

## AVERTISSEMENT

Ce document est le fruit d'un long travail approuvé par le jury de soutenance et mis à disposition de l'ensemble de la communauté universitaire élargie.

Il est soumis à la propriété intellectuelle de l'auteur : ceci implique une obligation de citation et de référencement lors de l'utilisation de ce document.

D'autre part, toute contrefaçon, plagiat, reproduction illicite de ce travail expose à des poursuites pénales.

Contact : [portail-publi@ut-capitole.fr](mailto:portail-publi@ut-capitole.fr)

## LIENS

Code la Propriété Intellectuelle – Articles L. 122-4 et L. 335-1 à L. 335-10

Loi n° 92-597 du 1<sup>er</sup> juillet 1992, publiée au *Journal Officiel* du 2 juillet 1992

<http://www.cfcopies.com/V2/leg/leg-droi.php>

<http://www.culture.gouv.fr/culture/infos-pratiques/droits/protection.htm>



# THÈSE



En vue de l'obtention du  
**DOCTORAT DE L'UNIVERSITÉ DE TOULOUSE**

Délivré par l'Université Toulouse Capitole

École doctorale : **Droit et Science Politique**

---

Présentée et soutenue par

**MALATERRE Julie**

le 20 Juin 2022

**La protection du patient hospitalisé en psychiatrie : quelles spécificités ?**

---

Discipline : *Sciences juridiques et politiques*  
Spécialité : *Droit public - Droit de la santé*  
Unité de recherche : *Institut Maurice Hauriou*

**Directeur de thèse :** Madame Sophie THERON,  
*Maître de Conférences de droit public (HDR), Université Toulouse 1 Capitole*

## JURY

- Rapporteurs** Madame Cécile CASTAING,  
*Maître de Conférences de droit public (HDR), Université de Bordeaux*  
Monsieur Alexandre LUNEL,  
*Maître de Conférences en histoire du droit (HDR), Université Paris VIII-Vincennes  
Saint-Denis*
- Examineurs** Monsieur Christophe ARBUS, *Professeur des Universités, Praticien Hospitalier,  
Psychiatrie, Université Toulouse III, CHU de Toulouse*  
Monsieur Xavier BIOY, *Professeur de droit public, Université Toulouse 1 Capitole*  
Monsieur Mathieu TOUZEIL-DIVINA, *Professeur de droit public, Université  
Toulouse 1 Capitole*



*« L'université n'entend ni approuver ni désapprouver les opinions particulières de l'auteur. »*



## **REMERCIEMENTS**

Je souhaite tout d'abord remercier avec une attention particulière Madame Sophie Théron, pour sa disponibilité et ses précieux conseils tout au long de ce travail de recherche, qu'elle trouve ici l'expression de ma profonde reconnaissance.

Ces remerciements s'adressent ensuite aux établissements de santé qui m'ont accueilli et aux professionnels rencontrés dans ce cadre qui ont émaillé de leur savoir et de leur expertise, la réalisation de ces travaux.

Je tiens également à exprimer toute ma gratitude à mes parents, ma famille et mes amis qui m'ont soutenu tout au long de mon doctorat, sans jamais se départir de leur confiance à mon égard.

Enfin, pour sa présence et son soutien, je remercie mon compagnon, Robin.



## LISTE DES PRINCIPALES ABREVIATIONS

AAI	Autorité administrative indépendante
AJDA	Actualité juridique droit administratif
AJ PENAL	Actualité juridique Pénal
ARS	Agence régionale de santé
ASE	Aide sociale à l'enfance
CAA	Cour administrative d'appel
CADA	Commission d'accès aux documents administratifs
CATTP	Centre d'accueil thérapeutique à temps partiel
CCNE	Comité consultatif national d'éthique
CDSP	Commission départementale des soins psychiatriques
CDU	Commission des usagers
CE	Conseil d'Etat
CEDH	Cour européenne des droits de l'homme
CESE	Conseil économique social et environnemental
CGLPL	Contrôleur général des lieux de privation de liberté
CHU	Centre hospitalier universitaire
CME	Commission médicale d'établissement
CMP	Centre médico-psychologique
CNIL	Commission nationale de l'informatique et des libertés
CPT	Communauté psychiatrique de territoire
CRIAVS	Centre ressources pour intervenants auprès d'auteurs de violences sexuelles
CTSM	Contrat territorial de santé mentale
DGOS	Direction générale de l'offre de soins
DIHAL	Délégation interministérielle à l'hébergement et à l'accès au logement
DMP	Dossier médical partagé
DRESS	Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques
EHESP	Ecole des hautes études en santé publique
EPSM	Établissement public de santé mentale
FHF	Fédération hospitalière de France
GHT	Groupement hospitalier de territoire



HAD	Hospitalisation à domicile
HAS	Haute autorité de santé
HJ	Hôpital de jour
IGAS	Inspection Générale des affaires sociales
JLD	Juge des libertés et de la détention
OMS	Organisation mondiale de la santé
OPP	Ordonnance de placement provisoire
PDS	Programme de soins
PTSM	Projet territorial de santé mentale
RDS	Revue droit et santé
RDSS	Revue de droit sanitaire et social
RPS	Réhabilitation psycho-sociale
SMPR	Service médico-psychologique régional
SPH	Service public hospitalier
UCSA	Unité de consultations de soins ambulatoires
UHSA	Unité hospitalière spécialement aménagée
UMD	Unité pour malades difficiles
QPC	Question prioritaire de constitutionnalité
ZF	Zone fermée - fermable

# SOMMAIRE

## **Introduction générale**

### **Première partie - Les spécificités de la protection du patient hospitalisé en psychiatrie**

#### **Titre 1** - Des spécificités résultant de la nature psychiatrique de la prise en charge

Chapitre 1 - Une protection du patient en soins psychiatriques différenciée de celle du patient en soins somatiques

Chapitre 2 - Une protection différenciée selon la nature des soins psychiatriques

#### **Titre 2** - Des spécificités résultant du « statut » du patient hospitalisé en psychiatrie

Chapitre 1 - La protection liée à l'âge du patient

Chapitre 2 - La protection liée à la situation juridique du patient

### **Deuxième partie - La pertinence des spécificités de la protection du patient hospitalisé en psychiatrie**

#### **Titre 1** - Le renforcement souhaitable d'une protection différenciée du patient selon le régime de soins psychiatriques

Chapitre 1 - L'opportunité d'une protection spécifique du patient en soins libres

Chapitre 2 - La consolidation indispensable de la protection du patient en soins sans consentement

#### **Titre 2** - La nécessité d'un équilibre entre la protection liée au régime de soins psychiatriques et celle liée au statut du patient

Chapitre 1 - Les difficultés liées à la prépondérance donnée au statut du patient

Chapitre 2 - Le rétablissement d'un équilibre par l'adaptation de la formation des intervenants

## **Conclusion générale**



## **Introduction générale**

Selon l'Organisation mondiale de la santé (OMS) : « un européen sur quatre est touché par des troubles psychiques au cours de sa vie. En France, une personne sur cinq souffre de troubles mentaux »<sup>1</sup>. Ce nombre croissant de personnes atteintes de pathologies psychiatriques nous conduit à nous interroger sur la protection juridique qui leur est accordée par le droit positif. La psychiatrie est devenue un enjeu majeur des politiques de santé publique.

Si les juristes s'attachent depuis plusieurs décennies aux droits du patient, en raison de réformes récentes<sup>2</sup> intervenues souvent en réaction à des actualités médiatisées, la psychiatrie devient aussi un objet d'étude à part entière du droit de la santé. Dès lors, il nous est apparu opportun de réfléchir à la manière dont le patient hospitalisé en psychiatrie est protégé.

Après avoir précisé les motivations nous ayant conduit à nous intéresser à cette question et la perspective dans laquelle nous nous situons (I), nous pourrions préciser les termes du sujet, la problématique et le plan retenus (II).

### **I- Le choix du sujet**

Deux types de considérations nous ont conduits à choisir ce sujet de recherche : les premières sont d'ordre général et relatives à la place croissante que semble occuper la santé mentale et la psychiatrie dans les politiques publiques (A), quand les secondes sont plus concrètes et liées à des stages réalisés au sein d'établissements publics de santé (B).

#### **A- Des considérations générales**

Il est aujourd'hui devenu banal de constater que la psychiatrie en France - et particulièrement la psychiatrie publique- est en crise. En effet, alors que depuis plusieurs années les demandes de soins dans ce secteur sont en constante augmentation, les réponses apportées semblent

---

1 CESE, rapport « Améliorer le parcours de soin en psychiatrie », GAUTIER A., DRU A., mars 2021, p11. SAFON M-O., « La santé mentale en France et dans les pays de l'OCDE », Institut de recherche et documentation en économie de la santé, octobre 2019, p 3.

2 Loi n° 2011-803 du 5 juillet 2011 relative aux droits et à la protection des personnes faisant l'objet de soins psychiatriques et aux modalités de leur prise en charge.

Loi n° 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.

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

insuffisantes. A ce titre, en 2018, 2,1 millions de patients ont été pris en charge en ambulatoire et 425 000 à temps complet ou partiel au sein des établissements de santé autorisés en psychiatrie<sup>3</sup>. Le constat de cette insuffisance pose question en termes de droit et d'accès aux droits. De plus, la forte précarité de ces patients accentue le phénomène précité constituant à la fois un déterminant de la santé et une conséquence induite par la maladie mentale.

Comme le souligne un rapport récent du Conseil économique social et environnemental (CESE), les inégalités sociales et territoriales sont de plus en plus marquées. Les moyens humains, financiers et structurels consacrés à la psychiatrie ne permettent plus de répondre à la demande de soins croissante<sup>4</sup>. En parallèle, la prévention et le repérage précoce sont insuffisants et, par conséquent, les diagnostics trop tardifs. Ce phénomène engendre des hospitalisations en urgence au sein de services de soins déjà saturés. La situation est alors alarmante car les patients sont pris en charge dans des conditions souvent irrespectueuses de leurs droits. Des dysfonctionnements majeurs sont constatés avec notamment un accès aux soins très complexe qui, pour certains patients, se traduit par « une attente sur des brancards dans les couloirs même des urgences »<sup>5</sup> ou encore « des placements systématiques en chambre d'isolement par manque de lits d'hospitalisation au sein des services de psychiatrie générale »<sup>6</sup> : autant de situations qui interrogent sur la protection accordée au patient souffrant de troubles psychiatriques.

Certes, dans le cadre de la stratégie nationale de santé « Ma santé 2022, un engagement collectif »<sup>7</sup>, un plan de transformation a été élaboré, définissant le cadre de référence des actions de prévention et de promotion de la santé. En cohérence avec cette stratégie, la feuille de route *Santé mentale et psychiatrie* tente d'apporter des réponses en proposant un plan d'actions selon trois axes : il s'agit d'abord de « Promouvoir le bien être mental, prévenir et repérer précocement la souffrance psychique, et prévenir le suicide », puis de « Garantir des

---

3 A titre indicatif, l'offre de soins psychiatriques est majoritairement publique. D'après l'étude de la DRESS en 2018, sur 617 établissements de santé, plus de la moitié appartiennent au secteur public avec 67% de la capacité hospitalière à temps complet ou partiel et la quasi-totalité de l'offre ambulatoire. L'autre moitié des établissements de santé se divise à parts égales entre les cliniques privées et les établissements privés à but non lucratif. Il convient de relever que 62% des établissements de santé délivrant des soins psychiatriques sont spécialisés autrement dit ils sont autorisés uniquement en psychiatrie. Ceci concerne la grande majorité des ESPIC ayant une activité en psychiatrie.

4 CESE, rapport « Améliorer le parcours de soin en psychiatrie », GAUTIER A., DRU A., mars 2021, p11.

5 CGLPL, rapport de visite Etablissement public de santé mentale Etienne Gourmelen Quimper, 13 au 17 janvier 2020, p 2.

CGLPL, rapport de visite Centre hospitalier universitaire de Saint-Etienne, 8 au 15 janvier 2018, p 2.

CGLPL, recommandations en urgence du 1<sup>er</sup> février 2022 relatives au centre de santé mentale Jean-Baptiste-Pussin à Lens.

6 CGLPL, rapport « Isolement et contention dans les établissements de santé mentale », 2016, p 12-13.

7 Loi n° 2019-774 du 24 juillet 2019 relative à l'organisation et à la transformation du système de santé.

parcours de soins coordonnés et soutenus par une offre en psychiatrie accessible, diversifiée et de qualité », et enfin d'« Améliorer les conditions de vie et d'inclusion sociale et la citoyenneté des personnes en situation de handicap psychique »<sup>8</sup>. L'émergence progressive d'une réponse aux problématiques d'un secteur en crise est ainsi l'un des premiers éléments ayant attiré notre attention.

