de maintenir une personne contre son gré dans un établissement de santé peut constituer une faute civile. Dès lors, la victime d'une limitation ou d'une suppression de liberté d'aller et venir peut demander des dommages et intérêts, en application de l'article 1382 du code civil. Celui-ci dispose en effet que « Tout fait quelconque de l'homme, qui cause à autrui un dommage, oblige celui par la faute duquel il est arrivé à le réparer ».

---

<sup>133</sup>HAZAN A., « Certaines restrictions de liberté sont anormales », Dossier « La liberté d'aller et venir en psychiatrie », Santé mentale n°199, Juin 2015, p.39.

<sup>134</sup>C.E., 20 déc. 1855, *Commune d'Issoudun*, rec. p 759 ; S., 1856, p. 439. Cité par KISSANGOULA J., « Libertés individuelles et hospitalisation sans consentement », p. 92.

<sup>135</sup>C.E., 16 déc. 1881, *Département de la Sarthe*, rec. p. 980.

<sup>136</sup>BERARD K. « *Les soins psychiatriques sans consentement en droit contemporain* ». Droit. Université Lyon 3 J. Moulin; IFROSS, 2017. Français. tel-03503641. p.476

Également, le fait d'empêcher une personne de circuler librement, de l'enfermer ou de la soumettre à une contention physique peut être sanctionné de manière pénale. Dès lors, les violences légères sans incapacité de travail sont punies d'une contravention de 4ème classe en application de l'article R.624-1 du code pénal. En ce qui concerne la contention systématique non prescrite par un médecin, ou l'enfermement d'une personne, une peine maximale de trois ans d'emprisonnement et de 45 000 euros d'amende est prévue. De plus, l'article 222-14 du code pénal prévoit que les violences habituelles sur personne vulnérable sont punies de cinq à trente ans de prison et d'une amende de 75 000 à 150 000 euros, selon leur gravité. Enfin, l'article 224-1 et 224-2 du code pénal disposent que tout individu qui retient indûment une personne dans un établissement d'hébergement et a conscience de la priver, sans droit, de sa liberté, commet une séquestration arbitraire punie d'une peine d'emprisonnement de cinq à vingt ans et d'une amende de 75 000 euros.

En somme, la liberté d'aller et venir est une liberté très importante dans le cadre des soins psychiatriques. Cependant celle-ci subit des restrictions et des atteintes, tout comme d'autres libertés fondamentales.

## **Section 2 : Les autres droits sujets à des atteintes dans le cadre des soins psychiatriques**

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.<sup>137</sup> Cette alliance thérapeutique se base sur le respect du droit à l'information et au consentement (I.), mais aussi sur le respect de la dignité et de la vie privée des patients (II.).

---

<sup>137</sup>Rapport C.G.L.P.L. « Soins sans consentement et droits fondamentaux », Dalloz, 2020, p.135

## **I. Le droit à l'information et au consentement**

Alors que le droit à l'information constitue un prérequis fondamental pour le patient, afin de lui permettre d'exercer pleinement son droit au consentement (A.), il existe un réel déficit d'informations, constituant une atteinte aux libertés fondamentales des patients en soins psychiatriques (B.)

### **A) Le droit à l'information : une conditions nécessaire à l'exercice du droit au consentement par le patient**

Le droit à l'information est un droit capital (1.), permettant au patient d'exercer et son droit au consentement dans de bonnes conditions (2.)

#### **1. Le droit à l'information : un droit permettant le consentement éclairé du patient**

Dans le cadre des soins psychiatriques, la notion de consentement occupe une place centrale. Cependant, le consentement fait l'objet de vives discussions du fait des fluctuations importantes de la volonté des personnes atteintes d'un trouble psychiatrique. De plus, les soins sans consentement introduisent également la notion de contrainte, qui fait alors disparaître tous les fondements juridiques et philosophiques attachés au consentement. L'obligation d'information intervient alors comme un droit palliant les fragilités naturelles causées par la vulnérabilité des malades. Dès lors, la notion de consentement est intimement liée à celle de l'obligation d'information du soignant.

Le consentement est l'expression du droit à l'autodétermination de la personne humaine, entériné par la cours de cassation<sup>138</sup> « qui a fondé la responsabilité en cas de manquement au devoir d'information, non plus sur la perte de chance, mais sur la violation d'un droit subjectif du patient »<sup>139</sup>. Cependant, malgré ces avancées juridiques, la relation de soins reste asymétrique, c'est pourquoi il est nécessaire de concilier le respect du consentement avec les besoins thérapeutiques.

---

<sup>138</sup>Cass. civ. 1ère, 3 juin 2010, n°09-13.591, Bull. civ. I, n°128 ; [www.legifrance.gouv.fr](http://www.legifrance.gouv.fr)

<sup>139</sup>BERARD K. « *Les soins psychiatriques sans consentement en droit contemporain* ». Droit. Université Lyon 3 J. Moulin; IFROSS, 2017. Français. tel-03503641. p.407

Selon Jean-Jacques Rousseau<sup>140</sup>, le consentement suppose une sollicitation appelant une adhésion, il ne peut donc y avoir de consentement lorsqu'il y a contrainte, de même qu'il n'y a pas de consentement si la personne ne sait pas à quoi elle consent. Ceci rend le consentement intimement lié à la notion d'information

## 2. La recherche de consentement : un droit inaliénable au statut de patient, même dans le cadre des soins psychiatriques

Le consentement au cours du parcours de soin : Le consentement est érigé comme droit fondamental par la loi 4 mars 2002, dite loi Kouchner. Ce droit a pour conséquence d'être informé sur son état de santé. Dès lors, l'article L.111-4 du CSP 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 peut être réalisée, sauf urgence ou impossibilité, sans que la personne de confiance prévue à l'article L.1111-6 du CSP, ou la famille, ou à défaut, un de ses proches ait été consulté ». Or, la seule exception demeure les soins psychiatriques « qui peuvent être imposés sans consentement »<sup>141</sup>. En effet, si la loi de 2011 pose le principe du consentement aux soins des personnes atteintes de troubles psychiatriques, elle énonce également l'exception des soins sans consentement. L'article R.4127-36 du code de la santé publique rappelle que le consentement doit être recherché dans tous les cas et doit être « une des priorités de la prise en charge des patients admis en soins sans consentement ». Ainsi, « 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 acteur de ses soins dans le cadre de l'alliance thérapeutique. »<sup>142</sup>. Or, les visites du C.G.L.P.L n'ont que rarement constaté l'alliance thérapeutique.

---

<sup>140</sup>ROUSSEAU (J.-J.), *Du contrat social*, I, 3,

<sup>141</sup>Rapport C.G.L.P.L. « Soins sans consentement et droits fondamentaux », Dalloz, 2020, p.131

<sup>142</sup>*Ibid*

L'exigence du respect de la volonté des patients en soins sans consentement est mentionné dans un avis du Comité consultatif national d'éthique (C.C.N.E.), qui rappelle que : « un soin ne se limite jamais à un traitement, car il implique un accompagnement, une écoute et un respect de la personne soignée qui, par essence, ne peuvent pas faire l'objet d'un refus, et sans lesquels il n'est pas de véritable démarche médicale. Un refus de traitement ne doit jamais être compris comme un refus de soins, même si un refus de soins doit pouvoir être lui aussi envisagé dans sa réalité »<sup>143</sup>. Dès lors, « un soin sans consentement ne suppose pas une obligation de traitement »<sup>144</sup>. Dans le même avis, le C.C.N.E émet alors de nombreux conseils et préconise notamment de tout faire pour éviter que les décisions importantes soient prises en situation critique ou de promouvoir le sentiment de reconnaissance mutuelle.

La volonté des patients doit être prise en compte vis-à-vis des traitements qui leurs sont administrés. Dans un arrêt du 18 Juin 2012<sup>145</sup>, le tribunal administratif a ainsi affirmé que « Le droit pour le patient majeur de donner, lorsqu'il se trouve en état de l'exprimer, son consentement à un traitement médical, revêt le caractère d'une liberté fondamentale ». Il est donc nécessaire de recueillir le consentement au traitement du patient dès lors que celui-ci est en mesure de le donner.

Ainsi, la volonté des patients dans le cadre du régime juridique des soins sans consentement « est donc particulièrement protégée »<sup>146</sup>. Cependant, les atteintes au droit à l'information peuvent compromettre l'exercice de cette volonté.

## **B) Des atteintes au droit à l'information compromettant inévitablement l'exercice du droit au consentement du patient**

Alors que le droit à l'information est capitale dans l'exercice du droit au consentement du patient, les informations se révèlent insuffisantes non seulement quant au parcours de soin du patient (1.), mais aussi quant aux droits et recours dont il bénéficie (2.)

<sup>143</sup>CC.N.E., avis n°87 du 14 avril 2005, « *refus de traitement et autonomie de la personne* », [www.ccne-ethique.fr](http://www.ccne-ethique.fr).

<sup>144</sup>BERARD K. « *Les soins psychiatriques sans consentement en droit contemporain* ». Droit. Université Lyon 3 J. Moulin; IFROSS, 2017. Français. tel-03503641. p.410

<sup>145</sup>T.A. Rennes, 18 juin 2012, n°1202373, *Mme A. c/ C.H.S. Guillaume Régnier*, J.C.P. A. n°40, 8 oct. 2012, n°2321

<sup>146</sup>BERARD K. « *Les soins psychiatriques sans consentement en droit contemporain* ». Droit. Université Lyon 3 J. Moulin; IFROSS, 2017. Français. tel-03503641. p.414

## 1. Le déficit d'information relatives au parcours de soin du patient

Les informations relatives au parcours de soins doivent être accessibles au patient afin que celui-ci puisse connaître et comprendre sa situation, et prendre les décisions en toute connaissance de cause. Or, il existe non seulement un déficit d'information sur le libre-choix du médecin et de l'établissement de soin, mais aussi quant aux raisons qui ont justifié l'admission.

La loi du 31 Décembre 1970<sup>147</sup> reconnaît le droit au libre choix du praticien, qui figure aujourd'hui à l'article L.1110-8 du CSP. Dès lors, toute personne faisant l'objet de soins psychiatriques sans consentement ou sa famille, dispose du droit de s'adresser au praticien ou à l'équipe de santé mentale, publique ou privée, de son choix tant à l'intérieur qu'à l'extérieur du secteur psychiatrique correspondant à son lieu de résidence, sauf dans le cas où les soins auraient été ordonnés par l'autorité judiciaire. Cependant, le droit pour un patient d'être informé de sa possibilité de choisir le praticien ou l'établissement de son choix ne figure pas dans la loi, ce qui engendre le fait que la majorité des patients ignorent ce droit.

Puis, l'article 35 alinéa 2 du code de déontologie médicale prévoit une limitation thérapeutique au droit à l'information, qui tient au fait que celui-ci peut être limité, l'information devant être appropriée à l'état de santé du patient. Dès lors, il est possible de limiter l'information dans son étendue si le patient n'est pas en mesure de supporter l'information qui lui est donnée ou si celle-ci est susceptible de constituer un empêchement à la bonne efficacité des soins. Dès lors, le C.G.L.P.L. préconise aux soignants d'insérer systématiquement les modalités d'accès au dossier médical dans le livret d'accueil de l'établissement. L'accès au dossier médical a en effet pu poser problèmes à de nombreux patients, de manière contraire au droit à l'information. La France a ainsi été condamnée par la Cour Européenne des Droits de l'Homme en 2006<sup>148</sup> au motif que le délai d'accès aux dossiers d'hospitalisation psychiatrique était trop long et contraire à la Convention.

---

<sup>147</sup>Loi n°70-1320 du 31 déc. 1970 relative aux mesures sanitaires de lutte contre la toxicomanie, et la répression du trafic et de l'usage illicite des substances vénéneuses, J.O. du 3 janv. 1971, p. 74.

<sup>148</sup>C.E.D.H., 7 fév. 2006, *Donnadieu c./France*, req. n°9249/02, [www.hudoc.echr.coe.int](http://www.hudoc.echr.coe.int)

De plus, en ce qui concerne la notification des décisions, le C.G.L.P.L. constate que le plus souvent, lors du premier rendez-vous à l'arrivée du patient, le psychiatre explique bien au patient son mode d'admission mais la décision d'admission ne lui est notifiée qu'après avoir été formellement prise, à savoir un ou plusieurs jours après l'admission. Or, l'article L.3211-3 du CSP, mentionne qu'une personne faisant l'objet d'une mesure de soins sans consentement doit être informée « de manière appropriée 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. Cela lui permet alors d'être mise à même de faire valoir ses observations, par tout moyen et de manière appropriée à cet état. »

## 2. Un manque d'information sur les droits et recours des patients

A son arrivée, le patient doit bénéficier des informations quant à ces droits, et quant au recours dont il dispose pour faire valoir ses droits. Or, l'information dispensée aux patients est souvent incomplète sur certains points. Par exemple, « les personnes admises en soins sur décision du directeur de l'établissement ignorent que le tiers demandeur ou toute autre personne qui aurait pu l'être peut demander la levée de la mesure »<sup>149</sup>

De plus, l'information sur les droits pâtit également de certaines carences : « 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. »<sup>150</sup>. En effet, le C.G.L.P.L. a souvent constaté que les droits des patients « ne sont pas notifiés entièrement et plus largement expliqués ou commentés dans leur utilité »<sup>151</sup>. De surcroît, « 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 »<sup>152</sup>. Le C.G.L.P.L. constate également qu'il n'est jamais expliqué au patient qu'un de ses proches ou toute personne susceptible d'agir en son intérêt, dont la personne de confiance qu'il a désignée, peut exercer ses droits en son nom.

Dès lors, l'obligation d'informer le patient est « subie par les établissements » : si, en théorie, le patient doit être informé de la décision dont il fait l'objet et des droits afférents à sa

---

<sup>149</sup>Rapport C.G.L.P.L. « Soins sans consentement et droits fondamentaux », Dalloz, 2020, p.126

<sup>150</sup>*Ibid*

<sup>151</sup>*Ibid*

<sup>152</sup>*Ibid*

situation, les visites du C.G.L.P.L. montrent que les procédures d'information mises en œuvre ne répondent pas toujours à cette exigence.

Ainsi, le droit à l'information dont devraient disposer les patients est bafoué par un manque de qualité de l'information donnée par le corps médical aux patients. Cette insuffisance a pour conséquence première d'entraver le droit au consentement du patient, qui, ne disposant pas de toutes les informations nécessaires, n'est ni en capacité de donner un consentement éclairé, ni d'intenter des recours pour protéger ses autres droits. Or, le droit au recours est une des seule arme dont dispose le patient pour se prémunir contre les atteintes à ses autres droits, notamment les droits à la vie privée et à la dignité.

Le droit à l'information et au consentement sont des droits cruciaux pour respecter la volonté du patient, mais d'autres droits tels que la vie privée et la dignité des patients font également l'objet d'atteintes.

## **II. Vie privée et dignité des patients : des droits non respectés dans le cadre des soins psychiatriques**

Dans l'enceinte de l'hôpital psychiatrique, les libertés fondamentales reconnues à chaque Homme s'exercent également au bénéfice des patients, c'est notamment le cas du droit à la vie privée (A.) et à la dignité de la personne (B.), même si ces droits font l'objet de restrictions, voire d'atteintes.

### **A. Le respect de la vie privée dans le cadre des soins psychiatriques**

Le droit au respect de la vie privée est un droit affirmé dans les textes européens et nationaux (1.), qui fait pourtant l'objet de restrictions dans le cadre des soins psychiatriques (2.).



## 1. Le droit à la vie privée affirmé dans les textes européens et nationaux

Le droit au respect de la vie privée est consacré à l'article 8 de la Convention Européenne des Droits de l'Homme qui énonce que : « toute personne a droit au respect de sa vie privée et familiale, de son domicile et de sa correspondance . Il ne peut y avoir ingérence d'une autorité publique dans l'exercice de ce droit que pour autant que cette ingérence est prévue par la loi et qu'elle constitue une mesure qui, dans une société démocratique, est nécessaire à la sécurité nationale, à la sûreté publique, au bien-être économique du pays, à la défense de l'ordre et à la prévention des infractions pénales, à la protection de la santé ou de la morale, ou à la protection des droits et libertés d'autrui ».

En France, l'article 66 de la constitution est interprété de manière extensive par le Conseil constitutionnel afin de « protéger la liberté individuelle sous tous ses aspects »<sup>153</sup> . Dès lors, le droit au respect de la vie privée est une liberté fondamentale consacrée à l'article L.1110-4 alinéa 1 du CSP : « toute personne prise en charge par un professionnel, un établissement, un réseau de santé ou tout autre organisme participant à la prévention et aux soins a droit au respect de sa vie privée et du secret des informations la concernant ».

Cependant, alors que garantir le respect de la vie privée implique d'établir une frontière entre la sphère privée et la sphère publique, cette frontière n'est pas facilement délimitée. Au travers de son arrêt « Niemietz contre Allemagne » du 16 décembre 1992, la C.E.D.H. « a fait franchir un saut qualitatif considérable à la notion de "vie privée"<sup>154</sup> : en dépassant la sphère intime et en y incluant "le droit pour l'individu de nouer et développer des relations avec ses semblables"<sup>155</sup> », ce que l'on peut appeler « la vie privée sociale ». Puis la CEDH y a incorporé le concept « d'autonomie personnelle »<sup>156</sup>, le droit « au développement personnel »<sup>157</sup> et même celui de « droit de vivre dans un environnement sain »<sup>158</sup>. Emmanuel

---

<sup>153</sup>Cons. const., n°83-164 DC, 29 déc. 1983, J.O. du 30 décembre 1983, p. 3871 ; rec., p. 67, consid. 28

<sup>154</sup>SUDRE F. cité par MANDY C., « La prison et l'hôpital psychiatrique du XVIIIe au XXIe siècle : institutions totalitaires ou services publics ? », Contribution à l'étude de la privation de liberté et du paradigme de l'institution totale, p. 621.

<sup>155</sup>C.E.D.H., 16 déc. 1992, *Niemietz c./Allemagne*, req. n°13710/88, §29, [www.hudoc.echr.coe.int](http://www.hudoc.echr.coe.int)

<sup>156</sup>C.E.D.H., 10 avril 2007, *Mrs N. Evans c./Royaume-Uni*, req. n°6339/05, §71, [www.hudoc.echr.coe.int](http://www.hudoc.echr.coe.int)

<sup>157</sup>C.E.D.H., 25 avril 2002 « *Pretty c./ Royaume-Uni* », §61, [www.hudoc.echr.coe.int](http://www.hudoc.echr.coe.int)

<sup>158</sup>C.E.D.H., 9 déc. 1994 « *Lopez Ostra c./ Espagne* », req. n°16798/90, [www.hudoc.echr.coe.int](http://www.hudoc.echr.coe.int).

Dreyer indiquera alors que le droit à la vie privée est devenue un « droit d'être laissé tranquille »<sup>159</sup>.

## 2. Le droit à la vie privée : un droit subissant des restrictions illégitimes

Le droit à la vie privée fait l'objet de restrictions, concernant les conversations téléphoniques mais aussi le droit de visite. Le droit d'avoir des conversations téléphoniques est un droit reconnu pour la première fois dans la loi « sécurité et liberté » du 2 Février 1981<sup>160</sup> et notamment à travers son article 74 : « toute personne soignée dans un établissement de soins, public ou privé, accueillant des malades atteints de troubles psychiatriques [...] dispose du droit : de disposer à son gré de la liberté d'émettre ou de recevoir des communications téléphoniques ou du courrier personnel [...] ». Cependant, la reconnaissance de ce droit fût de courte durée puisque la loi du 27 Juin 1990 occulta ce droit. Puis, dans la loi du 5 Juillet 2011, le droit d'émettre ou de recevoir des appels téléphoniques n'a pas été mentionné dans la liste de l'article L.3211-3 du CSP, ce qui en fit un droit susceptible de restrictions. Et en effet, dans sa décision du 26 Novembre 2016, le conseil constitutionnel a considéré que ces restrictions ne « portent pas une atteinte disproportionnée à l'exercice de droits constitutionnellement garantis »<sup>161</sup>.

Cependant, même si des restrictions peuvent être apportées à la liberté des conversations téléphoniques, le C.G.L.P.L a pu constater lors de ses visites des divergences flagrantes entre les établissements de santé, et parfois même entre les services d'un même hôpital. Jean-Marie Delarue, ancien C.G.L.P.L fait alors le constat d'une réglementation obligeant les malades à remettre leur téléphone et ordinateur portable dans la plupart des services psychiatriques, mais aussi d'un manque de confidentialité des appels passés dans les cabines ou les bureaux des infirmiers.

Le droit des visites fait également l'objet de restrictions. En effet, si la loi du 30 Juin 1838 établissait l'interdiction de visite comme principe et l'autorisation comme exception, la loi du 27 Juin 1990 inverse le mécanisme « en renforçant ce droit sans toutefois lui conférer un caractère inaliénable ». En effet, les restrictions apportées au droit de visite des patients

---

<sup>159</sup>DREYER E. cité par MANDY C., « *La prison et l'hôpital psychiatrique du XVIIIe au XXIe siècle : institutions totalitaires ou services publics ?* », Contribution à l'étude de la privation de liberté et du paradigme de l'institution totale, thèse pour le doctorat de droit public, Université de Nantes, 2011, 782 p., p. 621.

<sup>160</sup>Loi n°81-82 du 2 fév. 1981 renforçant la sécurité et protégeant la liberté des personnes.

<sup>161</sup>Cons. const., n°2010-71, Q.P.C., 26 nov. 2010.

doivent être limitées à celles nécessitées par leur état de santé et la mise en œuvre du traitement. Dès lors, « l'empêchement d'un visiteur qui ne serait pas justifié ni dans la durée, ni par la pathologie et encore moins par des considérations tenant à la sécurité des personnes porterait une atteinte grave à la vie privée »<sup>162</sup>.

Ainsi, la vie privée des patients n'est pas respectée dans le cadre des soins psychiatriques, tout comme leur droit à la dignité.

### **B. La dignité des patients mise à rude épreuve dans le cadre des soins psychiatriques**

Selon le C.G.L.P.L, l'intérêt thérapeutique et le respect de la dignité et des droits du patient pâtissent souvent de choix ou de contraintes organisationnelles. En effet, « L'analyse des fonctionnements des établissements lors des visites du C.G.L.P.L., 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 »<sup>163</sup>. Cela se perçoit non seulement dans les moyens alloués, mais aussi dans l'organisation des soins. Ainsi, le service de psychiatrie est très souvent le service le plus délaissé dans l'hôpital général, avec des bâtiments vétustes, mal entretenus, une dilution des budgets spécifiques alloués à la psychiatrie qui entraîne ainsi une perte de moyens et une diminution du personnel. L'organisation des soins démontre également que les modalités de fonctionnement des structures, les considérations autour des patients et du respect de leurs droits ne trouvent pas une place suffisante dans l'organisation des soins. Dès lors, les soins ne peuvent pas toujours être prodigués autant que nécessaire à cause de la démographie médicale déclinante. Ceci pèse alors sur le droit des patients à recevoir dans des conditions adaptées les soins dont ils ont besoin. La raréfaction des psychiatres, le déficit des médecins impacte directement le fonctionnement des unités, et ce de manière défavorable pour les parcours de soins des patients. En effet, la qualité des soins psychiatriques exige la présence quotidienne d'un psychiatre. « Lorsque les patients ne voient plus suffisamment le psychiatre, parfois seulement une fois tous les quinze jours, les hospitalisations sont plus longues, les restrictions de liberté perdurent au-delà du nécessaire »<sup>164</sup>

---

<sup>162</sup>BERARD K. « *Les soins psychiatriques sans consentement en droit contemporain* ». Droit. Université Lyon 3 J. Moulin; IFROSS, 2017. Français. tel-03503641. p.457

<sup>163</sup>Rapport C.G.L.P.L. « *Soins sans consentement et droits fondamentaux* », Dalloz, 2020, p. 38

<sup>164</sup>*Ibid*, p. 44

Puis, alors que le secret médical s'impose à tout médecin et professionnel de santé en tant que droit fondamental du patient, ce droit n'est pas toujours observé, notamment dans la distribution des traitements. En effet, « 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 table d'inconnus peut être particulièrement embarrassant »<sup>165</sup>. Même si la distribution des traitements s'effectue dans l'office infirmier porte fermée, les patients attendent les uns derrière les autres dans le couloir, ce qui est une façon de faire « peu respectueuse de la dignité attendue pour ce soin ».

De plus, le C.G.L.P.L indique que l'atteinte la plus manifeste à la dignité du patient est l'obligation faite à celui-ci de revêtir le pyjama de l'hôpital. Ce vêtement n'étant pas toujours adapté à la corpulence du malade, les contrôleurs du C.G.L.P.L ont pu voir « des patients boudinés dans le vêtement ou au contraire devant retenir leur pantalon pour ne pas le perdre en marchant »<sup>166</sup>. Un établissement n'ayant plus les moyens de fournir des pyjamas a utilisé « 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 pinces »<sup>167</sup>. La mise en pyjama est également constatée en tant que sanction disciplinaire, notamment en cas de non-respect d'une autorisation de sortie ou de la constatation d'un état d'ébriété. Le C.G.L.P.L affirme alors que « dans tous ces cas, la mesure est dégradante »<sup>168</sup>. Les conditions d'hébergement peuvent également mener à des situations humiliantes, notamment en ce qui concerne l'accès aux sanitaires. Les contrôleurs ont constaté plusieurs fois l'absence ou l'impossibilité d'accéder librement aux toilettes dans les chambres d'isolement mais aussi dans les chambres d'hébergement. Cette absence est alors compensée par la mise à disposition d'un seau ou d'un urinal.