Pourtant l'ensemble des difficultés soulignées dans le rapport du CESE ont à nouveau été mises en évidence lors des Assises de la santé mentale et de la psychiatrie qui se sont déroulées les 27 et 28 septembre 2021. Même si à cette occasion le chef de l'Etat a réaffirmé que « la psychiatrie de secteur était pionnière du parcours de soins psychiatriques », les professionnels de santé et les représentants des usagers ont exprimé de fortes attentes afin de pallier les problématiques que rencontre la psychiatrie publique<sup>9</sup>. Il apparaît en particulier nécessaire, selon eux : « de mettre fin au sous-investissement financier chronique ayant des effets délétères sur la qualité de la prise en charge, ou encore de modifier le regard porté par les citoyens sur la santé mentale en raison de la stigmatisation dont sont encore trop souvent victimes les usagers »<sup>10</sup>. A l'issue de ces journées, le chef de l'Etat a promis des moyens supplémentaires et présenté quatre axes de travail, à savoir : l'amélioration « du repérage, de la prise en charge et du suivi des troubles psychiques des enfants et des jeunes », celle de « l'accès aux soins par le développement de l'offre de psychiatrie et l'amélioration de la qualité des soins », de « l'attractivité de la filière de psychiatrie et de pédopsychiatrie auprès des professionnels », et enfin a proposé de « soutenir la recherche et les innovations numériques en santé mentale »<sup>11</sup>.

Autant d'éléments qui confortent l'idée d'une nécessaire réflexion autour de la protection du patient hospitalisé en psychiatrie. Celle-ci ne pouvait se conduire, selon nous, sans se nourrir d'observations issues de la pratique.

---

8 Ministère des solidarités et de la santé, Feuille de route « Santé mentale et psychiatrie », Jeudi 28 juin 2018, p 4.

Voir site internet : [vie-publique.fr](http://vie-publique.fr)

9 APM News, « Assises de la santé mentale et de la psychiatrie : les professionnels ont encore de fortes attentes », 1er octobre 2021.

10 *Ibid.*

11 CORDIER C., « L'Élysée annonce un plan global en santé mentale avec accès facilité aux psychologues », Hospimedia, 28 septembre 2021, p 1-3.

Trois grands axes ont été abordés : information et prévention, organisation des soins et recherche.

## **Des considérations concrètes**

Afin d'essayer de mieux comprendre la manière dont le patient hospitalisé en psychiatrie est protégé, nous avons eu l'opportunité d'effectuer des stages au sein de deux établissements publics de santé : l'un dans un Centre hospitalier spécialisé en psychiatrie (Centre hospitalier Gérard Marchant) et l'autre dans un Centre hospitalier universitaire (CHU de Toulouse).

Au Centre hospitalier Gérard Marchant, une première étude a été réalisée au sein des zones fermables des sept unités d'admission sectorisées. L'intérêt de ces travaux était d'analyser le fonctionnement différent de ces zones de soins par rapport à celui des autres services de psychiatrie générale. Cela a évidemment des conséquences sur la manière dont les droits du patient sont mis en œuvre et respectés.

Puis, une immersion au sein de l'Unité hospitalière spécialement aménagée (UHSA) a permis de mieux comprendre la coexistence de deux logiques antagonistes au sein d'un lieu de soins : les enjeux de la protection d'une personne détenue souffrant de troubles psychiatriques semblaient distincts de ceux constatés en psychiatrie générale, ce qui a mis en lumière l'intérêt d'étudier ce statut particulier et les spécificités qui en découlent.

La réalisation d'un second stage au CHU de Toulouse a été nécessaire en raison de la diversité des unités de psychiatrie. Une première étape d'observation a été organisée au sein du service des urgences psychiatriques. Celui-ci est souvent considéré comme une « porte d'entrée » dans le parcours de soins psychiatriques en sus des Centre médico-psychologiques (CMP) ou de la psychiatrie libérale. Cela nous a permis de mieux appréhender la construction de la filière de soins à partir des urgences psychiatriques, de comprendre quelle est l'articulation entre les acteurs afin de garantir la fluidité du parcours. Par la même occasion, elle a facilité la compréhension des difficultés rencontrées par les professionnels de santé face à une réglementation pas toujours adaptée aux réalités de terrain et par conséquent, nous a permis de cerner les limites de la protection d'un patient pris en charge aux urgences psychiatriques.

Il nous a été également proposé d'accompagner les équipes de pédopsychiatrie<sup>12</sup> et de gérontopsychiatrie<sup>13</sup> du CHU de Toulouse. A cette occasion, nous avons pu constater que la protection accordée au patient hospitalisé en fonction de son âge était insuffisamment adaptée à ses besoins, entraînant ainsi des atteintes à ses droits.

---

12 Villa Ancely, service d'hospitalisation de pédopsychiatrie du CHU de Toulouse.

13 Unité mobile de psychiatrie du sujet âgé (UMPSA), CHU de Toulouse.

Forte de cette expérience, nous souhaitons nous attacher à la manière dont le patient est protégé en psychiatrie et tenter de proposer, dans ces travaux de recherche, des éléments pour améliorer sa situation.

## **II- La délimitation des termes du sujet, de la problématique et du plan**

Il convient à présent de définir les termes du sujet (A), d'exposer notre problématique et le plan retenu pour ce travail de recherche (B).

### **A- Les termes du sujet**

Il apparaît nécessaire de préciser ce que l'on entend par « protection du patient hospitalisé en psychiatrie » (1) mais aussi ce que désignent les « spécificités » de cette protection (2).

#### **1- La protection du patient hospitalisé en psychiatrie**

Après avoir expliqué ce que recouvre les termes de « protection du patient » (a), nous justifierons notre choix de nous attacher spécialement à la situation des personnes hospitalisées (b).

##### **a- La protection du patient**

La terminologie de « protection » vient du latin « protectio », nom issu du verbe « protegere » qui signifie « protéger » et se définit comme « la prise de la défense de quelqu'un, de quelque chose »<sup>14</sup>. Ainsi la protection est « l'action de porter secours et appui »<sup>15</sup>. Juridiquement, la protection est « la précaution qui, répondant au besoin de celui ou de ce qu'elle couvre et correspondant en général à un devoir pour celui qui l'assure, consiste à prémunir une personne ou un bien contre un risque, à garantir sa sécurité, son intégrité (...) par des moyens juridiques ou matériels »<sup>16</sup>. Dès lors, au-delà de l'action de protéger, la protection se traduit aussi par la mise en place d'un système - dit de protection- établi par le législateur, c'est le cas par exemple de la mise en œuvre des mesures de protection juridique telles que la tutelle ou la curatelle. Ainsi le terme de protection recouvre deux aspects pour le patient hospitalisé en psychiatrie puisqu'il s'agit d'une part, d'étudier comment ses droits sont garantis durant sa

---

14 Site internet du Centre national de ressources textuelles et lexicales.

15 Le littré, dictionnaire de la langue française.

16 CORNU G. (Dir.), *Vocabulaire juridique*, association H. Capitant, PUF, 13ème édition, 2020.



prise en charge et d'autre part, de prendre en considération le fait qu'il peut, comme toute autre personne faire l'objet d'une mesure de protection juridique.

Le terme de patient, objet de notre étude, se distingue a priori de celui de malade. Selon l'OMS, la maladie équivaut à « tout dysfonctionnement d'origine psychologique, physique ou/et sociale, qui se manifeste sous différentes formes<sup>17</sup>. Le malade est donc le substantif désignant : « tout être vivant qui souffre d'une maladie somatique ou psychiatrique »<sup>18</sup>.

Dès son apparition vers 1120 dans la langue française le terme de patient, lui, désigne originellement le seul individu « endurent, qui supporte »<sup>19</sup>. Il acquiert une seconde acception au cours du XIV<sup>e</sup> siècle lorsqu'il reçoit en philosophie, le sens didactique et étymologique de « personne qui subit »<sup>20</sup>. Le patient devient un malade par rapport au médecin et se détermine donc par une relation thérapeutique<sup>21</sup>.

Le malade doit procéder à une démarche volontaire afin que le sachant se déplace à son chevet<sup>22</sup>. Nous souscrivons à cette réflexion de Benjamin Pitcho pour qui l'assimilation du *patient* à la personne malade face à son médecin, si elle est conforme à son évolution, apparaît trop restreinte<sup>23</sup>. Selon Claude Le Pen : « le patient est une personne malade qui s'inscrit dans un parcours coordonné et intégré pour être soigné auprès de professionnels expérimentés », telle est la définition retenue pour ces travaux de recherche<sup>24</sup>.

Dès lors, reste à déterminer ce que l'on doit comprendre par « protection du patient ». Cela renvoie de prime abord à ses droits. Comme on le sait, ils ont fait l'objet d'une affirmation très tardive de la part du législateur même si certains ont émergé bien plus tôt dans la jurisprudence comme celui du consentement aux soins par exemple<sup>25</sup>. C'est véritablement la loi du 4 mars 2002 *relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé*<sup>26</sup>, dite loi Kouchner, qui comme son intitulé l'indique, les consacre dans le droit positif. Ce texte traduit la mise en œuvre d'une conception humaniste des droits du patient dans le système de

---

17 <http://www.who.int/fr/>

18 Le littré, dictionnaire de la langue française.

19 *Ibid.*

20 Le littré, dictionnaire de la langue française.

21 REY A., (ss dir.), Dictionnaire historique de la langue française, *op. cit.*, t. II, v<sup>o</sup>patience.

22 LECOURT D., (ss dir.), Dictionnaire de la pensée médicale, Paris, PUF, 2004, p 845 à 851.

23 PITCHO B., Le statut juridique du patient, thèse de doctorat en Droit Privé (sous la direction de François Violla), Montpellier : Université Montpellier 1, 2002, p 29.

24 LE PEN C., « Patient » ou « personne malade » ? Les nouvelles figures du consommateur de soins, *Revue économique*, 2009/2, volume 60, p 257- 271.

25 Cour de cassation, Chambre des requêtes, arrêt Teyssier, 28 janvier 1942.

HOERNI B., BOUSCHARAIN J-P., « Arrêt Teyssier de la Cour de Cassation, 28 janvier 1942 : quelques remarques sur une décision "oubliée" ». *Histoire des sciences médicales*, 2001, p 299-304.

26 Loi n<sup>o</sup> 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé.

santé. Elle reconnaît que certains sont fondamentaux, inaliénables et dus à toute personne sans distinction et crée corrélativement des obligations pesant sur les professionnels de santé.

Ainsi, le fait de s'attacher à la protection du patient revient à s'intéresser à ses droits mais surtout à leur mise en œuvre. Il s'agit de comprendre comment le système de santé, l'organisation du parcours de soins et plus particulièrement, les différents modes de prises en charge influent sur leur effectivité et tendent ou pas à assurer leur garantie. La situation du patient hospitalisé retiendra notre attention.

## **b- La protection lors d'une hospitalisation en psychiatrie**

Selon le dictionnaire de l'Académie de Médecine, la psychiatrie est la discipline médicale destinée à « l'étude, à la prévention, au traitement des maladies mentales et à la réadaptation des patients »<sup>27</sup>. Le terme « psychiatrie » provient du mot grec « psychè » qui signifie l'âme ou l'esprit, et « iatros », qui signifie médecin (littéralement « médecine de l'âme »). Elle est donc la discipline médicale traitant de la ou des maladies mentales, quelles que soient leurs causes<sup>28</sup>.

La psychiatrie se distingue de la santé mentale. Selon la définition de l'OMS : « la santé mentale est un état de bien-être dans lequel une personne peut se réaliser, surmonter les tensions normales de la vie, accomplir un travail productif et contribuer à la vie de sa communauté. Dans ce sens positif, la santé mentale est le fondement du bien-être d'un individu et du bon fonctionnement d'une communauté »<sup>29</sup>. La santé mentale est une composante essentielle de la santé et son approche est plus globale que celle de la psychiatrie<sup>30</sup>.

À la suite de l'évolution des politiques publiques et, notamment depuis le premier Plan Psychiatrie et Santé Mentale en 2001<sup>31</sup>, la complémentarité de la psychiatrie et de la santé mentale a été renforcée<sup>32</sup>. Les pouvoirs publics ont ainsi souhaité mettre en place une nouvelle

---

27 Le dictionnaire de l'Académie de médecine.

POSTEL J., Dictionnaire de la psychiatrie, Larousse, 2011, p 436 à 437.

28 Le mot psychiatrie a été inventé par Reil en Allemagne en 1802.

29 Préambule à la Constitution de l'Organisation mondiale de la santé, tel qu'adopté par la Conférence internationale sur la santé, New York, 19 juin - 22 juillet 1946.

30 Le dictionnaire de l'Académie de médecine.

POSTEL J., Dictionnaire de la psychiatrie, Larousse, 2011, p 484 à 485.

31 Ministère des solidarités et de la Santé, Plan Psychiatrie et Santé Mentale, 2005-2008.

PIEL E., ROELANDT J-L., rapport « De la psychiatrie vers la santé mentale », 2001.

CLERY-MELIN P., KOVESS V., PASCAL J-CH., « Plan d'actions pour le développement de la psychiatrie et la promotion de la santé mentale », 2003.

32 Ministère des solidarités et de la santé, Plan psychiatrie et santé mentale 2005-2008.

Ministère des solidarités et de la santé, Plan psychiatrie et santé mentale 2011-2015.

dynamique permettant de tendre de la psychiatrie vers la santé mentale. D'ailleurs, l'organisation de la psychiatrie fait partie des politiques de santé mentale<sup>33</sup>. En effet, la maladie mentale a ceci de particulier qu'une réponse uniquement sanitaire ne suffit pas. La construction d'un parcours de soins psychiatriques nécessite une articulation avec les dispositifs du champ de la santé mentale qui tiennent une place importante en amont et en aval de l'hospitalisation<sup>34</sup>. Si les considérations relatives à la santé mentale ne seront pas écartées de nos développements, elles n'en seront toutefois pas au cœur.

Il existe différentes modalités de prise en charge en psychiatrie laquelle, nous l'étudierons est en large partie sectorisée<sup>35</sup>. Certains soins sont dispensés sous forme ambulatoire, d'autres sous forme d'hospitalisation. L'offre publique, sectorisée, se décline en trois niveaux. Le premier est représenté par l'ambulatoire, modalité la plus courante, réalisée dans les Centres médico-psychologiques (CMP) et les Centres d'accueil thérapeutique à temps partiel (CATTP)<sup>36</sup> ou au domicile du patient<sup>37</sup>. Le deuxième niveau est l'hospitalisation à temps partiel avec environ 29 000 places d'accueil en hôpital de jour ou de nuit<sup>38</sup>. Enfin, le troisième niveau correspond à l'hospitalisation à temps complet avec environ 55 000 lits d'hospitalisation à temps plein recensés sur le territoire<sup>39</sup>. Malgré le souhait des pouvoirs publics de diminuer le nombre de lits d'hospitalisation depuis une trentaine d'années, le développement des structures ambulatoires reste encore insuffisant en amont et en aval de l'hospitalisation, ce qui conduit parfois à des prises en charge inadéquates.

Notre étude est circonscrite à l'hospitalisation complète. En effet, cette modalité de prise en charge occupe une place singulière en psychiatrie. Des textes lui sont spécifiquement consacrés<sup>40</sup>.

---

COUTY E., rapport « Mission et organisation de la santé mentale et de la psychiatrie », 2009.

ROBILIARD D., rapport d'information en conclusion des travaux de la mission sur la santé mentale et l'avenir de la psychiatrie, Décembre 2013.

LAFORCADE M., rapport relatif à la santé mentale, 2016.

IGAS, rapport n°2017-064R « Organisation et fonctionnement du dispositif de soins psychiatriques, 60 ans après la circulaire du 15 mars 1960 », Tome 2, novembre 2017, p 14-15.

33 Article L 3221-1 du Code de la santé publique et suivants.

34 GUELFY J-D., Les apports du concept de santé mentale à la psychiatrie, DUNOD, 2018, p 52-53.

AYME J., CAROLI F., LANTERI-LAURA G., THURIN J-M., « Psychiatrie », Encyclopedia Universalis France, p 23-24.

35 Article L 3221-3 du Code de la santé publique.

36 COLDEFY M., GANDRE C., Atlas de la santé mentale. Paris, France : Irdes, série Atlas, 7.

DRESS, Les établissements de santé, sous la direction de Fabien Toutlemonde, Edition 2020, p 84.

37 Article L3221-1-1 du Code de la santé publique.

38 DRESS, Les établissements de santé, sous la direction de Fabien Toutlemonde, Edition 2020, p 84.

39 DRESS, Les établissements de santé, sous la direction de Fabien Toutlemonde, Edition 2020, p 86.

40 Voir PANFILI J-M., Les instruments de protection des droits et libertés des malades mentaux, thèse, Université Toulouse 1, septembre 2013.

Le patient hospitalisé souffrant de troubles mentaux est une personne particulièrement vulnérable<sup>41</sup>. Dès la loi du 30 juin 1838 dite *Esquirol*<sup>42</sup>, le législateur avait prévu des conditions d'hospitalisation complète spécifiques, puisque sans consentement, et reconnu des droits particuliers à ces patients tels que l'interdiction d'un internement arbitraire tout en garantissant le droit d'accès au juge ou des mesures de protection des biens<sup>43</sup>.

Plus de 150 ans après, la loi du 27 juin 1990 *relative aux droits et à la protection des personnes hospitalisées en raison de troubles mentaux* intervient et tend à mieux garantir les droits du patient hospitalisé<sup>44</sup>. Le terme de « protection » est consacré pour la première fois dans l'intitulé d'une loi relative à la psychiatrie. Elle énonce le principe d'une hospitalisation librement consentie et admet, à titre dérogatoire, la possibilité d'hospitalisation sans consentement. Elle propose un cadre et différentes mesures pour garantir les droits du patient. Puis, en réponse aux nombreuses préconisations issues de différents rapports publics et à la suite de condamnations par la CEDH<sup>45</sup> et le Conseil constitutionnel<sup>46</sup>, le législateur a dû modifier certaines dispositions de la loi du 27 juin 1990. 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* est désormais le droit applicable en matière de soins sans consentement<sup>47</sup>. Elle modifie ainsi en profondeur les modalités de prise en charge psychiatrique et introduit de nouvelles garanties pour le respect des droits du patient, en

---

41 Le terme vulnérable vient du latin « vulnerare » qui signifie blesser. La personne vulnérable est une personne qui, du fait de sa déficience, est susceptible d'être blessée.

42 Loi sur les aliénés n° 74443 du 30 juin 1838.

43 LUNEL A., « La loi de 1838 : ordre public ou offre de soins ? », Actes et séminaires sous la direction Alexandre LUNEL « *Folie et déraison* » : regards croisés sur l'évolution juridique des soins psychiatriques en France, Pouvoir, santé et société, LEH édition, 2015, p 111- 122.

LUNEL A., *Le fou, son médecin et la société. La folie à l'épreuve du droit de l'Antiquité à nos jours*, LEH Edition, 2019, p 107-126.

IGAS, rapport n°2017-064R « Organisation et fonctionnement du dispositif de soins psychiatriques, 60 ans après la circulaire du 15 mars 1960 », Tome 2, novembre 2017, p 7.

44 Loi n° 90-527 du 27 juin 1990 relative aux droits et à la protection des personnes hospitalisées en raison de troubles mentaux et à leurs conditions d'hospitalisation.

45 CEDH, 14 novembre 2002, *Mouisel contre France*, requête n° 672663/01.

CEDH, 12 juin 2007, *Frérot contre France*, requête n° 70204/01.

CEDH, 11 juillet 2006, *Rivière contre France*, requête no 33834/03.

CEDH, 24 octobre 2006, *Renolde contre France*, AJ Pénal, 2006, p 500, note Jean Paul Céré.

CEDH, 16 octobre 2008, *Renolde contre France*, requête n° 5608/05.

CEDH, 3 novembre 2011, *Cocaign contre France*, requête n° 32010/07.

46 Conseil constitutionnel, décision QPC n° 2010-71 du 26 novembre 2010.

47 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.

particulier pour les soins sans consentement<sup>48</sup>. La loi du 27 septembre 2013 est venue corriger certaines insuffisances et a renforcé les droits de la défense du patient<sup>49</sup>.

L'hospitalisation complète constitue une parenthèse dans la vie d'une personne. C'est dans ce contexte que ses droits, notamment sa vie privée et sa liberté d'aller et venir, ont le plus de risques d'être bafoués. C'est ce qui justifie notre choix de nous y attacher. De plus, il existe une grande hétérogénéité de la mise en œuvre des droits selon les établissements<sup>50</sup>.

La question de la protection du patient en psychiatrie a déjà pu, bien entendu, retenir l'attention. Ainsi, une thèse de 2013 s'attache aux « instruments de protection des droits et libertés des malades mentaux »<sup>51</sup>. L'auteur y étudie l'histoire de la prise en charge de la maladie mentale et insiste sur la nécessité d'une protection des personnes concernées. Si ce travail a servi nos propres développements, notre perspective se veut différente. En effet, nous souhaitons, au-delà des patients en soins sans consentement, sujet essentiel de la thèse mentionnée, nous intéresser à tous les patients hospitalisés en psychiatrie et surtout montrer la particularité de leur situation afin d'apprécier les avantages et les limites de celle-ci.

## **2- Les spécificités de la protection du patient hospitalisé en psychiatrie**

La spécificité de la protection semble exister pour le patient hospitalisé en psychiatrie par rapport aux patients admis en soins somatiques (a) et se manifeste également parmi les patients hospitalisés en psychiatrie (b).

### **a- Par rapport aux autres patients**

La particularité de la prise en charge du patient hospitalisé en psychiatrie -et partant sa protection- découle des textes et s'explique, selon nous par des raisons historiques<sup>52</sup>. En effet, la folie a suscité diverses réactions sociales selon les cultures<sup>53</sup> et a conduit à un traitement

---

48 PANFILI J-M., thèse, *op. cit.*, p 208.

49 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.

50 CGLPL, rapport « Soins sans consentement et droits fondamentaux », juin 2020.

IGAS, rapport n°2017-064R « Organisation et fonctionnement du dispositif de soins psychiatriques, 60 ans après la circulaire du 15 mars 1960 », novembre 2017.

Assemblée nationale, rapport n° 1662 « Mission d'information sur la santé mentale et l'avenir de la psychiatrie », décembre 2013.

51 PANFILI J-M., Les instruments de protection des droits et libertés des malades mentaux, thèse, Université Toulouse 1, septembre 2013.

52 PANFILI J-M., *op. cit.*

53 GUIGUE S., « L'approche juridique du trouble mental », thèse, Université Montpellier 1, 2011, p 7.

différencié pour les personnes qui en étaient atteintes. Sophie Guigue rappelle en effet que dès l'Antiquité : « les personnes handicapées physiques ou mentales étaient considérées comme impures, frappées par une malédiction des dieux »<sup>54</sup>. Ainsi, pendant la civilisation babylonienne et dans l'Égypte ancienne, des temples à vocation médicale étaient édifiés « pour combattre la folie lors de rites religieux »<sup>55</sup>. Dès le Vème siècle avant notre ère, à Rome, « la loi des XII tables pose déjà les premières mesures protectrices de l'altération mentale et reconnaît que cette personne ne peut être poursuivie pénalement »<sup>56</sup>. Durant la seconde moitié du Vème siècle, la pensée médicale évolue avec Hippocrate, qui est l'un des premiers à considérer la folie comme une maladie et non comme une malédiction divine<sup>57</sup>. C'est le christianisme qui dans les sociétés occidentales a changé « la perception du handicap et de la folie »<sup>58</sup>. Selon les propos de Alexandre Lunel, il y a deux valeurs centrales de la chrétienté médiévale, la charité et l'assistance qui introduisent un meilleur traitement à l'égard des pauvres et des infirmes<sup>59</sup>. Pourtant, à la fin de l'époque médiévale, les troubles mentaux étaient encore considérés comme « une punition divine »<sup>60</sup> comme en témoignent les nombreux procès de sorcellerie<sup>61</sup> ; même si la construction des « hôtels Dieu » atteste de la prise en compte de ce public, elle tend vers l'éviction des incurables, à commencer par les lépreux et les fous<sup>62</sup>. Ces derniers sont alors enfermés dans des lieux qui leur sont spécialement dédiés<sup>63</sup>.

Au XVIIème siècle, il existait encore un amalgame entre les fous et les criminels. À cette période, sur décret royal, Louis XIV ordonne la création des hôpitaux généraux, considérés comme des structures « semi-juridiques »<sup>64</sup>. Ce « Grand Renfermement » selon les mots de Michel Foucault, a pour finalité de protéger la société de toutes les personnes néfastes, dont

---

54 GUIGUE S., thèse *op. cit.*, , p 7.

55 QUETEL C., *Histoire de la folie, de l'antiquité à nos jours*, Tallandier, 2009, p 21.

LUNEL A., *Le fou, son médecin et la société. La folie à l'épreuve du droit de l'Antiquité à nos jours*, LEH Edition, 2019, p 16.

Voir également GUIGUE S., thèse *op. cit.*, p 7.

56 LUNEL A., *op. cit.*, p 20-21.

57 LUNEL A., *op. cit.*, p 17.

LECA A., « Introduction historique à la place du fou sur l'échiquier juridique », Actes et séminaires sous la direction Alexandre LUNEL, « *Folie et déraison* » : regards croisés sur l'évolution juridique des soins psychiatriques en France, Pouvoir, santé et société, LEH édition, 2015, p16-17.

58 GUIGUE S., thèse *op. cit.*, , p 7.

59 LUNEL A., *op. cit.*, p 32.

60 GUIGUE S., thèse *op. cit.*, , p 8.

61 LUNEL A., *op. cit.*, p 29, 40-41.

62 QUETEL C., *op. cit.*, p 56-57.

Voir en ce sens, GUIGUE S., thèse *op. cit.*, , p 8.

63 QUETEL C., *op. cit.*, p 108 -109.

64 QUETEL C., *op. cit.*, p 115.

font alors partie les malades mentaux<sup>65</sup>. A la fin du XVIIIème siècle, ces derniers étaient enchaînés dans les asiles, la prise en charge était en effet axée davantage sur une logique sécuritaire plutôt que médicale<sup>66</sup>. Philippe Pinel, médecin et savant français, considéré comme le fondateur de la psychiatrie, œuvre pour la libération des malades mentaux et l'humanisation de leur prise en charge. Auteur du *Traité médico-philosophique sur l'aliénation mentale*, il affirme que « les malades peuvent être compris, soignés et il recommande un traitement moral à leur égard »<sup>67</sup>.

La psychiatrie s'oppose, en l'espèce, aux autres disciplines médicales délivrant des soins somatiques. Le mot « somatique » est également issu du grec ancien « sômatikós » qui signifie « corporel ». La personne malade peut donc bénéficier de soins somatiques ou de soins psychiatriques selon la pathologie dont elle souffre. La psychiatrie est reconnue comme la première spécialité médicale. Philippe Pinel la nommait la « médecine spéciale ». Au XIXème siècle, elle est en effet la première à disposer d'un corps de médecins spéciaux : les aliénistes<sup>68</sup>.