---

<sup>165</sup>Rapport C.G.L.P.L. « Soins sans consentement et droits fondamentaux », Dalloz, 2020, p. 95

<sup>166</sup>*Ibid*, p.100

<sup>167</sup>*Ibid*, p.100

<sup>168</sup>*Ibid*, p.101

## **Chapitre 3 : L'avenir des soins psychiatriques sans consentement : entre remise en cause des pratiques et renforcement des garanties accordées aux patients**

Le bilan des atteintes aux libertés fondamentales dans le cadre des soins psychiatriques est mauvais : les services psychiatriques usent de l'enfermement et de la contrainte plus que de raison, les patients sont régulièrement privés de leur liberté, enfermés, empêchés de communiquer. Des atteintes à la dignité des patients sont également à déplorer. L'avenir des soins psychiatriques sans consentement laisse à désirer. Cependant, une récente remise en cause des pratiques exercées en hôpital psychiatrique (Section 1) ainsi que le renforcement des garanties accordées aux patients pour protéger leurs libertés fondamentales (Section 2) pourraient changer la donne dans les années à venir.

### **Section 1 : La remise en cause des pratiques dans le cadre des hospitalisations en soins psychiatriques**

Les atteintes aux libertés fondamentales causées dans le cadre des soins psychiatriques initie une remise en cause des pratiques des soins psychiatriques, notamment un questionnaire autour des soins « portes ouvertes » (I.) et des soins ambulatoires (II.)

#### **I. Le soin « portes ouvertes » : une alternative aux restrictions de la liberté d'aller et venir ?**

Le soin portes ouvertes permettrait de pallier aux restrictions de la liberté d'aller et venir (A.), encore faut-il savoir comment le mettre en œuvre (B.).

### **A) Les restrictions à la liberté d'aller et venir : un enfermement difficilement supportable pour les patients, mais aussi pour les soignants**

L'hospitalisation psychiatrique, qu'elle soit libre ou contrainte est vécue comme un « temps de privation de liberté, d'enfermement »<sup>169</sup>. Les conditions d'hospitalisation « restent éprouvantes et marquées par les contraintes, les restrictions, les privations et le manque d'explications »<sup>170</sup>. Les patients vivent donc l'hospitalisation psychiatrique non pas comme un soin à visée curative mais surtout comme une privation de liberté. Un patient indiquait alors que : « Ce qui n'est pas évident; c'est que tu sais quand tu y vas, mais tu ne sais pas quand tu sors du système »<sup>171</sup>. Dès lors, « Une démarche positive serait de restreindre une liberté seulement dans un objectif de protection, mais ce n'est pas toujours ce qui est fait en psychiatrie »<sup>172</sup>. De plus, il apparaît aux patients que les hospitalisations sont basées sur un principe de récompense / punition, ce qui a tendance à les infantiliser. Ceci amène alors les patients à considérer l'hôpital psychiatrique comme une prison : « Pour moi, hospitalisation = prison »<sup>173</sup>. Une des patientes interrogée se demande également « comment se reconstruire et repenser son hospitalisation comme un bien lorsqu'on associe cela à une punition ? C'est presque impossible »<sup>174</sup>. Les patients subissent ainsi une violence « silencieuse, invisible »<sup>175</sup>. Cette violence a une conséquence immédiate sur la manière dont ils perçoivent les soins psychiatriques. Une fois qu'ils sortent de l'hôpital, celui-ci étant considéré comme une prison, les patients n'ont qu'une chose en tête : ne pas y retourner.

Les raisons de cette violence sont analysées de manière assez éclairée par les patients. En effet, pour François, un des patients interrogés, ces violences sont dûes « au manque d'informations et de connaissances ». Ainsi, toutes les personnes interrogées insistent sur la nécessité de « prendre le temps d'expliquer, d'informer, d'humaniser les relations, afin de réduire l'impact de la privation de liberté et du soin sous contrainte ».<sup>176</sup> Dès lors, la demande

---

<sup>169</sup>CARIA A., LETAILLER C., LOUBIÈRES C., « *Les mots des usagers* », Dossier « La liberté d'aller et venir en psychiatrie » - Santé mentale n°199, Juin 2015. P.47

<sup>170</sup>*Ibid* P.47

<sup>171</sup>*Ibid*. P.48

<sup>172</sup> *Ibid*. P.48

<sup>173</sup>*Ibid*. P.48

<sup>174</sup>*Ibid*. P.48

<sup>175</sup>*Ibid*. P.48

<sup>176</sup>*Ibid*. P.49

est unanime : il faut « mieux communiquer, mieux informer », pour établir le contrat de confiance nécessaire aux soins psychiatriques.

Les pratiques en hôpital psychiatrique sont également remises en cause par les équipes soignantes. Dans le cadre d'une enquête, une équipe de soignants se questionne en effet sur l'équilibre à trouver entre le « tout-ouvert, qui semble impossible du fait des soins contraints et l'obligation de protection des patients »<sup>177</sup>, et le tout fermé « qui reste préjudiciable au respect des libertés pour les patients en soins libres ». Des patients également interrogés ont des avis divergents sur l'enfermement. Si certains y trouvent du positif, la porte fermée leur procurant un sentiment de sécurité à la fois vers les autres et envers eux-mêmes, l'enfermement peut aussi être mal vécu par certains patients. Du côté des soignants, le sentiment reste partagé. Certains considèrent que l'enfermement sert à protéger les patients, alors que pour d'autres, la clé est une « immense responsabilité »<sup>178</sup>.

L'idée de laisser les portes ouvertes suscite l'intérêt de certains soignants, qui y voient « une diminution du rapport dominant/dominé », mais aussi le fait qu'il y aura « moins d'explications et de justifications à fournir quant au sens de la fermeture des portes du pavillon ». À l'inverse, d'autres soignant sont plus inquiets, en effet, laisser les portes ouvertes engendrerait une « perte de contrôle des allées et venues des patients »

## **B) Le soin « porte ouverte » : comment faire ?**

Au centre hospitalier de Laragne, les patients sont soignés sans être enfermés. En effet, chaque patient a la clé de sa chambre autour de son cou. Même si les soignants possèdent un double, cela permet à chaque patient d'être responsable de ses effets personnels et de s'isoler dans leur chambre quand ils le souhaitent.

Cependant, le fait d'ouvrir les portes de leur unité psychiatrique tend à provoquer un malaise chez les contrôleurs, ou chez les soignants des hôpitaux environnants, comme si cela cachait quelque chose. De la méfiance s'installe alors envers ce service qui n'exerce pas les soins psychiatriques comme les autres. Tout cela fait dire à l'auteur que « isolement et contention sont aujourd'hui la norme, s'en passer est une faute qui met soignants et soignés

---

<sup>177</sup>WOELFFEL C., SAVARIS C., « Soigner « clés en main » en psychiatrie », Dossier « La liberté d'aller et venir en psychiatrie » - Santé mentale n°199, Juin 2015. P.51

<sup>178</sup>*Ibid.* P.51

en péril »<sup>179</sup>. L'auteur reconnaît que le fait de soigner porte ouverte n'est pas facile, il rend en effet compte de la difficulté à soigner portes ouvertes, cela prend du temps, il faut parfois rester plusieurs heures avec des patients pour que ceux-ci se calment, mais l'auteur en est certain, cela fonctionne. « Un patient qui a été enfermé consentira moins à une réhospitalisation en cas de rechute, se fera plus difficilement suivre en ville, prendra plus irrégulièrement son traitement »<sup>180</sup>.

Pour Dominique Friard, « Les restrictions à la liberté d'aller et venir ne sont en aucun cas une fatalité »<sup>181</sup>. En effet, en Suisse, le soin sans enfermement est la norme, les hôpitaux psychiatriques disposent « d'unités chaleureuses, pleines de recoins où se poser, s'isoler, des soignants disponibles »<sup>182</sup>.

L'auteur insiste également sur le fait qu'« un soignant tout seul ne peut pas soigner “portes ouvertes”. Cela nécessite une équipe, un collectif qui s'organise et s'en donne les moyens ». En effet, pour soigner « portes ouvertes » il faut créer du lien, et cela prend du temps. Les soignants ne peuvent plus être interchangeables, chacun d'eux doit apprendre à connaître chacun des patients afin d'apporter les réponses les plus adaptées possibles aux conflits. Or, l'auteur déplore également le manque de moyens alloués aux hôpitaux psychiatriques, qui subissent les conséquences d'une vision productiviste et non qualitative.

Pourtant, cela en vaut la peine. Dans un second article, le chef d'un service d'une unité de psychiatrie mesure l'impact pour les patients et l'équipe soignante après quelques années d'ouvertures des portes. Si, au début, celui-ci était réticent, les raisons pour justifier la fermeture étant nombreuses : risque de sortie sans autorisation des patients hospitalisés sous contrainte, risque d'intrusion de la part de personnes étrangères, patients désorientés et déments qui déambulent, risque de fugue, le bilan, est positif. L'expérience a permis à l'équipe de se poser la question chaque matin de la nécessité réelle de fermer l'unité, non pas par facilité mais par des justifications concrètes et urgentes. Dès lors, le simple fait de s'interroger sur la nécessité de laisser fermer l'unité a permis à celle-ci d'être ouverte 19 jours sur 30 le premier mois. Le but de l'expérience était également de dégager un consensus

---

<sup>179</sup>FRIARD D. « *Les soins portes ouvertes, une pratique honteuse ?* », Dossier « La liberté d'aller et venir en psychiatrie » - Santé mentale n°199, Juin 2015. p.61

<sup>180</sup>*Ibid.* p.61

<sup>181</sup>*Ibid.* p.63

<sup>182</sup>*Ibid.* p.61



d'équipe, pour que l'ouverture de l'unité ne pèse pas sur l'organisation de la journée des soignants. De plus, l'unité n'a pas été confrontée à une augmentation du nombre de sorties sans autorisation, l'ambiance de l'unité s'est pacifiée. Les soignants se sont montrés plus disponibles pour la relation avec les soignés.

Le directeur en retire alors plusieurs principes afin de « concilier au mieux les impératifs du soin, la spécificité des troubles psychiatriques et les libertés fondamentales en hospitalisation »<sup>183</sup>. Selon lui, il faut considérer l'ouverture de l'unité comme la règle et la fermeture comme l'exception, définir pour chaque patient un projet thérapeutique clair l'informant des traitements proposés, des éventuelles limitations de sa liberté, de la durée de celles-ci, et des étapes prévisibles vers la sortie. Il faut également que l'isolement en chambre soit exceptionnel et très surveillé afin d'y mettre fin aussitôt que possible. L'alliance thérapeutique doit être recherchée, afin que puisse se dérouler le processus de soin de l'entrée du malade à sa sortie. L'ouverture de l'unité est alors permise par des réunions entre soignants et soignés durant lesquelles chacun peut exprimer ses attentes et les modalités du parcours de soins qu'il envisage. De plus, un cadre a été mis en place afin que les soignants puissent rendre compte des difficultés rencontrées avec un patient, le but étant alors de trouver une alternative à l'enfermement. Ainsi, le médecin doit s'inscrire « comme médiateur de la demande du patient et de la famille », il ajuste, avec l'apport de l'équipe soignante son projet. La thérapeute élabore avec chacun des patient un espace de dialogue « où la question de l'équilibre entre la liberté imposée par la loi et la sécurité indispensable à sa prise en charge est posée clairement »<sup>184</sup>.

En somme, le soin portes ouvertes permettrait de pallier aux difficultés que rencontrent les patients vis-à-vis des restrictions à la liberté d'aller et venir qu'ils subissent. Une deuxième solution serait alors d'envisager les soins ambulatoires.

---

<sup>183</sup>BANTMAN P., « *Aujourd'hui, est-il pertinent de fermer l'unité ?* », Dossier « La liberté d'aller et venir en psychiatrie » - Santé mentale n°199, Juin 2015. p.79

<sup>184</sup>*Ibid.*p.79

## II. Les soins ambulatoires, une alternative à l'hospitalisation complète

Devant le constat de l'échec de l'hospitalisation complète comme réponse aux troubles psychiatriques, l'alternative des soins ambulatoires tend à s'imposer (A.). Même si ceux-ci nécessitent beaucoup de moyens (B.), ils s'avèrent bénéfiques à la fois pour l'hôpital et pour le patient (C.).

### A) L'hospitalisation complète : une démarche insatisfaisante

Le rapport sur l'organisation territoriale de la santé mentale rend compte d'un bilan plutôt négatif concernant l'hospitalisation complète. En effet, les rapporteuses Martine Wonner et Caroline Fiat évoquent une filière « au bord de l'implosion » et une « prise en charge catastrophique ». Dès lors, les deux rapporteuses « plaident pour un changement structurel de l'offre de soins en santé mentale organisée autour du patient, tout en appelant à sortir enfin de la psychiatrie de l'hôpital pour améliorer la prise en charge »<sup>185</sup>. Pour ce faire, les rapporteuses proposent notamment d'accélérer le virage ambulatoire en redéployant 80% du personnel de l'hôpital psychiatrique sur l'ambulatoire à l'horizon 2030. Selon le professeur Franck Bellivier, délégué ministériel à la Santé mentale et à la psychiatrie au ministère des solidarités et de la santé, une réforme doit être mise en place pour encourager l'activité, l'innovation, la recherche, qui sont « des leviers incitatifs qui vont dynamiser les projets de soins et la « bascule ambulatoire », afin de privilégier les investissements sur les dispositifs ambulatoires »<sup>186</sup>. De plus, il faut un investissement « pour le développement, de dispositifs ambulatoires qui protègent les urgences et l'hospitalisation et qui permettent d'intervenir plus tôt »<sup>187</sup>.

Puis, le baromètre en ligne Unafam 2021 rapporte que « le passage par la case « hospitalisation en temps plein » a été un passage pour 95% des personnes vivant avec des

---

<sup>185</sup>MOSCHETTI J., « Développer des dispositifs ambulatoires qui protègent les urgences et l'hospitalisation », [whatsupdoc-lemag.fr](https://whatsupdoc-lemag.fr), mis en ligne le 4 Octobre 2019, consulté le 13 Juillet 2022.

<sup>186</sup>*Ibid*

<sup>187</sup>*Ibid.*

troubles psychiques sévères »<sup>188</sup>. Pour 73% d'entre eux, cette hospitalisation a été jugée difficile, voire extrêmement difficile pour 14%. De plus, le nombre de journées d'hospitalisation par an et par patient est supérieur à 90 jours pour 63% des patients<sup>189</sup>. Pourtant, la désinstitutionnalisation est en marche depuis longtemps, les capacités d'accueil en hospitalisation à temps complet en psychiatrie ont fortement diminué, diminuant de moitié entre 1990 et 2016. Ainsi, devant le constat négatif de l'hospitalisation complète, les soins ambulatoires se développent de plus en plus. L'idée germe que « L'hospitalisation à temps complet ne devrait être qu'une étape dans le parcours, une étape non obligatoire (...). Cette étape ne devrait pas constituer le cœur du parcours mais si nécessaire le système doit avoir une capacité adaptée pour y répondre. Les prises en charge alternatives en amont ne sont pas suffisamment lisibles. »<sup>190</sup>.

Enfin, certains auteurs s'accordent à dire que même si les soins ambulatoires se sont développés, la transition n'est pas assez rapide. Dès lors, « Si les soins psychiatriques ont fortement évolué, la fréquence et la durée des hospitalisations en milieu spécialisé restent très importantes faute de prises en charge alternatives diversifiées. Le renforcement de l'offre de soins extrahospitaliers doit être poursuivi pour des prises en charge graduées, adaptées et moins désocialisantes intégrant la nécessaire complémentarité des dispositifs sociaux, médico-sociaux et sanitaires. ».

Cependant, la mise en place des soins ambulatoires est un processus qui nécessite non seulement du temps, puisqu'il faut réorganiser tout le fonctionnement du parcours de soins, mais également, des moyens, alors que la psychiatrie est considérée comme le « parent pauvre de l'hôpital public ».

---

<sup>188</sup>RICHARD M-J. « *L'hospitalisation en établissement de santé mentale : un parcours obligé ?* », Pratiques en santé mentale, vol. 68, no. 1, 2022, pp. 55-62.

<sup>189</sup>« *Les parcours dans l'organisation des soins de psychiatrie* » février 2021 Cour des comptes - [www.ccomptes.fr](http://www.ccomptes.fr) - @Courdescomptes in : RICHARD M-J. « *L'hospitalisation en établissement de santé mentale : un parcours obligé ?* », Pratiques en santé mentale, vol. 68, no. 1, 2022, pp. 55-62.

<sup>190</sup>RICHARD M-J. « *L'hospitalisation en établissement de santé mentale : un parcours obligé ?* », Pratiques en santé mentale, vol. 68, no. 1, 2022, pp. 55-62.

## B) La mise en place des soins ambulatoires

Le virage ambulatoire se définit comme « le transfert en milieu ambulatoire d'activités traditionnellement offertes dans le cadre d'une hospitalisation »<sup>191</sup>. Il désigne « un changement dans les pratiques qui permet de soigner de façon efficace et sécuritaire certains malades sans avoir à les hospitaliser »<sup>192</sup>. Dès lors, les soins ambulatoires concernent les personnes qui ont la capacité de se déplacer pour les recevoir.

Le virage ambulatoire permet notamment de répondre à la crise économique du système de soins, afin de concentrer les moyens sur les patients qui nécessitent une hospitalisation complète. Ce processus nécessite des moyens, notamment une coopération accrue entre les centres hospitaliers de longues et de courtes durées, les centres médico-psychiatriques et autres structures accueillant des patients en soins psychiatriques. De plus, au niveau de la patientèle, il faut mettre l'accent sur l'information, la sensibilisation, et la prise en charge de la santé. En effet, pour le professeur Franck Bellivier, une intervention plus précoce permet d'éviter des hospitalisations et des passages aux urgences. Le but du soin ambulatoire est alors de trouver une alternative aux soins sans consentement, en évitant l'hospitalisation. Dès lors, « il faut mettre en place une offre ambulatoire beaucoup plus captive qui permette d'intervenir en amont, ce qui permettra d'éviter le passage aux urgences et les hospitalisations sans consentement. »<sup>193</sup>

La feuille de route élaborée par le comité stratégique de la santé mentale et de la psychiatrie rend compte de plusieurs actions afin d'améliorer le parcours de soins des patients en psychiatrie. Ainsi, l'action n°9 a pour but de développer les prises en charge ambulatoires, y compris intensives et les interventions au domicile du patient, y compris en établissement et service médico-social. Les prises en charge ambulatoires incluent les hôpitaux de jour, les centres médico-psychologiques (CMP) des secteurs de psychiatrie pour aller au-devant des personnes, en proposant notamment des prises en charge dans les lieux faciles d'accès. L'intervention à domicile est également considérée comme partie intégrante des soins ambulatoires de proximité, dans le cadre de la mission de psychiatrie de secteur. Le soin

---

<sup>191</sup>LAVALLÉE Y.-J., « *Le virage ambulatoire en psychiatrie : une perspective globale* », Santé mentale au Québec, Vol 21, n°1, printemps 1996, p.111

<sup>192</sup>*Ibid*

<sup>193</sup>MOSCHETTI J., « *Développer des dispositifs ambulatoires qui protègent les urgences et l'hospitalisation* », [whatsupdoc-lemag.fr](https://whatsupdoc-lemag.fr), mis en ligne le 4 Octobre 2019, consulté le 13 Juillet 2022.

ambulatoire permet ainsi de « maintenir la personne dans son milieu de vie ordinaire et de faciliter ainsi son insertion sociale et professionnelle »<sup>194</sup>. De plus, l'action n° 12 consiste à mettre en place des parcours de soins coordonnés pour les personnes souffrant d'une pathologie mentale grave. Le but est alors que l'organisation soit « résolument tournée vers l'ambulatoire, afin d'offrir un case management de proximité, sanitaire et social, assurant une continuité de suivi socio-sanitaire tout au long du parcours »<sup>195</sup>.

Ainsi, le soin ambulatoire nécessite des moyens financiers et organisationnels, afin d'orienter le parcours de soins psychiatriques hors des murs de l'hôpital. Mais il représente aussi une alternative bénéfique à l'hospitalisation complète.

### **C) Les soins ambulatoires : une alternative à l'hospitalisation complète bénéfique**

Dans la province de Trieste en Italie, la prise en charge des patients présentant des troubles psychiatriques se fait presque exclusivement en ambulatoire. Cette prise en charge ambulatoire « 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 »<sup>196</sup>. Cela a des effets bénéfiques sur les patients, en effet, cela permet non seulement d'éviter leur hospitalisation, mais aussi de favoriser « le développement d'une alliance thérapeutique et l'adhésion aux soins, permettant l'amorce, s'il n'existe pas déjà, d'un suivi ambulatoire »<sup>197</sup>. Dès lors, grâce à cette organisation, « la contrainte est exceptionnelle et résulte d'une décision judiciaire »<sup>198</sup>. 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.

De plus, cela permet de traiter sans hospitalisation les situations de crise et d'urgence. Dès lors, le taux de recours aux soins sans consentement est moins élevé dans les secteurs ayant développé des alternatives à l'hospitalisation. Des expériences montrent que l'ouverture de centres médico-psychologiques 24h/24 ainsi qu'un ensemble de dispositifs

---

<sup>194</sup>« Feuille de route Santé mentale et psychiatrie, Comité stratégique de la Santé Mentale et de la Psychiatrie », 28 Juin 2018

<sup>195</sup>*Ibid*

<sup>196</sup>Rapport C.G.L.P.L. « Soins sans consentement et droits fondamentaux », Dalloz, 2020, p.37

<sup>197</sup>*Ibid*

<sup>198</sup>*Ibid*

ambulatoires permettent une « hospitalisation “hors des murs” »<sup>199</sup>. Cela permet aussi de pousser les patients à consulter des psychiatres avant un épisode de crise, qui pourrait nécessiter une hospitalisation complète. Ainsi, le virage ambulatoire est une « occasion d’offrir des services de meilleure qualité; de maintenir l’accessibilité aux soins de santé (réduction des coûts); de réduire le traumatisme de l’hospitalisation; de maintenir la personne le plus près de son milieu naturel »<sup>200</sup>. De plus, il permet de « réduire les risques associés à l’hospitalisation traditionnelle et de réduire le fardeau financier des soins de santé sur le budget de l’État et des individus ».

Le professeur Franck Bellivier énonce alors l’exemple de la métropole de Lille, qui compte dix lits pour un secteur de 60 000 à 70 000 habitants. Ces dix lits sont rarement pleins, grâce à des dispositifs ambulatoires de crise et d’accompagnement.

## **Section 2 : Le renforcement des garanties accordées aux patients pour lutter contre les atteintes aux libertés fondamentales dans le cadre des soins psychiatriques**

La possibilité pour un patient de faire valoir ses droits s’est accrue au travers des dernières réformes sans consentement. En effet, « le législateur a accompagné le renforcement des droits des patients de garanties plus solides visant à leur permettre l’assurance d’une défense effective »<sup>201</sup>. La CEDH a joué un rôle important dans cette évolution, notamment dans sa jurisprudence où elle a insisté sur la nécessité de voies judiciaires de recours et de contrôles périodiques . La CEDH avait également soulevé le problème de la longueur des procédures françaises, comme par exemple dans l’affaire Aiouaz<sup>202</sup>. Ce contexte a amené la France à se doter de nouvelles procédures judiciaires (I. ), mais aussi à créer des autorités de contrôle (II.), dans l’optique de garantir au mieux les libertés fondamentales des patients internés en soins psychiatriques.

---

<sup>199</sup>Rapport C.G.L.P.L. « Soins sans consentement et droits fondamentaux », Dalloz, 2020, p.35

<sup>200</sup>LAVALLÉE Y.-J., « Le virage ambulatoire en psychiatrie : une perspective globale », Santé mentale au Québec, Vol 21, n°1, printemps 1996, p.115

<sup>201</sup>BERARD K. « Les soins psychiatriques sans consentement en droit contemporain ». Droit. Université Lyon 3 J. Moulin; IFROSS, 2017. Français. tel-03503641. p.469

<sup>202</sup>C.E.D.H., 28 juin 2007, *Aiouaz c./France*, req. n°23101/03, [www.hudoc.echr.coe.int](http://www.hudoc.echr.coe.int).