L'approche historique permet de mettre en lumière l'évolution progressive du traitement particulier des soins psychiatriques. De plus, même lorsqu'il est hospitalisé en psychiatrie, le patient ne bénéficie pas d'une protection uniforme en raison de la pluralité de situations dans laquelle il peut se trouver.

## **b- Parmi les patients hospitalisés en psychiatrie**

Il semble possible de dégager plusieurs éléments mettant en évidence une spécificité dans la protection accordée ou à accorder aux patients hospitalisés en psychiatrie.

- 
- 65 FOUCAULT M., *Histoire de la folie à l'âge classique*, Gallimard, coll. « Tel », 1972.  
CYRULNIK B. et LEMOINE P., *La folle histoire des idées folles en psychiatrie*, Odile Jacob, 2016, p 7-25.  
LUNEL A., *Le fou, son médecin et la société. La folie à l'épreuve du droit de l'Antiquité à nos jours*, LEH Edition, 2019, p 47- 55.
- 66 AYME J., CAROLI F., LANTERI-LAURA G., THURIN J-M., « Psychiatrie », *Encyclopedia Universalis France*, p 1-2.
- 67 LECA A., « Introduction historique à la place du fou sur l'échiquier juridique », *Actes et séminaires sous la direction Alexandre LUNEL, « Folie et déraison » : regards croisés sur l'évolution juridique des soins psychiatriques en France, Pouvoir, santé et société*, LEH édition, 2015, p32-33.
- 68 AYME J., CAROLI F., LANTERI-LAURA G., THURIN J-M., « Psychiatrie », *Encyclopedia Universalis France*, p1.  
<http://dictionnaire.academie-medecine.fr/index.php?q=psychiatrie>  
HOCHMANN J., « Réflexions sur les rapports entre l'histoire et la psychiatrie », *L'évolution psychiatrique volume 82, n°3, 2017, p 469-481.*

En premier lieu, le régime de soins mérite l'attention. En effet, il est important de s'intéresser à la catégorie des patients en soins libres car ils représentent actuellement plus de 80% des hospitalisations en psychiatrie<sup>69</sup>. Or, aucune étude n'y est consacrée à ce jour. A priori en effet, le principe des soins librement consentis étant la règle, le régime des soins psychiatriques libres ne présente aucune spécificité<sup>70</sup> par rapport au régime des soins somatiques. Pourtant la pratique montre que tel n'est pas toujours le cas<sup>71</sup>. De plus, le patient hospitalisé en soins libres ne bénéficie pas non plus de la même protection que le patient hospitalisé sous contrainte.

En second lieu le statut du patient doit être pris en considération. Le statut juridique désigne de manière générale : « soit un ensemble de règles établies par la loi, soit la condition juridique qui en résulte pour une personne, une catégorie de personnes ou une institution »<sup>72</sup> ; qu'il s'agit « d'un ensemble cohérent de règles applicables à une catégorie de personnes (...) ou d'agents (...) ou à une institution (...) et qui en détermine pour l'essentiel la condition et le régime juridique »<sup>73</sup>. Les textes en droit de la santé créent inévitablement un statut du patient c'est-à-dire un ensemble de règles et un régime juridique qui lui sont propres.

Le statut du patient s'inscrit dans une notion plus large de « filière de soins », qui est apparue dans les textes avec les ordonnances Juppé en 1996<sup>74</sup>. La filière de soins représente un parcours de soins<sup>75</sup> emprunté par un patient en fonction de sa pathologie ou de sa situation. Elle implique alors une organisation graduée de soins spécialisés<sup>76</sup>. En médecine, il existe donc différentes filières répondant à des besoins identifiés pour des populations en particulier (gériatrie et pédiatrie) ou pour des pathologies singulières (neurologie, pneumologie, etc)<sup>77</sup>.

---

69 Site internet ATIH : <https://www.atih.sante.fr/chiffres-cles-de-l-hospitalisation>  
A titre indicatif en 2019 : 419 000 patients hospitalisés en psychiatrie dont 81 000 patients hospitalisés sans consentement.

70 Article L 3211-2 du Code de la santé publique.

71 CGLPL, recommandations en urgence du 1er février 2022 relatives au centre de santé mentale Jean-Baptiste-Pussin à Lens, mars 2022.

72 CORNU G., *Vocabulaire juridique*, association H. Capitant, PUF, 13ème édition, 2020, voir statut.

73 CORNU G., *op. cit.*

74 Ordonnance n° 96-345 du 24 avril 1996 relative à la maîtrise médicalisée des dépenses de soins, article 6.

75 Loi n° 2004-810 du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie.

CESE, rapport « Améliorer le parcours de soin en psychiatrie », GAUTIER A., DRU A., mars 2021, p 11.

76 Loi n° 2002-2 du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale.

Circulaire DHOS/02/DGS/SD5DN 2002-157 du 18 mars 2002 relative à l'amélioration de la filière de soins gériatriques.

77 Décret n° 2017-1200 du 27 juillet 2017 relatif au projet territorial de santé mentale.

Assemblée nationale, rapport d'information du 18 septembre 2019, en conclusion des travaux de la mission relative à l'organisation de la santé mentale, n°2249, p124.

Sénat, rapport d'information n° 494 (2016-2017) de Michel AMIEL, fait au nom de la MI situation psychiatrie mineurs en France, déposé le 4 avril 2017.

Article R3224-5 III du Code de la santé publique issu du décret n° 2017-1200 du 27 juillet 2017 relatif au projet territorial de santé mentale.



Dès lors, la psychiatrie constitue une filière de soins à part entière. Le patient soigné en psychiatrie a donc un statut particulier. De plus, s'il est hospitalisé, il est soumis au statut de personne hospitalisée qui bénéficie d'après les textes, d'une protection là encore particulière. Le patient hospitalisé en psychiatrie est donc au croisement de plusieurs « statuts ».

En outre, il est possible de distinguer, parmi les patients hospitalisés en psychiatrie différentes catégories. Si l'on retient uniquement un critère socio-économique, on peut se référer aux usagers en situation de forte précarité sociale, aux personnes en situation irrégulière ou encore celles sans domicile fixe. Mais il n'existe pas ici de singularités dans la manière de prendre en charge ces patients en psychiatrie par rapport au droit commun. Aussi, elles ne feront pas l'objet de développements particuliers. Si l'on s'attache à l'âge du patient (qu'il s'agisse du mineur ou de la personne âgée) ou à des situations juridiques particulières (comme celle du majeur protégé ou de la personne détenue), en revanche, il nous semble que la prise en charge en psychiatrie soit révèle des spécificités soit les suscite. De plus, des filières de soins psychiatriques spécialisées les concernant existent, au sein desquelles il est possible de percevoir des enjeux et des particularités de leur protection au regard de l'application de leurs droits fondamentaux.

### **c- Annonce de la problématique et du plan**

Si les évolutions législatives successives ont permis une atténuation de la différence de traitement du patient hospitalisé en psychiatrie par rapport aux autres usagers des établissements de santé<sup>78</sup>, la nature des troubles psychiatriques influe cependant toujours sur la manière dont il est pris en charge donc sur l'exercice de ses droits et leur effectivité, et partant sur sa protection.

De plus, la situation des patients psychiatriques en hospitalisation complète n'est pas uniforme. Le rôle joué par l'âge, une mesure de protection juridique, une peine carcérale sont déterminants et il existe une imbrication entre les règles découlant de cette situation et celle induite non seulement par l'hospitalisation en psychiatrie elle-même, mais aussi par le régime des soins - libres ou contraints. Dès lors, la protection de ces patients est d'emblée particulière. Il faut alors s'interroger sur le fait de savoir si les pratiques actuelles sont satisfaisantes et sur la manière de parvenir à un équilibre dans l'application de cette diversité de règles pour garantir une réelle protection du patient.

---

IGAS, rapport n°2017-064R « Organisation et fonctionnement du dispositif de soins psychiatriques, 60 ans après la circulaire du 15 mars 1960 », novembre 2017, p21.

78 Article L 3211-2 du Code de la santé publique.

Aussi, après avoir constaté l'existence de spécificités dans la protection du patient hospitalisé en psychiatrie (1<sup>ère</sup> partie), nous analyserons leur pertinence (2<sup>ème</sup> partie).



## **Première partie - Les spécificités de la protection du patient hospitalisé en psychiatrie**

Conformément aux normes internationales et européennes, le législateur protège et traite de manière égale tous les patients et leur reconnaît sans distinction des droits fondamentaux. En théorie, ceux-ci devraient s'appliquer de manière similaire quelle que soit la pathologie dont ils souffrent. Or, en réalité, la nature psychiatrique de la prise en charge engendre des spécificités dans la protection du patient (Titre 1). En effet, une différenciation existe entre le patient psychiatrique et celui pris en charge en soins somatiques. Le législateur opère aussi une distinction parmi les patients souffrant d'une pathologie psychiatrique.

L'étude des droits et libertés permettra également de constater des spécificités résultant du statut du patient hospitalisé en psychiatrie. En effet, il est possible de distinguer plusieurs catégories de patients. Ces derniers ne se trouvent pas tous dans la même situation. Le statut juridique dont ils relèvent indépendamment de leurs troubles conduit les professionnels à ne pas les traiter nécessairement de manière uniforme ; il s'agit de prendre en compte leur âge ou encore une situation particulière telle qu'une protection légale ou une incarcération (Titre 2).

## **Titre 1- Des spécificités résultant de la nature psychiatrique de la prise en charge**

Malgré une reconnaissance universelle des droits du patient, des spécificités se dégagent en réalité dans la pratique. Celles-ci résultent indéniablement de la nature spécifique de la prise en charge (Chapitre 1). Le législateur a de plus affirmé une protection différenciée au sein même des patients admis en soins psychiatriques en fonction du régime d'admission : les soins libres et les soins sans consentement (Chapitre 2).

## **Chapitre 1- Une protection du patient en soins psychiatriques différenciée de celle du patient en soins somatiques**

De multiples sources textuelles reconnaissent les droits et libertés de tout patient. Ainsi en théorie, la prise en charge psychiatrique ne devrait pas influencer sur le respect des droits. Pourtant, la pratique laisse transparaître une application relativement différenciée avec la prise en charge somatique induisant alors une protection particulière (Section 1).

Par ailleurs, le législateur organise un accès aux soins psychiatriques distinct de l'accès aux soins somatiques afin de mieux répondre aux besoins de ce public spécifique (Section 2).

### **Section 1- Une différenciation a priori limitée pour l'application des droits du patient**

La loi du 4 mars 2002 *relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé*<sup>79</sup> a permis une avancée considérable quant à la reconnaissance et la prise en compte des droits du patient. Le législateur entend garantir les droits inhérents à tout patient du fait de sa qualité de personne hospitalisée (§1). Il accorde une protection renforcée de la dignité qui est reconnue pour tout patient. Ce principe fait l'objet d'une considération spécifique tant la prise en charge en psychiatrie est singulière (§2).

---

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

## **§1 - La protection des droits inhérents à tout patient**

Sans distinction de la nature de la prise en charge, le législateur garantit au patient au regard de son statut de personne hospitalisée des droits et libertés (A). Leur effectivité paraît singulière pour les patients admis en psychiatrie (B).

### **A - La consécration de droits reconnus à l'ensemble des patients**

Le droit fondamental à la protection de la santé est considéré comme le premier des droits du patient (1). Théoriquement dès qu'il a accès à un service de soins, il doit pouvoir bénéficier des droits et libertés reconnus à tout patient hospitalisé sans distinction de la nature de la prise en charge (2).

#### ***1 - Le droit fondamental à la protection de la santé***

Le préambule de la Constitution de l'Organisation mondiale de la santé (OMS) adopté le 22 juillet 1946 proclame le droit à la protection de la santé comme « l'un des droits fondamentaux de tout être humain, quelle que soit sa race, sa religion, ses opinions politiques, sa condition économique ou sociale »<sup>80</sup>. Au niveau européen, le droit à la protection de la santé n'est pas intégré expressément dans la Convention européenne des droits de l'Homme (CEDH). Pourtant, la Cour européenne le protège indirectement sur le fondement du droit à la vie et du droit au respect de la vie privée<sup>81</sup>. Sur le fondement de l'article 11 du préambule de la Constitution, le Conseil constitutionnel l'a reconnu comme un objectif de valeur constitutionnelle de protection de la santé<sup>82</sup>. Plus précisément, celle de garantir la protection

---

80 De nombreuses sources textuelles reconnaissent expressément ce droit comme l'un des premiers droits fondamentaux reconnu à tout patient telle que la Déclaration Universelle des droits de l'Homme (DUDH) du 10 décembre 1948 à l'article 25-1 ainsi que le Pacte relatif aux droits sociaux, économiques et culturels à l'article 12-1.

Article 11 de la charte sociale européenne du 18 octobre 1961, la déclaration de 1994 relative à la promotion des droits des patients en Europe, article 35 de la Charte des droits fondamentaux de l'UE en 2000 ou encore la Résolution de l'ONU du 12 décembre 2012.

Le CCNE dans un avis n°48 du 7 mars 1996 le qualifie de principe éthique.

81 CEDH L.C.B c/ Royaume-Uni et CEDH Mc GINLEY et EGAN c/ Royaume-Uni du 9 juin 1998. LABAYLE H. et SUDRE F., « Jurisprudence de la Cour européenne des droits de l'homme et droit administratif », RDSS, 2016, p 761.

82 Conseil Constitutionnel, 15 janvier 1975, IVG, n°74-54 ; CC 22 juillet 1980, contrôle des matières nucléaires, n° DC 80-117.

de la santé à l'ensemble de la population du territoire national<sup>83</sup>. Fréquemment, le Conseil constitutionnel l'emploie à des fins d'ordre public notamment pour restreindre les droits de l'individu<sup>84</sup>. A titre d'exemple, la protection de la santé est un motif pour justifier une admission en soins sans consentement sur demande du représentant de l'Etat<sup>85</sup>.

Par la loi du 4 mars 2002, le législateur a rappelé que la protection de la santé est un droit fondamental du patient<sup>86</sup>. Marc Dupont énonce la primauté de ce droit : « ceci constitue sans aucun doute le premier des droits des malades, si l'on considère qu'avant même de s'interroger sur la faculté du patient de choisir son médecin, il importe qu'il soit assuré d'en rencontrer un »<sup>87</sup>.

De plus, ce droit fondamental comprend trois éléments en vertu de l'article L1110-1 du Code de la santé publique. La protection de la santé se traduit par « la nécessité de développer la prévention, un principe d'égal accès aux soins pour tous les patients du territoire ainsi qu'un principe de continuité des soins »<sup>88</sup>. Les composantes de ce droit fondamental, doivent être garantis par les établissements de santé assurant le Service public hospitalier (SPH) devant assurer à tout malade une permanence des soins et la délivrance de soins de qualité<sup>89</sup>.

Tout d'abord, le développement de la prévention en santé implique notamment la nécessité de déployer le repérage précoce, l'accès au diagnostic, d'améliorer ainsi la qualité de vie au regard de l'allongement de l'espérance de vie. La prévention constitue en effet une action prioritaire des politiques de santé publique<sup>90</sup>. Ensuite, le droit d'accès aux soins doit être le même pour tous les patients peu importe les maux dont ils souffrent et la situation juridique dans laquelle ils se trouvent<sup>91</sup>. Le principe de non-discrimination ainsi que le principe d'égalité

---

83 Le principal obligé est l'Etat mais aussi l'ensemble des acteurs sanitaires et sociaux du territoire. Article L1110-1 du Code de la santé publique.

84 Dans le même sens, B. PITCHO souligne que « son contenu concerne davantage la santé publique que les droits des patients. Le Conseil constitutionnel emploie en effet cette norme le plus souvent pour son aspect collectif. Il autorise alors l'introduction d'une limitation à d'autres droits fondamentaux en raison des exigences relatives à la santé publique dont le législateur doit garantir la protection ». PITCHO B., « Le statut juridique du patient », thèse de droit (sous la direction de François Vialla), Collection Thèses, LEH, 2004, p 587.

85 Conseil constitutionnel, décision n°2010-71 QPC, *Mlle Danielle S.*, 26 novembre 2010.

86 Article L1110-1 du Code de la santé publique.

87 DUPONT M., « Le libre choix du médecin : son évolution depuis la loi du 4 mars 2002 », RDSS, 2007, p 759.

88 BIOY X., LAUDE A., TABUTEAU D., *Droit de la santé, Thémis*, 4ème édition, 2020, p 276- 280.

MOQUET-ANGER M-L., *Droit hospitalier*, LGDJ, 6ème édition, 2021, p 366.

89 Article L6112-2-I du Code de la santé publique.

90 BIOY X., *Droits fondamentaux et libertés publiques*, 6ème édition, 2020, p 394.

91 Articles L 1110-3 et L 1110-5 du Code de la santé publique. Conseil d'Etat, Sect., 7 avril 2010, ministère de l'Intérieur et Aménagement du territoire c. JABNOUN. BIOY X., « Le droit d'accès aux soins en contexte pandémique », AJDA, 2020, p 1487. Voir également, LAMI A., VIOUJAS V., *Droit hospitalier*, Bruylant, Collection Paradigme, 2ème édition, 2020, p 452-454.



devant les services publics doivent être respectés y compris devant le service public hospitalier<sup>92</sup>. Enfin, découle du droit fondamental à la protection de la santé, un principe de continuité des soins. Il constitue tant un devoir des professionnels de santé au regard de l'article R 4127-47 du Code de la santé publique, qu'une obligation pour les établissements de santé. Il est primordial pour le patient qu'il puisse bénéficier d'un parcours de soins coordonné et sans rupture afin de favoriser son rétablissement.

Si ce droit fondamental est garanti dès que le patient accède à des soins, il lui permet également de bénéficier des autres droits qui lui sont reconnus en sa qualité de personne hospitalisée.

## ***2 - Les droits et libertés du patient hospitalisé***

La loi du 4 mars 2002 dite *Kouchner* affirme que le patient est doté de droits fondamentaux permanents qui doivent être garantis et protégés au cours de sa prise en charge à l'hôpital<sup>93</sup>. Ainsi, l'équipe hospitalière lors de son entrée, remet au patient une Charte de la personne hospitalisée reprenant l'ensemble des droits qui lui sont reconnus. L'étude de ces droits se fera donc à travers la classification proposée par ladite Charte de la personne hospitalisée<sup>94</sup>.

Il y est rappelé la liberté de choisir son praticien et son établissement (a). Le droit à une information accessible et loyale (b) pour le patient, ainsi que le consentement libre et éclairé (c). La Charte souligne que le patient dispose de la liberté de quitter l'établissement à tout moment (d) et qu'il doit être traité avec égards durant son séjour à l'hôpital (e). En effet, les établissements de santé garantissent la qualité de l'accueil, des traitements et des soins du patient hospitalisé. De plus, doit lui être assuré le respect de sa vie privée et la confidentialité des informations (f). Le patient bénéficie ensuite d'un accès direct aux informations de santé le concernant (g). Enfin, il a le droit d'être entendu devant diverses autorités et instances (h).

---

92 JOHANET G., « L'égalité d'accès aux soins », Rapport public du Conseil d'Etat, La documentation Française, 1999, p 429.

MOQUET-ANGER M-L., *Droit hospitalier*, LGDJ, 6ème édition, 2021, p 393.

93 Circulaire ministérielle n°95-22 du 6 mai 1995 relative aux droits des patients hospitalisés et comportant une Charte du patient hospitalisé. Dans le même sens, la Charte de la personne hospitalisée : « le patient hospitalisé n'est pas seulement un malade, il est avant tout une personne avec des droits et des devoirs ». Circulaire n° DHOS/E1/DGS/SD1B/SD1C/SD4A/2006/90 du 2 mars 2006 relative aux droits des personnes hospitalisées et comportant une charte de la personne hospitalisée.

94 *Ibid.*

## a - Le libre choix du praticien et de l'établissement de santé

La liberté de choix du praticien et de l'établissement de santé est protégée et consacrée par une pluralité de sources textuelles<sup>95</sup>. Aux termes de l'article R1112-17 du Code de la santé publique, le libre choix du patient s'étend également au libre choix du service. Cependant, il existe une atténuation à cette liberté fondamentale prévue par l'article R4127-47 du même Code. Même si le patient a le droit de choisir librement son médecin, ce dernier dispose de la faculté de récuser un patient pour un motif légitime d'ordre personnel ou professionnel. Cette disposition n'a toutefois qu'une valeur réglementaire, à la différence de la liberté dont dispose le patient qui est inscrite dans la loi et donc opposable par le patient<sup>96</sup>. Du reste, les professionnels refusant sa prise en charge, ont toutefois l'obligation d'assurer la continuité des soins et devront rechercher une alternative<sup>97</sup>.

En psychiatrie, cette liberté de choix du praticien et de l'établissement de santé est rappelée depuis 1990 et codifiée à l'article L3211-1 alinéa 2 du Code de la santé publique<sup>98</sup>. Dans une réponse écrite du Gouvernement en 2003, il est précisé que « ce principe de libre choix est absolu pour les personnes hospitalisées librement »<sup>99</sup>. Dès 1998, le Conseil d'Etat a consacré cette liberté de choix du médecin et de l'établissement pour le patient admis en soins sans consentement, hors cadre de l'urgence<sup>100</sup>.

---

95 Dont la Charte de la personne hospitalisée en son article premier. Annexe à la circulaire n°DHOS/E1/DGS/SD1B/SD1C/SD4A/2006/90 du 2 mars 2006 relative aux droits des personnes hospitalisées et comportant une charte de la personne hospitalisée.

La loi du 4 mars 2002 énonce clairement que cette liberté est un principe fondamental de la législation sanitaire.

Voir en ce sens l'article L1110-8 du Code de la santé publique et l'article L162-2 du Code de la sécurité sociale. Conseil d'Etat, requête n°171851, *Section locale du Pacifique Sud de l'ordre des médecins*, 18 février 1998.

Le Conseil d'Etat a reconnu cette liberté de choix en tant que principe général du droit lors d'un arrêt incitant le congrès du territoire à considérer les PGD dans lesquels figuraient cette liberté.

Cour de cassation, chambre sociale, 31 janvier 2002, n°00-14.17.

La Cour de cassation affirme que cette liberté est un « principe fondamental de la législation sanitaire ».

Voir DUPONT M., BERGOIGNAN-ESPER C., *Droit hospitalier*, Dalloz, 11ème édition, 2022, p 711.

Voir BIOY X., LAUDE A., TABUTEAU D., *Droit de la santé*, Thémis, 4ème édition, 2020, p 303.

Voir également, APOLLIS B., TRUCHET D., *Droit de la santé publique*, Dalloz, 10ème édition, 2020, p 249-250.

LAMI A., VIOUJAS V., *Droit hospitalier*, Bruylant, Collection Paradigme, 2ème édition, 2020, p 455-457.

96 PANFILI J-M., « Le libre choix du médecin à l'épreuve de la sectorisation psychiatrique », *Dossier Hospitalisation sans consentement*, AJ Famille, 2016, p 17.

97 Conférence nationale de santé, Droits et accueil des usagers, ministère de la Santé, sept. 2010, annexe de l'Institut droit et santé : « Le refus de soins opposé au malade ».

98 Loi du 5 juillet 2011 reprenant les termes de la loi du 27 juin 1990. Elle apparaît également dans la Charte de l'usager en santé mentale du 8 décembre 2000.

99 Question n°18109, JOAN 30 juin 2003, p 5275.

100 Conseil d'Etat, « Union nationale des établissements psychiatriques d'hospitalisation privée », publié au recueil Lebon. D. 1998. 255 du 21 octobre 1998, n° 189285 : « Le patient admis dans le service ou l'unité de traitement des urgences n'a pas le choix du psychiatre appelé par l'équipe médicale de ce service ou de

Au cours d'une hospitalisation, tant le médecin que la direction de l'établissement de santé doivent lui garantir une prise en charge de qualité. Le praticien assure en effet, une mission de diagnostic, de surveillance et de traitement à l'égard de la personne malade dont il a la charge. Il ne doit en aucun cas lui faire courir de risques disproportionnés au regard du bénéfice escompté. Il doit en tout état de cause assurer une continuité des soins. La prise en charge de la douleur de la personne hospitalisée est une priorité pour le médecin et l'établissement d'accueil.

Une fois que le patient a désigné le praticien de son choix ainsi que l'établissement de santé, il doit obligatoirement bénéficier d'une information médicale appropriée.

### **b - Le droit à une information accessible et loyale**

À tout moment de sa prise en charge, le patient doit être informé sur sa santé<sup>101</sup>. Ce droit à l'information reconnu à l'ensemble des patients est également une obligation incombant à tout professionnel de santé<sup>102</sup>. Selon le Code de déontologie médicale (CDM), cette information doit être « loyale, claire et appropriée »<sup>103</sup>. Le médecin conseille et accompagne le patient dans sa prise de décision médicale, conformément au modèle autonomiste. De plus, cette information doit être adaptée en fonction de sa personnalité, de sa psychologie, de sa pathologie et de sa maturité. Ce droit à l'information est consubstantiel au principe du consentement aux soins. Ainsi en psychiatrie, cette information médicale est indispensable. Des modalités de délivrance particulières feront en effet l'objet de développements ultérieurs

---

cette unité, ni de l'établissement psychiatrique dans lequel il est éventuellement transféré, cette circonstance, qui est justifiée par la situation d'urgence à laquelle s'appliquent lesdites dispositions et dès lors que le patient conserve la liberté de choisir, dès que la situation d'urgence n'y fait plus obstacle, un autre psychiatre ou un autre établissement, ne porte pas une atteinte illégale au principe du libre choix du médecin et de l'établissement de santé par le patient ».

L'article R1112-17 du Code de la santé publique mentionne explicitement cette dérogation : « Dans les disciplines qui comportent plusieurs services, les malades ont, sauf en cas d'urgence et compte tenu des possibilités en lits, le libre choix du service dans lequel ils désirent être admis ».

Voir également : PANFILI J-M., thèse, *op. cit.*, p 118.

101 Voir DUPONT M., BERGOIGNAN-ESPER C., *Droit hospitalier*, Dalloz, 11ème édition, 2022, p 764 et Voir BIOY X., LAUDE A., TABUTEAU D., *Droit de la santé*, Thémis, 4ème édition, 2020, p 305 et suivantes.

Voir également MOQUET-ANGER M-L., *Droit hospitalier*, LGDJ, 6ème édition, 2021, p 400-411.