## **I. De nouvelles procédures judiciaires au bénéfice des patients**

L'article 8 de la Déclaration universelle des droits de l'Homme de 1948 consacre le droit d'introduire un recours devant un tribunal pour contester la légalité d'une détention. En effet, cet article dispose que « Toute personne a droit à un recours effectif devant les juridictions nationales compétentes contre les actes violant les droits fondamentaux qui lui sont reconnus par la Constitution ou par la loi ». Ce droit est également affirmé dans le Pacte international relatif aux droits civils et politiques de 1966 dont l'article 9§4 énonce que « Quiconque se trouve privé de sa liberté par arrestation ou détention a le droit d'introduire un recours devant un tribunal afin que celui-ci statue sans délai sur la légalité de sa détention et ordonne sa libération si la détention est illégale ». Enfin, la convention européenne des droits de l'Homme réaffirme également ce droit dans son article 5§4. Dès lors, ces textes poussent les États à permettre des voies de recours devant un juge contre toute mesure de détention. En France, un bloc de compétence unique au profit du juge judiciaire a été consacré, permettant d'améliorer l'accès au juge, des patients en soins sans consentement (A.) De plus, un régime de responsabilité a été construit pour mieux protéger les personnes internées en soins psychiatriques (B.).

### **A) Un bloc de compétence unique consacré par la loi**

Dans le cadre de l'Union Européenne, chacun est libre de saisir un juge pour faire respecter ses droits, la Cour de Justice de l'Union Européenne considère alors que le contrôle juridictionnel est « l'expression d'un principe général du droit qui se trouve à la base des traditions constitutionnelles communes aux Etats membres »<sup>203</sup>. En France, l'article 30 du code de procédure civile définit l'action en justice comme « le droit pour l'auteur d'une prétention d'être entendu sur le fond de celle-ci afin que le juge la dise bien ou mal fondée. Pour l'adversaire, l'action est le droit de discuter le bien-fondé de cette prétention ».

En France la séparation des autorités administrative et judiciaire est perçue comme une garantie supplémentaire dans la protection des libertés (1.). Mais la complexité de sa mise en œuvre révèle une inefficacité dans le cadre des procédures concernant les patients en soins sans consentement, il a donc été remis en cause (2.)

---

<sup>203</sup>C.J.C.E., 15 mai 1986, aff. 222/84, op. cit. V. aussi C.J.C.E., 3 déc. 1992, aff C-97/91, rec. C.J.C.E., p. 1, 6314.

## 1. Le principe ancien et contestable de la dualité juridictionnelle

Dans le cadre de la séparation des pouvoirs, le tribunal des conflits considère que seule la compétence du juge administratif peut apprécier la légalité des actes administratifs, quand bien même, ceux-ci seraient des atteintes à la liberté individuelle. Or, la liberté individuelle a été placée sous la protection du juge judiciaire, qui en devient alors le gardien. Ainsi la loi des 16 et 24 Août 1790 fonde le principe de séparation des autorités administratives et judiciaires.

En ce qui concerne l'appréciation de la régularité de l'internement et des réparations éventuelles, l'arrêt du tribunal des conflits du 17 Février 1997<sup>204</sup> répartit les compétences entre le juge judiciaire et le juge administratif. Cette décision érige l'autorité judiciaire comme seule compétente pour apprécier la nécessité d'une mesure d'hospitalisation. Une fois l'autorité administrative s'étant prononcée sur la régularité de la décision, l'autorité judiciaire pouvait se prononcer sur les conséquences dommageables de l'ensemble des irrégularités reconnues.

Dès lors, « avant le 1er janvier 2013, il appartenait donc au juge administratif de se prononcer sur la contestation née de la procédure d'hospitalisation sans consentement et au juge judiciaire de faire respecter la liberté des personnes en prononçant, le cas échéant, la levée d'une hospitalisation d'office »<sup>205</sup>. Cependant, dans les faits, cette dichotomie était préjudiciable aux patients.

La dualité juridictionnelle entre ordre judiciaire et ordre administratif engendre une multiplicité des procédures. Dès lors, que le patient choisisse de déposer un référé ou un recours en annulation, la saisine du juge administratif ne pouvait pas permettre aux personnes hospitalisées sans consentement d'obtenir la sortie immédiate

---

<sup>204</sup>Trib. conf., 17 fév. 1997, préfet de la région Ile-de-France, préfet de Paris c./ M., n°3045, Bull. 1997, conflits n°1, p. 1 ; J.C.P., 1997, n° 22885, « *Le juge judiciaire, juridiction d'exception des atteintes portées par les autorités administratives à la liberté individuelle* », R.T.D. civ., 1998, n°181, comm. NORMAND J. ; « *Un droit initiatique : l'ordre judiciaire, l'ordre administratif et la liberté individuelle de l'hospitalisé d'office* », R.T.D. civ

<sup>205</sup>BERARD K. « *Les soins psychiatriques sans consentement en droit contemporain* ». Droit. Université Lyon 3 J. Moulin; IFROSS, 2017. Français. tel-03503641. p.476



## 2. La dualité juridictionnelle remise en cause concernant les contentieux relatifs aux soins sans consentement

Après une condamnation de la France par la CEDH à cause des difficultés d'articulation en droit français entre la compétence du juge administratif et celle du juge judiciaire, la France a été mise dans l'obligation de modifier sa législation. Le juge judiciaire est dorénavant le seul compétent pour connaître de la régularité des décisions administratives prises en matière de soins psychiatriques, ce sont donc les règles uniques de la procédure civile qui s'y appliquent. En effet, l'article 66 de la constitution fonde la compétence du juge judiciaire en tant que gardien des libertés individuelles, et le seul compétent pour apprécier le bien fondé d'une mesure d'hospitalisation sans consentement.

Dès lors, les règles de la procédure civile seront désormais unifiées, ce qui a un impact favorable sur le contrôle des mesures de soins psychiatriques sans consentement. Le contrôle obligatoire du J.L.D s'accompagne d'un contrôle facultatif, dépendant de la volonté du patient ou des tiers habilités. La saisine peut être effectuée par la victime, toute personne proche de la victime, ou par le J.L.D. lui-même qui peut s'auto-saisir d'un dossier. La procédure, respectueuse des droits de la défense du malade, fait intervenir la victime, son avocat, l'avis médical motivé et doit être contradictoire en vertu de l'article 16 du code de procédure civile. Après débat contradictoire, le juge statue publiquement. Les décisions du J.L.D. ont l'autorité de la chose jugée, c'est-à-dire que l'affaire ne peut être soumise une nouvelle fois devant lui, sous peine d'irrecevabilité.

Le contrôle du J.L.D. constitue une voie de recours unique avec une procédure unique, ce qui permet à la fois de statuer sur le bien-fondé de la mesure d'hospitalisation, mais aussi sur les éventuelles indemnisations découlant d'une mesure injustifiée.

### **B) Un régime de responsabilité protégeant les personnes soignées en service psychiatrique**

Les normes européennes ont grandement influencé le droit des soins sans consentement. Or, la Convention Européenne des Droits de l'Homme a été rédigée dans une conception anglo-saxonne : Chaque personne dispose ainsi de droits fondamentaux opposables à tous, y compris à la puissance publique. La liberté existe sans texte, elle n'a pas besoin d'autorisation

pour s'exercer. A l'inverse, toute limitation doit être justifiée et légitimée par un texte circonstancié »<sup>206</sup>. Ainsi, en matière de soins psychiatriques, la possibilité de saisir une juridiction est une condition *sine qua non* de la conventionnalité de la procédure. Le requérant doit alors avoir la possibilité d'engager une procédure judiciaire à plusieurs moments et à plusieurs reprises. De plus, le patient doit pouvoir bénéficier de contrôles judiciaires à intervalles réguliers, afin de faire respecter l'équilibre entre la liberté individuelle et La Défense de l'intérêt collectif. Ainsi, le contentieux civil est habilité à prendre en compte toutes les demandes d'indemnisation (1.), bien que d'autres formes de condamnations, qu'elles soient administratives ou pénales, soient possibles (2.).

### 1. Le contentieux civil lié aux soins sans consentement

Depuis 2010<sup>207</sup>, la Cour de cassation a consacré l'automatisme de la réparation au vu de l'annulation de l'acte administratif. La fusion des procédures contentieuses relatives aux hospitalisations sans consentement a permis au contentieux indemnitaire relatif aux hospitalisations irrégulières de gagner en rapidité.

En ce qui concerne l'hospitalisation d'office irrégulière, le 5 Décembre 2012<sup>208</sup> la Cour de cassation a affirmé que les requérants pouvaient prétendre à l'indemnisation de l'intégralité du préjudice causé par l'atteinte à leur liberté. Dès lors, « Une fois l'annulation acquise, la réparation de l'intégralité des préjudices est due et ne peut en aucun cas être minorée du fait de l'existence d'une pathologie mentale »<sup>209</sup>. Les indemnités peuvent alors être assez élevées, du fait des préjudices découlant de la privation de liberté illégale. Les sommes peuvent atteindre plusieurs dizaines de milliers d'euros.

---

<sup>206</sup>PECHILLON E., « Place de la jurisprudence dans la gestion et l'évolution de la législation relative aux soins sous contrainte », pp. 706-707 in : BERARD K. « Les soins psychiatriques sans consentement en droit contemporain ». Droit. Université Lyon 3 J. Moulin; IFROSS, 2017. Français. tel-03503641. p.489

<sup>207</sup>Cass. civ. 1ère, 31 mars 2010, n°09-11.803, Bull. civ. I, n°77 ; www.legifrance.gouv.fr. In : BERARD K. « Les soins psychiatriques sans consentement en droit contemporain ». Droit. Université Lyon 3 J. Moulin; IFROSS, 2017. Français. tel-03503641. p.491

<sup>208</sup>Cass. civ. 1ère, 5 déc. 2012, n°11-24.527, non publié au bull. ; www.legifrance.gouv.fr; in : BERARD K. « Les soins psychiatriques sans consentement en droit contemporain ». Droit. Université Lyon 3 J. Moulin; IFROSS, 2017. Français. tel-03503641. p.492

<sup>209</sup>BERARD K. « Les soins psychiatriques sans consentement en droit contemporain ». Droit. Université Lyon 3 J. Moulin; IFROSS, 2017. Français. tel-03503641. p.492

Puis, la faute de surveillance, découlant de l'obligation de moyen des établissements de santé peut engendrer un préjudice. Dès lors, les règles classiques de la responsabilité civile ont été écartées afin d'appliquer les règles de la responsabilité hospitalière prévues au code de la santé publique. Ainsi, l'article L.1142-1 du CSP dispose que « les professionnels de santé [...] ainsi que tout établissement, service ou organisme dans lesquels sont réalisés des actes individuels de prévention, de diagnostic ou de soins ne sont responsables des conséquences dommageables d'actes de prévention, de diagnostic ou de soins qu'en cas de faute ». Cet article est à l'origine d'une obligation de surveillance, les établissements de santé devant assurer une surveillance des patients hospitalisés, tout manquement à cette obligation constitue un défaut d'organisation et de fonctionnement du service public hospitalier. Dès lors, « l'absence de surveillance qui concerne tout particulièrement les patients en soins sans consentement engage la responsabilité de l'hôpital »<sup>210</sup>.

## 2. Les rares condamnations visant à une sanction

Si la plupart des contentieux relatifs aux soins sans consentement visent à réparer un préjudice et à obtenir une indemnisation, d'autres formes de condamnations sont prévues par les textes, qu'elles soient administratives ou pénales.

Tout d'abord, la voie de fait est une théorie ancienne qui repose sur le fait qu'il est nécessaire de déchoir le juge administratif de sa compétence dans les cas extrêmes où la gravité de l'illégalité commise fait sortir l'acte du cadre administratif dans lequel il se situe. Dès lors, Patrick Wachsmann explique que la plénitude de la compétence du juge judiciaire en cas de voie de fait (il peut annuler les actes pris, accorder des indemnités, enjoindre à l'administration de faire cesser la voie de fait...) s'analyse donc comme une sanction infligée à l'administration en raison de la gravité de son comportement »<sup>211</sup>. Dès lors, son usage doit être exceptionnel et rester cantonné aux atteintes graves aux libertés fondamentales et à la constatation d'une illégalité particulièrement grossière. La théorie de la voie de fait peut concerner les soins sans consentement, comme cela a été reconnu par le conseil d'État en 1989<sup>212</sup>, dans le cas d'une personne se trouvant retenue dans un service psychiatrique

---

<sup>210</sup>BERARD K. « *Les soins psychiatriques sans consentement en droit contemporain* ». Droit. Université Lyon 3 J. Moulin; IFROSS, 2017. Français. tel-03503641. p.502

<sup>211</sup>WACHSMANN P., « *Libertés publiques.* », p. 171. In : BERARD K. « *Les soins psychiatriques sans consentement en droit contemporain* ». Droit. Université Lyon 3 J. Moulin; IFROSS, 2017. Français. tel-03503641. p.506

<sup>212</sup>C.E., 18 oct. 1989, req. n°75096

d'hôpital général « non habilité à séquestrer des aliénés » et qui n'avait pas transmis de procédure de transfert sous placement d'office ou à la demande d'un tiers dans un établissement habilité à cet effet.

Puis, des sanctions pénales ont été instaurées avec la loi du 5 Juillet 2011, à travers les articles L.3215-1 à L.3215-4 du code de la santé publique. L'article L.3215-1 du CSP prévoit une peine d'un an d'emprisonnement et de 15 000 euros d'amende le fait pour le directeur d'un établissement autorisé, de maintenir une mesure de soins psychiatriques dont une personne fait l'objet, quelle qu'en soit la forme, alors que la levée de la mesure a été ordonnée par le représentant de l'État ou par le J.L.D., ou lorsque la mesure de soins doit être levée. Puis l'article L.3215-2 du code de la santé publique prévoit une sanction de six mois d'emprisonnement et de 7500 euros d'amende le fait pour le directeur d'un établissement autorisé d'avoir admis une personne en soins psychiatriques à la demande d'un tiers sans avoir obtenu la demande d'admission en soins et les certificats médicaux d'admission. Dès lors, nous pouvons constater que le directeur d'établissement est pénalement responsable en cas de non-respect du cadre légal de l'hospitalisation sans consentement. Le médecin peut également être sanctionné, l'article L.3215-4 dispose qu'est puni de six mois d'emprisonnement et de 7500 euros d'amende le fait pour un médecin d'un établissement habilité, de refuser ou d'omettre d'établir dans les délais prescrits les certificats médicaux relevant de sa responsabilité. Cependant, dans les faits, ces dispositions pénales sont très peu utilisées.

## **II. Le renforcement des prérogatives des autorités de contrôle**

Malgré l'existence de voies de recours efficaces, la vulnérabilité du patient peut constituer une entrave dans l'exercice de leurs droits, les rendant incapables d'exercer leurs voies de recours.

Dès lors, des contrôles réguliers ont été instaurés par l'article L.3222-4 du code de la santé publique qui prévoit que les établissements habilités soient visités sans publicité préalable au moins une fois par an par le représentant de l'État, par le représentant du T.G.I., par le procureur de la République et par le maire de la commune. Ce sont donc les autorités qui peuvent recevoir les réclamations des personnes admises en soins psychiatriques sans leur

consentement qui doivent procéder à toutes les vérifications utiles. Cependant, dans la pratique, ces autorités ne contrôlent que très rarement les établissements de santé. La C.D.S.P (A.). Et le C.G.L.P.L. (B.) prennent donc le relai.

### **A) Les missions de la commission départementale des soins psychiatriques renforcées**

Dès 1872, une proposition avait été faite préconisant la création d'une commission permanente de surveillance. En 1976, le comité « pour une charte des libertés »<sup>213</sup>, animé par Robert Badinter, souhaitait placer les hôpitaux psychiatriques sous le contrôle de commissions spéciales composées de médecins, de juristes et d'élus locaux. Finalement, c'est la loi du 27 Juin 1990 qui crée les commissions départementales des hospitalisations psychiatriques (C.D.H.P.), qui deviennent commissions départementales des soins psychiatriques avec la loi du 5 Juillet 2011. Dès lors, alors que les C.D.S.P. exercent un contrôle efficace sur les libertés individuelles (1.), on pourrait imaginer qu'elles deviennent de véritables juridictions (2.)

#### **1. Un contrôle efficace sur les libertés individuelles**

La C.D.S.P. est chargée d'examiner la situation des personnes en services psychiatriques dès leur admission. En effet, l'article L.3223-1 du code de la santé publique prévoit que celle-ci soit tenue informée de toute décision d'admission en soins psychiatriques, ainsi que de tout renouvellement de cette décision et de toute décision mettant fin à ces soins. De plus, la C.D.S.P. reçoit les réclamations des personnes faisant l'objet de soins sans consentement et examine leur situation. Mais le principal pouvoir de la C.D.S.P. est la possibilité de proposer au J.L.D. la levée d'une mesure, et ce en application de l'article L.3212-9 du code de la santé publique.

De plus, la C.D.S.P. doit adresser chaque année son rapport d'activité au J.L.D., au représentant de l'État, au directeur général de l'Agence Régionale de Santé (A.R.S), au procureur de la République ainsi qu'au C.G.L.P.L. Ce rapport doit comporter « les statistiques d'activité de la commission, le bilan de l'utilisation de la procédure d'admission

---

<sup>213</sup>BERARD K. « *Les soins psychiatriques sans consentement en droit contemporain* ». Droit. Université Lyon 3 J. Moulin; IFROSS, 2017. Français. tel-03503641. p.513

en soins en cas de péril imminent et de la procédure applicable en cas d'urgence et de risque grave d'atteinte à l'intégrité du malade, une synthèse des conclusions de la commission sur les réclamations qu'elle a reçues et sur les constatations qu'elle a opérées lors de la visite d'établissements, notamment en ce qui concerne la tenue des registres et le respect des libertés individuelles et de la dignité des personnes, ainsi que le nombre de malades entendus »<sup>214</sup>.

Les contrôles exercés par les C.D.S.P., bien que redoutés par les établissements de santé, leur sont pourtant indispensables pour leur permettre de progresser dans la dynamique du respect des droits.

## 2. L'évolution des C.D.S.P. en juridiction : une hypothèse intéressante

Dans un arrêt du 5 Novembre 1981<sup>215</sup>, la CEDH s'est prononcée en faveur de commissions de contrôle psychiatrique habilitées à exercer un pouvoir juridictionnel. Elle indiquait alors que « rien n'empêche de considérer pareil organe spécialisé comme un "tribunal" au sens de l'article 5§4 s'il jouit de l'indépendance voulue et si sa procédure s'entoure de garanties suffisantes, adaptées à la nature de la privation de liberté en question » et précisait que « par tribunal, l'article 5§4 n'entend pas nécessairement une juridiction de type classique, intégrée aux structures judiciaires ordinaires du pays ». Dès lors, les mesures de soins sans consentement pourraient être confiées à des commissions, à condition que celles-ci restent sous le contrôle d'un juge. Certains auteurs proposent alors que les C.D.S.P. soient transformées en juridiction<sup>216</sup>, tout comme la commission des recours des réfugiés a pu devenir la Cour Nationale du droit d'asile. Ainsi, en les plaçant sous l'autorité du J.L.D., le législateur pourrait conférer « l'autorité judiciaire » à ces commissions.

Cependant, avant d'envisager de faire de ces commissions des juridictions de contrôle, certains aspects sont à revoir. En effet, Jean-Marie Delarue déplorait la difficulté des

---

<sup>214</sup>BERARD K. « *Les soins psychiatriques sans consentement en droit contemporain* ». Droit. Université Lyon 3 J. Moulin; IFROSS, 2017. Français. tel-03503641. p.515-516

<sup>215</sup>C.E.D.H., 5 nov. 1981, *X. c./Royaume-Uni*, série A, n°46, p. 23

<sup>216</sup>GUILBERT F., « *Liberté individuelle et hospitalisation des malades mentaux* », Librairies techniques, Paris, 1974, p. 282. In : BERARD K. « *Les soins psychiatriques sans consentement en droit contemporain* ». Droit. Université Lyon 3 J. Moulin; IFROSS, 2017. Français. tel-03503641. p.522

autorités à faire fonctionner les C.D.S.P., et notamment à nommer les deux psychiatres requis pour leur composition<sup>217</sup>. Il reprochait également à ces commissions de ne pas jouer leur rôle assez activement, notamment lorsqu'elles ne passent que très brièvement dans les établissements et qu'elles restent inaccessibles aux malades. De plus, Denys Robiliard note également certaines fragilités des C.D.S.P. dans son rapport de 2013<sup>218</sup>. En effet, il constate que les C.D.S.P. sont défaillantes dans un quart des départements, le nombre de réunions enregistrées n'atteignant pas le seuil minimal exigé par la réglementation. Dès lors, « il conviendrait de redynamiser les C.D.S.P. en redéfinissant leur rôle en articulation avec celui du J.L.D., en exploitant et en diffusant leurs comptes-rendus et rapports d'activité par une structure nationale identifiée »<sup>219</sup>.

Dès lors, en attendant le renforcement du rôle des C.D.S.P., il convient de se pencher sur celui du C.G.L.P.L.

### **B) Les missions du contrôleur général des lieux de privation de liberté renforcées**

Le C.G.L.P.L. a été créé suite à l'adoption par l'ONU de la Convention contre la torture et autres peines ou traitements cruels, inhumains ou dégradants le 10 décembre 1984<sup>220</sup>. Le protocole facultatif à cette Convention signé en 2002 ajoute dans son article 1er « l'établissement d'un système de visites régulières, effectuées par des organismes internationaux et nationaux indépendants, sur les lieux où se trouvent des personnes privées de liberté, afin de prévenir la torture et autres peines ou traitements cruels, inhumains ou dégradants ». Ainsi, afin de permettre à la France de ratifier ce protocole, une loi a été adoptée le 20 Octobre 2007, instituant le Contrôleur générale des lieux de privation de liberté,

---

<sup>217</sup>Auditionné par Denys Robiliard le 21 fév. 2013, et cité par ROBILIARD (D.), Rapport d'information n°1662 en conclusion des travaux de la mission sur la santé mentale et l'avenir de la psychiatrie, op. cit., p. 72. In : BERARD K. « *Les soins psychiatriques sans consentement en droit contemporain* ». Droit. Université Lyon 3 J. Moulin; IFROSS, 2017. Français. tel-03503641. p.522

<sup>218</sup>ROBILIARD D., Rapport d'information n°4486 en conclusion des travaux de la mission d'évaluation de la loi n°2013-869 du 27 septembre 2013 modifiant certaines dispositions issues de la loi n°2011-803 du 5 juillet 2011 relative aux droits et à la protection des personnes faisant l'objet de soins psychiatriques et aux modalités de leur prise en charge

<sup>219</sup>BERARD K. « *Les soins psychiatriques sans consentement en droit contemporain* ». Droit. Université Lyon 3 J. Moulin; IFROSS, 2017. Français. tel-03503641. p.523

<sup>220</sup>O.N.U., *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 des Nations-unies dans sa résolution 39/46 du 10 décembre 1984, entrée en vigueur le 26 juin 1987, conformément aux dispositions de l'article 27, [www.ohchr.org](http://www.ohchr.org)

autorité administrative indépendante devenue indispensable (1.), qui pourrait voir ses prérogatives renforcées à travers la mise en place d'un contrôle annuel obligatoire (2.)

1. Le C.G.L.P.L. : une autorité administrative indépendante devenue indispensable

Le C.G.L.P.L. est une autorité administrative indépendante chargée 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 ». Pour ce faire, il peut visiter à tout moment tous lieux où les personnes sont privées de leur liberté par décision d'une autorité publique. Le C.G.L.P.L. joue un rôle important au sein des institutions pénitentiaires mais également dans les commissariats de police et de gendarmerie, les centres de rétention administrative, les centres éducatifs fermés et les établissements de santé.

Le C.G.L.P.L. a plusieurs prérogatives, il visite les lieux dans lesquels des personnes sont privées de liberté, formule des observations, avis et recommandations. Il peut également dénoncer des faits portant atteinte aux droits fondamentaux des personnes. Lorsque le C.G.L.P.L. constate une violation grave des droits fondamentaux d'une personne privée de liberté, il communique la situation sans délai aux autorités compétentes, il peut rendre ces observations publiques et peut également dénoncer au Procureur de la République des faits constatés qui constitueraient une infraction.

Un rapport annuel est publié chaque année par le C.G.L.P.L dans le but d'exercer une pression sur les pouvoirs publics, mais aussi afin de guider les établissements de santé vers des pratiques plus respectueuses des libertés fondamentales et des droits des patients.

Si, en théorie, les droits fondamentaux des patientes en soins sans consentement sont plutôt clairs, ils sont en pratique mal connus et insuffisamment appliqués par les établissements de santé. Les rapports du C.G.L.P.L. permettent ainsi d'explicitier les attendus et de dénoncer les mauvaises pratiques, afin de permettre que les droits des patients soient appliqués de manière uniforme sur l'ensemble du territoire. L'ensemble des rapports du C.G.L.P.L. dressent le constat de violations de libertés fondamentales, que ce soit au regard de la liberté d'aller et venir, de la liberté de culte, du droit à l'information ou encore du droit à



la vie privée. Dès lors, la diversité des atteintes aux libertés fondamentales constatée par le C.G.L.P.L. démontre la nécessité d'un contrôle annuel des établissements de santé.