102 Article L 1111-2 du Code de la santé publique. Développement plus important dans le chapitre 2, section 1, §1.

LAMI A., VIOUJAS V., *Droit hospitalier*, Bruylant, Collection Paradigme, 2ème édition, 2020, p 403-408.

103 Article R 4127-35 du Code de la santé publique.

Voir APOLLIS B., TRUCHET D., *Droit de la santé publique*, Dalloz, 10ème édition, 2020, p 261-262.

notamment pour les patients admis en soins sans consentement. Outre, la dispensation de l'information médicale s'ajoute en psychiatrie, l'information sur la situation juridique, les droits intangibles ainsi que les voies de recours à la disposition du patient.

Le patient informé peut ainsi devenir acteur de sa santé en exprimant son consentement.

### **c - Le consentement libre et éclairé**

Le principe est le consentement aux soins<sup>104</sup>. Il a fallu attendre 1994 pour qu'il soit reconnu en droit interne<sup>105</sup> et qu'il soit réaffirmé par la loi *Kouchner* à l'article L 1111-4 alinéa 3 du Code de la santé publique<sup>106</sup>. En vertu de ce droit, le patient a la faculté d'accepter ou de refuser des soins que lui préconise son médecin<sup>107</sup>. Le respect de ce principe est fondamental pour tout individu<sup>108</sup>, car il est admis implicitement que des soins ne peuvent être contraints, hormis l'urgence somatique, ou le cas des admissions en soins sans consentement en psychiatrie<sup>109</sup>. Le législateur a défini deux caractères cumulatifs pour la prise en compte de ce consentement : il doit être « libre et éclairé »<sup>110</sup>. Dès lors, le patient doit bénéficier de toute information utile afin de prendre sa décision et doit pouvoir exprimer son consentement sans aucune contrainte extérieure<sup>111</sup>. Si des circonstances exceptionnelles venaient à se présenter, deux dispositifs juridiques sont prévus pour garantir l'expression de la volonté du patient : la désignation de la personne de confiance et les directives anticipées que nous étudierons ultérieurement.

En psychiatrie, la pathologie peut induire des dérogations au droit commun puisqu'au regard

---

104 Voir BIOY X., LAUDE A., TABUTEAU D., *Droit de la santé*, Thémis, 4<sup>ème</sup> édition, 2020, p 328 et suivantes.

MOQUET-ANGER M-L., *Droit hospitalier*, LGDJ, 6<sup>ème</sup> édition, 2021, p 414-420.

Voir également, DUPONT M., BERGOIGNAN-ESPER C., *Droit hospitalier*, Dalloz, 11<sup>ème</sup> édition, 2022, p 773.

105 Article 16-3 du Code civil

106 Article 4 de la Charte de la personne hospitalisée.

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

SARGOS P., « L'information du patient et le consentement aux soins », in Sargos P. sous la direction de Espec C. *Traité de droit médical et hospitalier*, fascicule 9, 2003, Litec.

107 Voir DUPONT M., BERGOIGNAN-ESPER C., *Droit hospitalier*, Dalloz, 11<sup>ème</sup> édition, 2022, p 773 et suivantes.

108 LAMI A., VIOUJAS V., *Droit hospitalier*, Bruylant, Collection Paradigme, 2<sup>ème</sup> édition, 2020, p 412-424.

109 Cf Chapitre 2 du titre 1.

110 Article L 1111-4 alinéa 4 du Code de la santé publique.

111 Un consentement spécifique est prévu pour certains actes comme le rappelle la Charte de la personne hospitalisée, notamment pour le prélèvement d'organe, l'IVG et autres.

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

Voir APOLLIS B., TRUCHET D., *Droit de la santé publique*, Dalloz, 10<sup>ème</sup> édition, 2020, p 250-254.

de l'état clinique du patient, de la nécessité des soins et afin d'assurer la protection du patient et d'autrui, il est admis de passer outre le consentement du patient.

Dans le cadre des recherches biomédicales, la personne concernée doit avoir délivré son consentement, après avoir été spécifiquement informée sur les bénéfices, les contraintes et les risques. Toutefois, des règles singulières relatives au consentement sont prévues pour certaines catégories de patients, dont les personnes hospitalisées sans consentement<sup>112</sup>.

Une fois l'admission prononcée, reste à étudier quelle est la liberté d'aller et venir du patient hospitalisé<sup>113</sup>.

#### **d - La liberté d'aller et venir**

En principe, cette liberté permet à toute personne hospitalisée admise librement de se mouvoir, de circuler librement à l'intérieur de l'établissement<sup>114</sup>. Le patient en soins libres peut quitter l'institution hospitalière dès qu'il le souhaite car il ne peut être retenu sous la contrainte. Seules les personnes admises en soins psychiatriques sans consentement peuvent faire l'objet de restrictions, dans la limite de celles nécessitées par leur état de santé et la mise en œuvre de leur traitement<sup>115</sup>. Aux termes de l'article R1112-56 du Code de la santé publique, les personnes hospitalisées ont la possibilité de bénéficier de permission de sortie d'une durée maxima de quarante-huit heures, selon l'état clinique et après l'obtention de l'accord médical. Dans cette hypothèse, si le médecin estime que l'état de santé est incompatible avec une sortie, le patient devra signer une décharge ; à défaut, un procès-verbal sera dressé<sup>116</sup>.

De même, le patient doit se soumettre aux règles de fonctionnement de l'établissement, ainsi qu'aux restrictions médicales qui peuvent être mises en place pour la réussite de son traitement. Celles-ci peuvent parfois limiter sa liberté individuelle et donc sa liberté d'aller et venir. Le non-respect de ces restrictions peut engendrer une exclusion du patient.

---

112 Article L1122-2 du Code de la santé publique.

113 Cette liberté est protégée par l'article 5 de la CEDH et le protocole additionnel n°4 de la CEDH ainsi que le protocole relatif aux droits civils et politiques de 1966. Le Conseil constitutionnel par une décision du 12 juillet 1979 lui a conféré une valeur constitutionnelle, dès lors cette liberté est considérée historiquement comme une des « libertés individuelles » rattachées à la liberté individuelle.

114 MOQUET-ANGER M-L., *Droit hospitalier*, LGDJ, 6ème édition, 2021, p 474.

Voir APOLLIS B., TRUCHET D., *Droit de la santé publique*, Dalloz, 10ème édition, 2020, p 278.

Voir également, LAMI A., VIOUJAS V., *Droit hospitalier*, Bruylant, Collection Paradigme, 2ème édition, 2020, p 469.

BIOY X., *Droits fondamentaux et libertés publiques*, LGDJ, 6ème édition, 2020, p 735- 746.

115 Article L3211-3 du Code de la santé publique.

116 Article R1112-62 du Code de la santé publique.

Voir en ce sens, MOQUET-ANGER M-L., *Droit hospitalier*, LGDJ, 6ème édition, 2021, p 480- 483.

De plus, la conciliation de cette liberté avec l'obligation de sécurité pesant sur l'administration comme le rappelle l'article L1110-1 du Code de la santé publique, paraît complexe en pratique. En effet, les services mettent en place des limitations de cette liberté pour des raisons organisationnelles, non prévues légalement, afin de limiter les risques de sorties contre indiquées et d'éviter la mise en cause de la responsabilité de l'établissement.

Dans le même sens, la Charte de la personne hospitalisée prévoit également que la personne soit traitée avec égards durant son hospitalisation. A défaut, la responsabilité de l'hôpital peut être engagée.

### **e - Le traitement de la personne avec égards**

Le traitement avec égards se traduit d'une part, par le respect de l'intimité<sup>117</sup> et le droit à l'anonymat<sup>118</sup>. Au sein d'un établissement de santé, il incombe au directeur en vertu de son pouvoir de police administrative, de garantir au malade sa tranquillité durant la délivrance des soins et tout au long de son hospitalisation<sup>119</sup>. Ce pouvoir lui permet ainsi de réguler les entrées et les sorties de toute personne, notamment si celle-ci venait à perturber la sérénité des patients et le bon fonctionnement de l'établissement ou du service. Toutefois, il est reconnu au patient un droit de recevoir des visites, sans gêner la quiétude des autres patients du service. Le directeur doit s'assurer après l'obtention de l'avis médical, que la présence d'une tierce personne n'est pas contraire à l'état clinique du patient. Si aucune contre-indication médicale n'est exprimée, les visites peuvent se réaliser soit dans la chambre du patient, soit dans une salle spécifiquement dédiée à cet effet. De plus, le patient a la possibilité de ne pas divulguer sa présence au sein de l'hôpital. En ce sens, les professionnels le prenant en charge devront respecter sa volonté d'anonymat. L'identité d'un patient est en effet considérée par le Conseil d'Etat comme une information intime<sup>120</sup>.

D'autre part, l'hôpital doit respecter la liberté de conscience du patient<sup>121</sup>. Celle-ci confère à toute personne le droit de choisir sa confession et de pratiquer le culte qui s'y rapporte<sup>122</sup>. A la suite du rapport de la Commission Stasi, la circulaire du 2 février 2005 *relative à la laïcité*

---

117 LAMI A., VIOUJAS V., *Droit hospitalier*, Bruylant, Collection Paradigme, 2ème édition, 2020, p 440.

118 *Ibid.*

119 Article L6143-7 du Code de la santé publique.

120 Conseil d'Etat, 1 juin 1994, *CHS Le Valmont*, n°150870.

121 MOQUET-ANGER M-L., *Droit hospitalier*, LGDJ, 6ème édition, 2021, p 477.

Voir également, LAMI A., VIOUJAS V., *Droit hospitalier*, Bruylant, Collection Paradigme, 2ème édition, 2020, p 471.

122 Cette liberté est proclamée par l'article 1 de la DDHC de 1789 ainsi que par l'article 1 de la CEDH.

*dans les établissements de santé*<sup>123</sup>, reprend le principe de laïcité et ses implications au sein d'un établissement de santé assurant le service public hospitalier qui doit respecter le principe de neutralité et de laïcité<sup>124</sup>. De ce fait, il doit s'organiser de manière à garantir les croyances et les convictions du patient et lui assurer l'exercice de son activité religieuse en toute liberté conformément à l'article R1112-46 du Code de la santé publique. Il doit mettre en place des aumôneries pour offrir la liberté du culte des patients et mettre à disposition un local approprié<sup>125</sup>. La Charte de la personne hospitalisée promeut également au patient, la libre pratique de son culte et la manifestation de ses convictions religieuses<sup>126</sup>. Afin d'assurer le bon fonctionnement du service, de ne pas nuire à la qualité des soins ni aux règles d'hygiène ni à la tranquillité d'autrui, le patient peut exercer son culte dans sa chambre ou dans un lieu réservé à cet effet. Tout prosélytisme est cependant interdit tant pour le patient, que pour un visiteur ou encore le personnel médical.

Rappelons que le traitement avec égards de la personne, se complète avec le respect de sa vie privée, qui comprend un volet relatif à la confidentialité des données médicales, c'est-à-dire, toutes les informations soumises au secret médical.

#### **f - Le respect de la vie privée**

Le patient hospitalisé doit bénéficier du droit au respect de sa vie privée<sup>127</sup>. La loi du 4 mars 2002 a proclamé le droit au respect de la vie privée en tant que droit garanti au patient au cours de son hospitalisation, affirmé par l'article L1110-4 du Code de la santé publique. Ainsi, la Charte de la personne hospitalisée rappelle qu'au titre de la vie privée, le secret médical doit être assuré en tant que droit fondamental du patient<sup>128</sup>. Ce dernier est le plus absolu de tous les

---

123 Circulaire DHOS/G n°2005-57 du 2 février 2005 relative à la laïcité dans les établissements de santé.

124 Conseil d'Etat, 8 décembre 1948, Demoiselle Pasteau, n° 91.406. CE, 3 mai 1950, *Demoiselle Jamet*, n° 98.284.

125 Circulaire n° DGOS/RH4/2011/356 du 5 septembre 2011 relative à la charte des aumôneries dans les établissements mentionnés à l'article 2 de la loi 86-33 du 9 janvier 1986 portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique hospitalière.

126 Ministère de la Santé et des solidarités, Charte de la personne hospitalisée, 2 mars 2006.

127 Une protection de ce droit reconnu à toute personne est assurée tant au niveau européen par l'article 8-1 de la CEDH qu'en droit interne par l'article 9 du Code civil. Ainsi le Conseil constitutionnel lui a attribué une valeur constitutionnelle sur le fondement de la liberté personnelle garantie par la DDHC de 1789.

Voir BIOY X., LAUDE A., TABUTEAU D., *Droit de la santé*, Thémis, 4ème édition, 2020, p 294 et suivantes.

BIOY X., *Droits fondamentaux et libertés publiques*, LGDJ, 6ème édition, 2020, p 514 et suivantes.

Voir également, MOQUET-ANGER M-L., *Droit hospitalier*, LGDJ, 6ème édition, 2021, p 466.