2. La mise en place d'un contrôle annuel obligatoire : une possibilité de renforcer les prérogatives du C.G.L.P.L.

Les contrôles du C.G.L.P.L. permettent à de nombreux établissements accueillant des patients en soins sans consentement d'améliorer le respect des droits fondamentaux de ceux-ci. De plus, les avis et rapports émis par le C.G.L.P.L. contribue à faire progresser ma reconnaissance et la défense des droits et des libertés fondamentales des patients admis en soins sans consentement. Ainsi, « Le C.G.L.P.L. a rappelé que la psychiatrie contemporaine n'est plus fondée ni sur le modèle asilaire, ni sur le paternalisme autoritaire mais qu'elle doit désormais intégrer la revendication d'autonomie des personnes issues des sociétés occidentales. »<sup>221</sup>. De plus, les constats réalisés par le C.G.L.P.L. ont contribué à des avancées législatives, notamment sur le sujet de l'isolement et de la contention.

Ainsi, les apports du C.G.L.P.L. dans le respect des droits et libertés fondamentales des personnes en soins sans consentement fait penser que pour « permettre à tous les patients sans exception de bénéficier des bienfaits de ces contrôles, les visites du C.G.L.P.L. mériteraient d'être généralisées à tous les établissements, selon un échéancier régulier »<sup>222</sup>. Cela permettrait alors de « faire progresser les pratiques des établissements de soins dans l'intérêt des patients, tout en leur évitant de porter seuls une responsabilité collective qui tient aux usages d'une discipline sclérosée par ses habitudes »<sup>223</sup>

---

<sup>221</sup>BERARD K. « *Les soins psychiatriques sans consentement en droit contemporain* ». Droit. Université Lyon 3 J. Moulin; IFROSS, 2017. Français. tel-03503641. p.531

<sup>222</sup>*Ibid.* p.535

<sup>223</sup>*Ibid.* p.535



# **BIBLIOGRAPHIE**

## **OUVRAGES**

- BOURGEOIS M-L, HAUTSGEN T. « *Des passions (à propos du deuxième centenaire de la thèse d'Esquirol, 1805). En hommage à Georges Lanteri-Laura* », Institut Pitres et Régis, Hôpital Charles-Perrens, IPSO, Université Victor-Segalen Bordeaux II, Bordeaux, 2006.
- CANUT (E.), « *La mise en chambre d'isolement, un soin difficilement conciliable avec la protection de certains droits et des libertés fondamentales* », in LAUDE (A.) (dir.), *Consentement et santé*, Ed. Dalloz, Coll. Thèmes & commentaires, Paris, 2014, pp. 271-285
- CARROY J., OHAYON A. et PLAS R., « *Histoire de la psychologie en France* », Grands repères, La Découverte, 2006.
- CUINIER L., « *La judiciarisation des hospitalisations sous contrainte* ».
- DELAFARGE, H. « *La protection de la Liberté individuelle dans la loi du 30 Juin 1838 sur les aliénés* ». Ancienne Maison L.Larose & Forcel, 1905.
- ESQUIROL, E. « *Des Passions considérées comme causes, symptômes et moyens curatifs de l'aliénation mentale* » Paris, Imprimerie Didot Jeune, 1805
- ESQUIROL, E. « *Des Établissements des aliénés en France et des moyens d'améliorer le sort de ces infortunés* » Paris, 1819
- FRIARD D., « *L'isolement en psychiatrie : séquestration ou soin* », Ed. Hospitalières, Vincennes, 1998, 229 p.
- GUILBERT F., « *Liberté individuelle et hospitalisation des malades mentaux* », Librairies techniques, Paris, 1974.
- LOISEAU C., « *L'hospitalisation psychiatrique : loi du 27 juin 1990* », Ed. T.S.A., Paris, 1991
- LONDRES A., « *Chez les fous* ». La République des lettres, Rocher, 2019.
- OURY J., « *Psychiatrie et psychothérapie institutionnelle* », Payot, 1976. In : « Soins sans consentement et droits fondamentaux », Rapport CGLPL, Dalloz, Paris.
- THERON S., « *Regards critiques sur une modalité ambivalente de soins psychiatriques : les soins ambulatoires sans consentement* ».
- WACHSMANN P., « *Libertés publiques* ». Dalloz

## THÈSES

- BERARD K. « *Les soins psychiatriques sans consentement en droit contemporain* ». Droit. Université Lyon 3 J. Moulin; IFROSS, 2017. Français. tel-03503641.
- MANDY C., « *La prison et l'hôpital psychiatrique du XVIIIe au XXIe siècle : institutions totalitaires ou services publics ?* », Contribution à l'étude de la privation de liberté et du paradigme de l'institution totale, thèse pour le doctorat de droit public, Université de Nantes, 2011, 782 p., p. 621.

## AVIS, ÉTUDES, RAPPORTS

- « *Avis sur les premiers effets de la réforme des soins psychiatriques sans consentement sur les droits des malades mentaux* », C.N.C.D.H., 22 mars 2012
- « *Feuille de route Santé mentale et psychiatrie* », Comité stratégique de la Santé Mentale et de la Psychiatrie, 28 Juin 2018
- « *La santé mentale : nouvelle conception, nouveaux espoirs* », O.M.S., Genève, 2002, p.182.
- « *Programme de soins psychiatriques sans consentement* ».HAS, Mars 2021
- « *Rapport d'activité 2021* », le contrôleur général des lieux de privation de liberté. Dalloz, Paris.
- « *Rapport d'information déposé par la commission des affaires sociales, sur la mise en œuvre de la loi du 5 juillet 2011* », BLISKO S., LEFRAND G., A.N., 22 fév. 2012, n°4402, 80 p., [www.assemblee-nationale.fr](http://www.assemblee-nationale.fr).
- « *Rapport d'information n°1662 en conclusion des travaux de la mission sur la santé mentale et l'avenir de la psychiatrie* », ROBILIARD D., p. 36
- « *Rapport d'information n°4486 en conclusion des travaux de la mission d'évaluation de la loi n°2013-869 du 27 septembre 2013 modifiant certaines dispositions issues de la loi n°2011-803 du 5 juillet 2011 relative aux droits et à la protection des personnes faisant l'objet de soins psychiatriques et aux modalités de leur prise en charge* », ROBILIARD D.
- « *Refus de traitement et autonomie de la personne* », C.C.N.E., avis n°87 du 14 avril 2005, [www.ccne-ethique.fr](http://www.ccne-ethique.fr).
- « *Soins sans consentement et droits fondamentaux* », Rapport CGLPL, Dalloz, Paris.

## NORMES JURIDIQUES

- Code de la santé publique
- *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 des Nations-unies dans sa résolution 39/46 du 10 décembre 1984, entrée en vigueur le 26 juin 1987, conformément aux dispositions de l'article 27, [www.ohchr.org](http://www.ohchr.org)
- Conseil de l'Europe, *Recommandation R(83)2, du comité des ministres sur la protection juridique des personnes atteintes de troubles mentaux et placées comme patients involontaire*
- Conseil de l'Europe, *Recommandation 818 (1977) relative à la situation des malades mentaux*. Texte adopté par l'Assemblée le 8 oct. 1977 (12e séance) in Textes du Conseil de l'Europe en matière de bioéthique, Vol. II, DH-BIO/INF (2014) 5, Strasbourg, avril 2014, 123 p., p. 11, [www.coe.int](http://www.coe.int)
- Conseil de l'Europe, *Recommandation 2004(10) relative à la protection des droits de l'homme et de la dignité des personnes atteintes de troubles mentaux*
- Circulaire du 15 Mars 1960 relative au plan directeur des hôpitaux psychiatriques
- Circulaire n°1029 du 11 mai 1978 relative aux accidents ou incidents survenus dans les établissements sanitaires et sociaux, [www.ascodocpsy.org](http://www.ascodocpsy.org)
- Loi Esquirol sur les aliénés du 30 Juin 183
- Loi n°70-1320 du 31 déc. 1970 relative aux mesures sanitaires de lutte contre la toxicomanie, et la répression du trafic et de l'usage illicite des substances vénéneuses, J.O. du 3 janv. 1971, p. 74
- Loi n°81-82 du 2 fév. 1981 renforçant la sécurité et protégeant la liberté des personnes.
- Proposition de résolution n°1459 tendant à la création d'une commission d'enquête sur la progression du nombre d'internements psychiatriques en France, HAGE G., A.N., [www.assemblee-nationale.fr](http://www.assemblee-nationale.fr).
- Recommandations éditées après la conférence de consensus des 24 et 25 Novembre 2004 sur le thème de la « *Liberté d'aller et venir dans les établissements sanitaires et médico-sociaux et obligation de soins et de sécurité* »

## JURISPRUDENCE

- C.E., 20 déc. 1855, *Commune d'Issoudun*, rec. p 759 ; S., 1856, p. 439. Cité par KISSANGOULA J., « *Libertés individuelles et hospitalisation sans consentement* », p. 92.
- C.E., 16 déc. 1881, *Département de la Sarthe*, rec. p. 980
- C.E., 18 oct. 1989, req. n°75096
- C.E.D.H., *Aiouaz c./France*, req. n°23101/03, 28 juin 2007, [www.hudoc.echr.coe.int](http://www.hudoc.echr.coe.int)
- C.E.D.H., *Donnadieu c./France*, req. n°9249/02, 7 Février 2006, [www.hudoc.echr.coe.in](http://www.hudoc.echr.coe.in)
- C.E.D.H., Cour (cinquième section), *Affaire G. c. France*, 23 Février 2012, 27244/09
- C.E.D.H., « *Lopez Ostra c./ Espagne* », req. n°16798/90, 9 décembre 1994, [www.hudoc.echr.coe.int](http://www.hudoc.echr.coe.int)
- C.E.D.H., *Mrs N. Evans c./Royaume-Uni*, req. n°6339/05, §71, 10 avril 200, [www.hudoc.echr.coe.int](http://www.hudoc.echr.coe.int)
- C.E.D.H., *Niemietz c./Allemagne*, req. n°13710/88, §29, 16 Décembre 1992, [www.hudoc.echr.coe.int](http://www.hudoc.echr.coe.int)
- C.E.D.H., *Pretty c./ Royaume-Uni*, §61, 25 avril 2002, [www.hudoc.echr.coe.int](http://www.hudoc.echr.coe.int)
- C.E.D.H., *Winterwerp c./ Pays-Bas*, req. n°6301/73, 24 oct. 1979, série A n°33, §39, pp. 17-18; [www.hudoc.echr.coe.int](http://www.hudoc.echr.coe.int)
- C.E.D.H., *X. c./Royaume-Uni*, série A, n°46, 5 nov. 1981.
- C.J.C.E., 15 mai 1986, *aff. 222/84*.
- Cons. const., n°83-164 DC, 29 déc. 1983, J.O. du 30 décembre 1983, p. 3871 ; rec., p. 67, consid. 28
- Cons. const., n°2004-492 DC, 2 mars 2004, consid. 4, J.O. du 10 mars 2004, p. 4637, texte n°4 ; rec. p. 66
- Cons. const., n°2010-71, Q.P.C., 26 nov. 2010
- Cass. civ. 1ère, 31 mars 2010, n°09-11.803, Bull. civ. I, n°77 ; [www.legifrance.gouv.fr](http://www.legifrance.gouv.fr)
- Cass. civ. 1ère, 3 juin 2010, n°09-13.591, Bull. civ. I, n°128 ; [www.legifrance.gouv.fr](http://www.legifrance.gouv.fr)
- Cass. civ. 1ère, 5 déc. 2012, n°11-24.527, non publié au bull. ; [www.legifrance.gouv.fr](http://www.legifrance.gouv.fr)
- T.A. Rennes, 18 juin 2012, n°1202373, Mme A. c/ C.H.S. Guillaume Régnier, J.C.P. A. n°40, 8 oct. 2012, n°2321

## ARTICLES DE REVUES

- ABERKANE P., « *Contribution à l'étude de l'évolution de la prise en charge des personnes hospitalisées sous contrainte* », R.G.D.M., mars 2014, n°50, pp. 127-151.
- BANTMAN P., « *Aujourd'hui, est-il pertinent de fermer l'unité ?* », Dossier « *La liberté d'aller et venir en psychiatrie* » - Santé mentale n°199, Juin 2015.
- BANTMAN P., « *La Liberté d'aller et venir en psychiatrie. Entre l'exigence de la loi, l'éthique et la réalité des pratiques. Cinq ans après la conférence de consensus, ou en sommes-nous ?* », L'information psychiatrique, vol. 86, no. 4, 2010, pp. 293-297
- BOLLOTTE, G., « *Les projets d'assistance aux malades mentaux avant la loi de 1838* », L'information psychiatrique, vol. 91, no. 6, 2015, pp. 499-503
- CARIA A., LETAILLER C., LOUBIÈRES C., « *Les mots des usagers* », Dossier « *La liberté d'aller et venir en psychiatrie* » - Santé mentale n°199, Juin 2015
- COUTURIER M., « *Les paradoxes de la contrainte et du consentement dans les programmes de soins en psychiatrie* », Rhizome, n°53, août 2014, pp. 5-6
- FRIARD D., « *Brève histoire de l'enfermement* ». Dossier « *La liberté d'aller et venir en psychiatrie* », Santé mentale n° 199, Juin 2015.
- FRIARD D. « *Les soins portes ouvertes, une pratique honteuse ?* », Dossier « *La liberté d'aller et venir en psychiatrie* » - Santé mentale n°199, Juin 2015. p.61
- HAZAN A., « *Certaines restrictions de liberté sont anormales* », Dossier « *La liberté d'aller et venir en psychiatrie* », Santé mentale n°199, Juin 2015, p.37
- LAVALLÉE Y-J., « *Le virage ambulatoire en psychiatrie : une perspective globale* », Santé mentale au Québec, Vol 21, n°1, printemps 1996
- MAILLARD-DÉCHENANS N., « *Ils t'attrapent, ils t'attachent, te serrent fort...* », Dossier « *La liberté d'aller et venir en psychiatrie* », Santé mentale n°199, Juin 2015.
- MORELLO R., RIOU M., MOREL P., « *Les chambres d'isolement en milieu psychiatrique* », Revue d'épidémiologie et de santé publique, 1996, n°44, pp. 214-220
- PECHILLON É., JONAS C. « *Liberté d'aller et venir : que dit le droit ?* », dossier « *La liberté d'aller et venir en psychiatrie* », santé mentale n°199, Juin 2015
- PENA A., « *Internement psychiatrique, liberté individuelle et dualisme juridictionnel : la nouvelle donne* », R.F.D.A., 2011, n°951
- RICHARD M-J. « *L'hospitalisation en établissement de santé mentale : un parcours obligé ?* », Pratiques en santé mentale, vol. 68, no. 1, 2022, pp. 55-62
- « *Soins sous contrainte: peut mieux faire !* », Santé mentale, n°173, déc. 2012.

- SUDRE F. cité par MANDY C., « *La prison et l'hôpital psychiatrique du XVIIIe au XXIe siècle : institutions totalitaires ou services publics ?* », Contribution à l'étude de la privation de liberté et du paradigme de l'institution totale, p. 621.
- VACHERON M-N., LAQUEILLE X., « *L'admission en soins psychiatriques sous contrainte : apports et limites de la loi du 5 juillet 2011* », Laennec, vol. 60, no. 1, 2012, pp. 10-23.
- WOELFFEL C., SAVARIS C., « *Soigner « clés en main » en psychiatrie* », Dossier « La liberté d'aller et venir en psychiatrie » - Santé mentale n°199, Juin 2015.

### **ARTICLES DE PRESSE**

- « *Le XIXème siècle, la loi de 1838 et l'« aliéniste »* », site du Conseil national des politiques de lutte contre la pauvreté et l'exclusion sociale, mis en ligne le 17 Novembre 2009, <https://www.cnle.gouv.fr/le-xixe-siecle-la-loi-de-1838-et-l.html>, consulté le 10 Juin 2022
- « *1909-1943 : Les années d'enfermement* », publié sur le site [museecamilleclaudel.fr](https://www.museecamilleclaudel.fr), <https://www.museecamilleclaudel.fr/fr/collections/camille-claudel/1909-1943-les-annees-denfermement>, consulté le 10 Juillet 2022
- LEVRAY N. « *10 questions sur la liberté d'aller et venir dans les établissements* », 25/07/2014, [Lagazettedescommunes.com](http://Lagazettedescommunes.com), consulté le 3 Juillet 2022.
- MOSCHETTI J., « *Développer des dispositifs ambulatoires qui protègent les urgences et l'hospitalisation* », [whatsupdoc-lemag.fr](http://whatsupdoc-lemag.fr), mis en ligne le 4 Octobre 2019, consulté le 13 Juillet 2022
- PRIEUR C., « *Le président de la République engage l'hôpital psychiatrique dans un tournant sécuritaire* » *Le Monde*, publié le 3 décembre 2008. [https://www.lemonde.fr/societe/article/2008/12/03/le-president-de-la-republique-engage-l-hopital-psychiatrique-dans-un-tournant-securitaire\\_1126307\\_3224.html](https://www.lemonde.fr/societe/article/2008/12/03/le-president-de-la-republique-engage-l-hopital-psychiatrique-dans-un-tournant-securitaire_1126307_3224.html). Consulté le 20 Juin 2022
- « *Santé mentale, souffrance psychique, troubles psychiques, handicap psychique... de quoi parle-t-on ?* », CÉAPSY, Consulté le 15 août 2022, à l'adresse <https://www.ceapsy-idf.org/sante-mentale-souffrance-psychique-troubles-psychiques-handicap-psychique-de-quoi-parle-t-on>
- « *Lens : un centre de santé mentale accusé d'infliger des mauvais traitements* », 20 Minutes, publié le 1er Mars 2022 et consulté le 23 Juillet 2022



## WEBOGRAPHIE

- OMS, *Troubles mentaux*, Consulté le 15 août 2022, à l'adresse <https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/mental-disorders>
- Institut du Cerveau, *Les Maladies Psychiatriques*, Consulté le 15 août 2022, à l'adresse <https://institutducerveau-icm.org/fr/maladies-psychiatriques/>
- Inserm, *Psychiatrie*, Consulté le 15 août 2022, à l'adresse <https://histoire.inserm.fr/les-domaines-de-recherche/psychiatrie>
- Service-Public.fr : « *Soins pour troubles psychiatriques* », consulté le 5 Juillet 2022
- Solidarités-santé.gouv.fr : « *Les droits des patients en psychiatrie* »; consulté le 7 Juillet 2022

# **TABLES DES MATIÈRES**

<b>TABLE DES PRINCIPALES ABREVIATIONS</b>	<b>7</b>
<b>SOMMAIRE</b>	<b>9</b>
<b>INTRODUCTION</b>	<b>11</b>
<b>Chapitre 1 : La nécessaire protection des libertés fondamentales dans le cadre des soins psychiatriques</b>	<b>19</b>
Section 1 : L'évolution de la protection accordée aux droits et libertés fondamentales des patients en soins psychiatriques	20
I. Les XVIIIème et XIXème siècle : une époque peu propice à la protection des libertés fondamentales	20
A. Les maladies mentales : des troubles encore peu connus	20
1. Un début balbutiant de la psychiatrie	21
2. Dû à un fort rejet des malades	21
B. Le texte de 1838 : un cadre juridique insuffisant	22
1. La loi Esquirol : un premier a cadre légal	22
2. Un texte avant tout insuffisant vis-à-vis de la protection des droits des malades	23
II. Le XXème et XXIème siècle : une avancée capitale vis-à vis des libertés fondamentales et de leur protection	25
A. La loi du 27 Juin 1990 : une avancée limitée dans la protection des malades	25
1. Une loi constituant un ample progrès	26
2. Une loi insuffisante voire inconstitutionnelle	27
B. La loi du 5 Juillet 2011 : entre pressions nationales et européennes et nécessité de l'intervention du juge judiciaire	28
1. Une réforme sous pression	28
2. La loi du 5 Juillet 2011 : une réforme sécuritaire	29
Section 2 : Le cadre juridique actuel : une protection des droits de l'internement au séjour en hôpital psychiatrique	32
I. L'entrée en hôpital psychiatrique	32
A. La demande de prise en charge en soins psychiatriques	32
1. La prise en charge consentie	32
2. La prise en charge non consentie	33
B. Le contrôle de nécessité : un contrôle exercé tout au long du parcours du patient	34
1. Le contrôle de nécessité lors de la prise en charge du patient	34
2. Le contrôle de nécessité après la prise en charge du patient en hôpital psychiatrique : le maintien et la levée des mesures de soins psychiatriques pour le maintien du patient en établissement psychiatrique	35
II. Le patient en hôpital psychiatrique : bénéficiaire de droits et de recours	37
A. Des droits au bénéfice des patients	38

1. Les droits susceptibles d'être exercés par d'autres personnes que le patient.	38
2. Les prérogatives au seul bénéfice du patient	39
B. La garantie du respect des libertés fondamentales permise par le recours au bénéfice des patients et les contrôles du C.G.L.P.L.	40
1. Les recours au bénéfice des patients	40
2. Les contrôles du C.G.L.P.L.	41
<b>Chapitre 2 : Les atteintes aux libertés fondamentales dans le cadre des soins psychiatriques</b>	<b>43</b>
Section 1 : La liberté d'aller et venir : une liberté fondamentale faisant l'objet d'atteintes	44
I. Le cadre légal de la liberté d'aller et venir : de la source internationale à la législation nationale	46
A. Un cadre international et européen	46
1. La liberté d'aller et venir déclamée dans les textes européens	46
2. Des restrictions encadrées	47
B. Le cadre législatif national et les pratiques des établissements de santé reflétant les textes européens	48
1. Une législation nationale sous l'influence des conventions européennes	48
2. Les pratiques des services psychiatriques reflétant les principes des textes européens	50
II. Des atteintes à la liberté d'aller et venir	51
A. Le régime juridique perfectible des soins sans consentement	52
1. L'usage mal maîtrisé de l'isolement et de la contention	52
2. La réintégration forcée à l'hôpital : un dilemme juridique	54
B. Des restrictions de liberté anormales entraînant des conséquences pénales	55
1. Le bilan du C.G.L.P.L. : un bilan négatif vis-à-vis des restrictions de liberté	56
2. Les conséquences de ces atteintes	57
Section 2 : Les autres droits sujets à des atteintes dans le cadre des soins psychiatriques	58
I. Le droit à l'information et au consentement	59
A. Le droit à l'information : une conditions nécessaire à l'exercice du droit au consentement par le patient	59
1. Le droit à l'information : un droit permettant le consentement éclairé du patient	59
2. La recherche de consentement : un droit inaliénable au statut de patient, même dans le cadre des soins psychiatriques	60
B. Des atteintes au droit à l'information compromettant inévitablement l'exercice du droit au consentement du patient	61
1. Le déficit d'information relatives au parcours de soin du patient	62
2. Un manque d'information sur les droits et recours des patients	63
II. Vie privée et dignité des patients : des droits non respectés dans le cadre des soins psychiatriques	64
A. Le respect de la vie privée dans le cadre des soins psychiatriques	64

1. Le droit à la vie privée affirmé dans les textes européens et nationaux	65
2. Le droit à la vie privée : un droit subissant des restrictions illégitimes	66
B. La dignité des patients mise à rude épreuve dans le cadre des soins psychiatriques	67
<b>Chapitre 3 : L'avenir des soins psychiatriques sans consentement : entre remise en cause des pratiques et renforcement des garanties accordées aux patients</b>	<b>69</b>
Section 1 : La remise en cause des pratiques dans le cadre des hospitalisations en soins psychiatriques	69
I. Le soin « portes ouvertes » : une alternative aux restrictions de la liberté d'aller et venir ?	69
A. Les restrictions à la liberté d'aller et venir : un enfermement difficilement supportable pour les patients, mais aussi pour les soignants	70
B. Le soin « porte ouverte » : comment faire ?	71
II. Les soins ambulatoires, une alternative à l'hospitalisation complète	74
A. L'hospitalisation complète : une démarche insatisfaisante	74
B. La mise en place des soins ambulatoires	76
C. Les soins ambulatoires : une alternative à l'hospitalisation complète bénéfique	77
Section 2 : Le renforcement des garanties accordées aux patients pour lutter contre les atteintes aux libertés fondamentales dans le cadre des soins psychiatriques	78
I. De nouvelles procédures judiciaires au bénéfice des patients	79
A. Un bloc de compétence unique consacré par la loi	79
1. Le principe ancien et contestable de la dualité juridictionnelle	80
2. La dualité juridictionnelle remise en cause concernant les contentieux relatifs aux soins sans consentement	81
B. Un régime de responsabilité protégeant les personnes soignées en service psychiatrique	81
1. Le contentieux civil lié aux soins sans consentement	82
2. Les rares condamnations visant à une sanction	83
II. Le renforcement des prérogatives des autorités de contrôle	84
A. Les missions de la commission départementale des soins psychiatriques renforcées	85
1. Un contrôle efficace sur les libertés individuelles	85
2. L'évolution des C.D.S.P. en juridiction : une hypothèse intéressante	86
B. Les missions du contrôleur général des lieux de privation de liberté renforcées	87
1. Le C.G.L.P.L. : une autorité administrative indépendante devenue indispensable	88
2. La mise en place d'un contrôle annuel obligatoire : une possibilité de renforcer les prérogatives du C.G.L.P.L.	89
<b>BIBLIOGRAPHIE</b>	<b>91</b>
<b>TABLES DES MATIÈRES</b>	<b>98</b>