128 Voir également, APOLLIS B., TRUCHET D., *Droit de la santé publique*, Dalloz, 10ème édition, 2020, p 262-265.

secrets professionnels, il est le fondement de la relation soignant-soigné<sup>129</sup>. En ce sens, Jean-Louis Senon en précise les contours : « ce principe repose sur un syllogisme très simple : pas de médecine sans confiance. Pas de confiance sans confiance. Pas de confiance sans secret »<sup>130</sup>. Il recouvre tant les informations délivrées directement par le patient que les informations parvenues à la connaissance des professionnels de santé. En tout état de cause, l'établissement de santé doit garantir la confidentialité des informations détenues sur l'ensemble des patients qui y sont pris en charge<sup>131</sup>. Cependant, il convient de mettre en exergue des spécificités relatives au partage d'informations lors de la prise en charge d'un patient hospitalisé<sup>132</sup>. Ce dernier peut en effet conduire à certaines ambiguïtés, quant au respect du secret médical, notamment en psychiatrie<sup>133</sup>.

Lors d'une hospitalisation, il est important d'explicitier au patient, que les professionnels partagent entre eux des informations, afin d'améliorer et d'adapter la prise en charge<sup>134</sup>. Dans certains cas où le patient ignore cette pratique et qu'il se rend compte de cette transmission d'informations au sein de l'équipe, il peut alors développer un sentiment de méfiance ayant des conséquences sur l'alliance thérapeutique. Le partage d'informations est possible également avec les proches du patient et les ayants droit. Toutefois, avant de délivrer toute information relative à la santé du patient et afin de ne pas outrepasser le secret médical, il faut obtenir son accord préalable<sup>135</sup>.

Au-delà du secret médical, la vie privée du patient se manifeste également par le droit de recevoir des visites. La question se pose d'accueillir des visiteurs dans la chambre<sup>136</sup>. Depuis le célèbre arrêt dit « Chantal Nobel » en date du 17 mars 1986, elle est considérée comme le domicile du patient. La cour d'appel de Paris a rappelé que « la chambre du patient doit être respectée ainsi l'entrée dans celle-ci ne peut se faire qu'avec son accord au titre de la protection du domicile »<sup>137</sup>.

Plus encore, cet espace protégé qu'est la vie privée, induit également la protection des attributs

---

129 LAMI A., VIOUJAS V., *Droit hospitalier*, Bruylant, Collection Paradigme, 2ème édition, 2020, p 460-463.

Voir également, MOQUET-ANGER M-L., *Droit hospitalier*, LGDJ, 6ème édition, 2021, p 442.

130 JONAS C. et SENON J-L, *Responsabilité médicale et droit du patient en psychiatrie*, Elsevier, 2002, p 66.

131 Voir BIOY X., LAUDE A., TABUTEAU D., *Droit de la santé*, Thémis, 4ème édition, 2020, p 294- 302.

132 DUPONT M., BERGOIGNAN-ESPER C., *Droit hospitalier*, Dalloz, 11ème édition, 2022, p 805- 812.

133 Article L1110-4-II du Code de la santé publique.

134 Article L1110-4 du Code de la santé publique.

135 HAS, « Programme pluriannuel. Psychiatrie et santé mentale 2018-2023 », Juin 2018, p10.

136 PANFILI J-M., *op.cit.*, p 84.

137 CA de Paris, 17 mars 1986, *affaire Chantal Nobel*.



de la personnalité, telles que la voix et l'image<sup>138</sup>. De facto, au sein de l'institution hospitalière, la captation de l'image d'un patient se réalise fréquemment dans plusieurs situations, telles que la prise de photos ou de vidéos de patients au cours des activités thérapeutiques, ou dans le cadre de la réalisation d'un film à but clinique. En psychiatrie, il convient de porter une attention particulière au moment du recueil du consentement afin qu'il soit libre et éclairé et de délivrer une information adaptée au patient au regard de sa pathologie. Se pose également la question de filmer des entretiens médicaux de patients pris en charge en psychiatrie à des fins d'enseignement clinique, notamment afin de mieux former les futurs médecins. Or, ce type de pratiques interroge d'emblée quant au respect du secret médical. En effet, les internes en cours de formation ne sont pas intégrés dans la prise en charge du patient comme le prévoit l'une des dérogations de la loi du 26 janvier 2016 *de modernisation de notre système de santé*. Il paraît donc complexe d'utiliser cette technique, même si le patient donne son consentement pour cette captation d'image. Dès lors, des moyens alternatifs doivent être mis en place si de telles pratiques sont utilisées à des fins d'enseignement.

En toutes circonstances, le patient peut accéder aux informations le concernant sans autorisation préalable.

### **g - Le droit d'accès aux informations relatives à sa santé**

Au regard des évolutions médicales, le dossier médical est devenu un véritable outil de traçabilité des actes médicaux, ainsi qu'un instrument permettant de garantir le suivi et la qualité des soins du patient<sup>139</sup>. La loi du 4 mars 2002 dite *Kouchner* a érigé la communication

---

138 BIOY X., *Droits fondamentaux et libertés publiques*, LGDJ, 6ème édition, 2020, p 528.  
Cour de cassation, Chambre civile 1, 24 février 1993, n°91-13587.

139 LANTERO C., *Les droits des patients*, LGDJ, 2018, p 129.

Loi n°70-1318 du 31 décembre 1970 portant réforme hospitalière et la loi n°78-17 du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés.

Décret n°74-230 du 7 mars 1974 relatif à la communication des dossiers des malades hospitalisés ou consultant dans des établissements hospitaliers publics. Circulaire n°6294 du 24 août 1983 relative à la communication des dossiers administratifs et médicaux des malades ayant été hospitalisés ou reçus en consultation externe dans des établissements d'hospitalisation publics.

Loi du 31 juillet 1991 n°91-748 indique pour la première fois le contenu du dossier médical et l'obligation de communication du dossier à la demande du patient.

Conformément à l'article R1112-2 du CSP, il contient selon les termes de l'article du CSP précité, trois niveaux d'informations : les informations formalisées recueillies, les informations formalisées établies à la fin du séjour et les informations mentionnant qu'elles ont été recueillies auprès de tiers n'intervenant pas dans la prise en charge thérapeutique. Ce dernier volet n'est pas communicable à des fins de protection des tierces personnes qui auraient pu fournir des informations concernant le patient notamment en psychiatrie. Voir également DUPONT M., BERGOIGNAN-ESPER C., *Droit hospitalier*, Dalloz, 11ème édition, 2022, p 784 - 787.

Voir BIOY X., LAUDE A., TABUTEAU D., *Droit de la santé*, Thémis, 4ème édition, 2020, p 337- 343.

du dossier médical comme un véritable droit du patient<sup>140</sup>. Les conditions de communication de droit commun sont énumérées à l'article L1111-7 du Code de la santé publique. Un dossier médical est constitué pour chaque personne. Il contient l'ensemble des informations relatives à sa santé<sup>141</sup>. Il comprend également toutes les observations des professionnels intervenant dans la prise en charge du patient ainsi que leur identité. Il est possible pour la personne hospitalisée d'accéder à ces informations en faisant la demande auprès de la direction. Elles peuvent lui être communiquées soit directement, soit par un médecin qu'il aura choisi librement. Le patient peut également consulter sur place son dossier, avec ou sans accompagnement, d'un médecin, selon son choix. Cette demande d'accès peut également être adressée par le tuteur si la personne est un majeur sous tutelle, soit par le médecin s'il est désigné comme intermédiaire par le patient<sup>142</sup>. Les informations ainsi sollicitées ne peuvent être mises à sa disposition avant un délai minimum de quarante-huit heures après sa demande mais doivent lui être communiquées au plus tard dans les huit jours. Si toutefois les informations datent de plus de cinq ans, ce délai est porté à deux mois<sup>143</sup>.

En psychiatrie, le patient a accès à son dossier médical comme tout autre patient de droit commun soit directement, soit par l'intermédiaire d'un médecin désigné par le patient<sup>144</sup>. Cependant, des règles spécifiques pour les patients admis en soins sans consentement ont été prévues par le législateur et feront l'objet d'un développement postérieur<sup>145</sup>.

## **h- Le droit d'être entendu**

Le cadre de l'hospitalisation doit favoriser la délivrance des soins en toute tranquillité. Cependant, rien n'interdit à la personne hospitalisée de communiquer avec l'extérieur ou avec

---

140 MOQUET-ANGER M-L., *Droit hospitalier*, LGDJ, 6ème édition, 2021, p 449.

141 APOLLIS B., TRUCHET D., *Droit de la santé publique*, Dalloz, 10ème édition, 2020, p 262.  
Voir également, LAMI A., VIOUJAS V., *Droit hospitalier*, Bruylant, Collection Paradigme, 2ème édition, 2020, p 409.

142 Les droits d'accès du patient au dossier médical sont repris aux articles L.1111-7 et R 1111-2 à R.1111-9 du code de la santé publique.

143 Article R1111-1 et suivants du Code de santé publique.

144 Des documents intitulés « Demandes d'accès aux informations relatives à ma santé » accompagnés d'une pièce d'identité ou d'un justificatif pour attester de la qualité du demandeur, permettent d'en faire la demande auprès de la direction de l'établissement et au Département d'Information Médicale (DIM).

La consultation sur place du dossier est gratuite ainsi que par voie dématérialisée, néanmoins la délivrance par copie engendre des frais pour le demandeur. Les délais de communication sont estimés entre 48h et 8 jours.

145 Voir Titre 1, Chapitre 2, p 79.

des instances institutionnelles comme le rappelle la Charte de la personne hospitalisée<sup>146</sup>.

Suite à la loi du 21 juillet 2009 portant *réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires*, une volonté s'affirme peu à peu de faire du patient un véritable acteur de santé en lui permettant de participer à la vie publique<sup>147</sup>. En sus de cette participation citoyenne aux politiques sanitaires, il est désormais admis une représentation des usagers, tout comme le droit de siéger, au sein des différentes instances hospitalières. Ceci afin de lui garantir une participation et une liberté d'expression quant aux modalités de délivrance des soins et sur l'accueil proposé au sein de la structure hospitalière.

La Commission des usagers (CDU), véritable lieu d'expression est une instance protectrice des droits des usagers et veille à l'amélioration de la qualité de la prise en charge<sup>148</sup>. Ainsi, des représentants sont élus pour siéger au sein de la CDU et de la Commission départementale des soins psychiatriques (CDSP). Les représentants sont à la fois les porte-paroles des patients auprès des acteurs de santé, mais également des collaborateurs indispensables pour les institutions. Bien souvent, la CDU est consultée sur la politique de l'établissement, pour garantir le respect des droits du patient. Il est reconnu au patient durant son hospitalisation la possibilité de saisir ces instances, afin de les informer d'une situation particulière et d'agir si besoin en son intérêt. Plus encore, le patient victime d'un préjudice peut exercer un recours devant les tribunaux, s'il estime avoir subi un dommage au cours de son hospitalisation.

Malgré la reconnaissance universelle des droits et libertés du patient hospitalisé rappelés particulièrement dans la Charte précitée, il s'avère que la pathologie psychiatrique génère des spécificités durant le parcours de soins.

## **B - Une application des droits différenciée pour les patients en soins psychiatriques et en soins somatiques**

L'étude des droits reconnus au patient de droit commun laisse transparaître des disparités quant à leur application en psychiatrie, tel est particulièrement le cas de l'accès aux soins

---

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

147 Loi n°2002-2 du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale.

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

148 Voir DUPONT M., BERGOIGNAN-ESPER C., *Droit hospitalier*, Dalloz, 11ème édition, 2022, p 719.

somatiques (1). L'hospitalisation en psychiatrie se distingue également de celle en soins somatiques, puisque bien souvent le patient souffrant de troubles mentaux nécessite un accompagnement à la sortie par la mise en place d'un suivi en réhabilitation psycho-sociale (2).

### ***1 - La pathologie psychiatrique, facteur de différenciation dans l'accès aux soins somatiques***

Bien que le législateur reconnaisse les mêmes droits et libertés à l'ensemble des patients, la pathologie psychiatrique peut être source de stigmatisation et de marginalisation. Elle constitue un facteur de différenciation quant à l'accès aux soins somatiques adaptés à leurs besoins<sup>149</sup>. En raison de méconnaissance, d'exclusion ou de difficultés de repérage, la santé somatique et la surmortalité de ces personnes a longtemps été ignorée, alors même que de nombreuses études cliniques et épidémiologiques ont porté sur leur comorbidité. Ce difficile accès aux soins somatiques a indéniablement un impact sur leur espérance de vie. En effet, selon l'OMS, « les patients souffrant de pathologie psychiatrique telles que la dépression majeure ou la schizophrénie ont 40 à 60% de risques supplémentaires de mourir plus tôt que la population générale, du fait de problèmes somatiques qui ne sont pas systématiquement soignés »<sup>150</sup>. En 2015, une étude de l'OMS démontre que l'espérance de vie de ces patients est « écourtée de 10 à 20 ans et leur taux de mortalité est trois à cinq fois supérieur en comparaison à la population générale »<sup>151</sup>. Plusieurs facteurs seraient à l'origine de cette surmortalité : « le tabagisme, la consommation de toxiques, le régime alimentaire mais aussi une forte précarité sociale »<sup>152</sup>. Comme l'indique la HAS dans ses recommandations en 2015 : « ces facteurs ont également une incidence sur leur accès aux soins somatiques qui est alors retardé, voire limité et complique ainsi leur prise en charge ultérieure »<sup>153</sup>.

D'autres raisons sont également à l'origine de cet accès complexe aux soins somatiques. D'une part, il existe des motifs liés directement à la pathologie psychiatrique. Les symptômes somatiques dont souffre la personne peuvent être l'objet d'idées délirantes, d'une mauvaise

---

149 OMS, Plan d'action pour la santé mentale 2013-2020, p 8.

150 *Ibid.*

151 OMS, rapport des statistiques sanitaires mondiales, 2015.

BOUGON E., « Protection juridique et soins sans consentement chez le majeur hospitalisé en psychiatrie », thèse, Université Bordeaux 2, 2015, p 20.

152 GALLAIS J-L., « Médecine générale, psychiatrie et soins primaires : regard de généraliste ». L'Information Psychiatrique 2014/5, volume 90 p 325.

153 HAS, Recommandations de bonnes pratiques en psychiatrie ; Comment améliorer la prise en charge somatique des patients ayant une pathologie psychiatrique sévère et chronique, 2015, p 7.

perception. Selon Emmanuelle Bougon, le patient peut « faire preuve de négligence à l'égard de ses symptômes somatiques car sa pathologie psychiatrique ne lui permet pas de détecter, d'observer les symptômes »<sup>154</sup>. De plus, elle précise qu'environ 15% des personnes souffrant de troubles mentaux n'ont pas de médecin traitant, parfois par défaut de ressources financières<sup>155</sup>.

D'autre part, cette difficulté d'accéder aux soins somatiques peut s'expliquer par des motifs propres aux professionnels de santé exerçant soit dans les structures intra ou extra hospitalières. En effet, en certaines circonstances, la méconnaissance de l'intrication entre maladie physique et psychique est un frein dans le repérage et le diagnostic du patient. D'un côté, pour les médecins généralistes qui ne sont pas tous en mesure d'assurer un suivi ambulatoire de ce type de patient<sup>156</sup> et d'un autre côté, les psychiatres sont parfois insuffisamment attentifs aux problématiques somatiques de leurs patients. Ces pratiques sont en cours d'évolution car à présent, dès l'hospitalisation d'un patient, le psychiatre référent et le médecin traitant doivent communiquer, afin d'articuler la prise en charge somatique et psychiatrique, également prêter attention aux traitements afférents, pour éviter d'éventuelles interactions médicamenteuses. Certains médicaments peuvent effectivement aggraver les troubles ou être source d'affection somatique<sup>157</sup>. Enfin, des motifs liés à l'organisation des établissements de santé peuvent avoir des conséquences sur l'accès aux soins somatiques de ce patient et sont un obstacle à la structuration de son parcours de soins. D'une part, les établissements de santé autorisés en Médecine-chirurgie-obstétrique (MCO) ne prennent pas de mesures spécifiques pour organiser un accueil et un accompagnement adéquat à ce type de patients. Ceci engendre par exemple, un mauvais adressage dans les services des urgences ou un défaut d'examen somatique<sup>158</sup> qui en principe doit être systématique dès leur accueil aux urgences<sup>159</sup>. D'autre part, l'organisation établie pour qu'un patient accède aux soins somatiques est défaillante. En raison premièrement, d'un recours aux soins somatiques ou aux soins spécialisés difficile à obtenir, du fait de la faible communication des médecins entre eux et deuxièmement, d'une importante disparité pour l'accès aux médecins spécialisés, en fonction du territoire et du lieu de

---

154 BOUGON E., thèse de médecine humaine et pathologie « Protection juridique et soins sans consentement chez le majeur hospitalisé en psychiatrie », Université Bordeaux 2, 2015, p 24.

155 *Ibid.*

156 HAS, Recommandations de bonnes pratiques en psychiatrie « Comment améliorer la prise en charge Somatique des patients ayant une pathologie psychiatrique sévère et chronique », 2015, p 7.

157 HAS, *op.cit.*, p 10.

158 PTSM Haute-Garonne 2021-2025 diagnostic territorial 2019, p 82-83.

159 Article L3211-2-2 du Code de la santé publique.

Cet article prévoit une obligation « dédouanement somatique dans les 24 heures » durant la période d'observation et de soins initiale des patients hospitalisés sans leur consentement.

vie du patient. Il est nécessaire que les professionnels de santé se coordonnent dans le parcours de soins somatique du patient psychiatrique, afin de leur délivrer des soins appropriés et de qualité, conformément aux recommandations de la HAS<sup>160</sup>. En effet, ces dernières ont permis de définir l'articulation entre ces deux disciplines, pour une meilleure prise en charge somatique et psychiatrique du patient souffrant d'une pathologie psychiatrique<sup>161</sup>.

Outre l'accès aux soins somatiques différencié, le parcours de soins en psychiatrie implique la réalisation d'un objectif de réhabilitation psychosociale.

## ***2 - La pathologie psychiatrique, facteur de différenciation dans l'accompagnement à la sortie***

La feuille de route de *la santé mentale et de la psychiatrie* mentionne explicitement une volonté de réinsertion pour tous les patients hospitalisés en psychiatrie<sup>162</sup>. Celle-ci est spécifiquement rappelée pour les patients admis en soins sans consentement à l'article L3211-3 du Code de la santé publique. Dans la pratique, l'hospitalisation complète d'un patient, même s'il souffre d'une pathologie chronique, n'a pas vocation à durer. Dès lors, les équipes hospitalières doivent tout mettre en œuvre pour que le patient se réinsère socialement, professionnellement et retrouve son autonomie personnelle. Cet objectif de réinsertion a fait l'objet d'une des priorités d'un décret en date du 27 juillet 2017 relatif *au projet territorial de santé mentale*, mettant en lumière la nécessité de coordonner un parcours de santé et de vie, de qualité et sans rupture, avec un accompagnement social et médico-social pour le patient souffrant de troubles psychiatriques.

Une circulaire du 16 janvier 2019 relative *au développement des soins en réhabilitation psychosociale sur les territoires*, vient préciser les contours de l'offre de soins de réhabilitation psychosociale, complétant ainsi l'offre sanitaire actuelle<sup>163</sup>. Tout l'enjeu est de travailler en partenariat avec les diverses institutions sanitaires, sociales et médico-sociales, intervenant tout au long de la prise en charge du patient et de lui offrir un parcours de soins et de vie coordonnés.

---

160 HAS, *op.cit*, p 10.

161 En 2014, une charte de partenariat a été signée « *Médecine générale et psychiatrie de secteur* » définissant la conduite à tenir pour une meilleure prise en charge de ces patients tant pour les médecins généralistes que pour les psychiatres.

162 Ministère des solidarités et de la santé, Feuille de route « Santé mentale et psychiatrie », Jeudi 28 juin 2018, Actions 18, 34, 35 et 36.

163 Instruction n° DGOS/R4/2019/10 du 16 janvier 2019 relative au développement des soins de réhabilitation psychosociale sur les territoires.

Diverses modalités de réinsertion peuvent être mises en œuvre durant l'hospitalisation. Les activités thérapeutiques par exemple, permettent au patient d'interagir avec autrui, tout comme le droit de visites, ainsi que les correspondances téléphoniques ou écrites<sup>164</sup>.

En parallèle, des centres ressources en réhabilitation psychosociale (RPS), émergent, permettant de définir un projet individualisé en réhabilitation, véritable programme de rétablissement, qui viendrait compléter un projet de soins. De ce fait, l'équipe spécialisée en RPS fera des propositions sur des modalités thérapeutiques qui paraissent appropriées à la réalisation du projet de soins et de vie du patient. Le centre RPS définit et renseigne les partenaires susceptibles de délivrer de telles modalités d'accompagnement. Ces derniers permettront de garantir une cohérence dans le parcours du patient.

En conséquence, ces particularités dans le parcours de soins du patient en psychiatrie démontrent bien que la pathologie psychiatrique constitue une source de différenciation.

Il s'agit à présent de s'attacher à un principe reconnu à toute personne malade sans distinction et qui doit être protégé et respecté en tout état de cause : le principe de dignité humaine.

## **§2- Une attention particulière portée à la protection de la dignité humaine**

Le principe de dignité humaine inhérent à tout patient ne peut en principe faire l'objet de quelconques limitations, tant en soins somatiques qu'en soins psychiatriques (A). Pourtant, lors d'une hospitalisation en psychiatrie, les équipes peuvent avoir recours à la contrainte. Ces pratiques en certaines circonstances peuvent être constitutives d'une atteinte à la dignité humaine (B).

### **A - L'universalité théorique du principe de dignité**

Un nombre considérable de textes internationaux et nationaux protège ce principe de dignité humaine. Il est alors reconnu expressément à l'ensemble des patients sans considération de l'origine des troubles (1). Ce principe fait l'objet d'une attention particulière lors d'une hospitalisation psychiatrique tant la nature de la prise en charge paraît différenciée de la prise en charge somatique (2).

---

164 THERON S., *Les soins psychiatriques sans consentement*, DUNOD, octobre 2017, p 181.

## ***1 - La consécration du principe pour tous les patients***

Sa qualité d'être humain confère au patient une protection en toutes circonstances de sa dignité humaine, c'est à dire dès son entrée dans les soins et ce, jusqu'à la fin de sa prise en charge<sup>165</sup>. La notion de dignité humaine est complexe à appréhender comme le souligne Xavier Bioy tant « elle peut recouvrir diverses facettes »<sup>166</sup>. Pour le Comité consultatif national d'Éthique (CCNE) : « le principe du respect de la dignité de la personne humaine pouvait être considéré « à contenu variable ». A ce jour, elle ne dispose pas de définition juridique précise<sup>167</sup>. Selon Benjamin Pitcho, il s'agirait « de droits et caractéristiques qui s'attachent à la personne humaine, à ses qualités et à son essence »<sup>168</sup>. De ce fait, plusieurs éléments permettent d'élaborer une définition : « la primauté de la personne est fondée sur la reconnaissance de sa dignité et la dignité de la personne implique le respect de l'être humain dès le commencement de sa vie »<sup>169</sup>.

Dès lors, de ce principe « matriciel » comme l'indique Xavier Bioy, découle « la primauté de la personne humaine dès le début de sa vie, l'inviolabilité du corps humain, la non-patrimonialité du corps humain, ainsi que le respect de l'intégrité physique et psychique de la personne »<sup>170</sup>. Elle est à la fois pour Pierre De Montalivet : « le fondement des droits fondamentaux et un droit fondamental »<sup>171</sup>. En effet, partant du postulat que ce principe couvre l'ensemble des autres droits de la personne hospitalisée, ces droits doivent eux-mêmes être protégés, afin de garantir le principe de dignité humaine<sup>172</sup>.

Le droit au respect de la dignité humaine est un droit largement proclamé, tant en droit international<sup>173</sup>, qu'en droit de l'Union européenne<sup>174</sup>. En droit européen, la Convention

---

165 Voir DUPONT M., BERGOIGNAN-ESPER C., *Droit hospitalier*, Dalloz, 11ème édition, 2022, p 714.  
BIOY X., LAUDE A., TABUTEAU D., *Droit de la santé*, Thémis, 4ème édition, 2020, p 285.

MOQUET-ANGER M-L., *Droit hospitalier*, LGDJ, 6ème édition, 2021, p 371-374.

166 BIOY X ; *Droits fondamentaux et libertés publiques*, LGDJ, 6ème édition, 2020, p 402 et suivants.

167 LANTERO C., *Droits des patients*, LGDJ, 2018, p49.

168 PITCHO B., « Le statut juridique du patient », Collection Thèses, LEH, 2010, p 283.

169 LAUDE A., MATHIEU B., TABUTEAU D., *Droit de la santé*, Thémis, 2012, p573.

170 Par suite de la loi du 29 juillet 1994 relative au corps humain, il est introduit à l'article 16 du code civil.  
BIOY X, *op. cit.*, p 404.

171 DE MONTALIVET P., « *La dignité humaine en santé- France-Chine* », Actes du colloque, LEH Edition, 2017, p 56.

172 MATHIEU B. et VERPEAUX M., *Contentieux constitutionnel des droits fondamentaux*, LGDJ, 2002, p 422.

173 DUDH du 10 décembre 1948 ; Pactes internationaux relatifs aux droits civils et politiques et aux droits économiques, sociaux et culturels en date du 16 décembre 1966.

174 La Charte des droits fondamentaux de l'UE adoptée le 7 décembre 2000 et n'ayant qu'une valeur contraignante que depuis le 1er décembre 2009, article 1er du chapitre 1.

Article 2 du traité de Lisbonne adopté en 2009 et régissent le fonctionnement de l'Union européenne ainsi que l'article 21§1 alinéa 1 dudit traité.

En ce sens voir, CJCE, 9 octobre 2001, *Pays-Bas c/Parlement et Conseil*, n°C-377/98.

Dans le même sens, CJCE, 30 avril 1996, *P.c/S. Et Cornwall County Council* et CJCE, 14 octobre 2004, *Omega*, n°C-36/02.



européenne de sauvegarde des droits de l'Homme (CEDH) en date du 4 novembre 1950 ne la reconnaît pas expressément dans l'un de ses articles<sup>175</sup>. Cependant, ce principe fait l'objet d'une protection accrue par la Cour européenne des droits de l'homme ces dernières années, en se référant à l'article 3 de la CEDH interdisant tout traitement inhumain ou dégradant<sup>176</sup>. Sur le fondement de cet article, la Cour européenne développe une jurisprudence progressiste, en rappelant comme elle l'a fait dans l'arrêt *Stanev contre Bulgarie* que cette interdiction s'impose pour toute forme de privation de liberté, y compris pour les patients hospitalisés en psychiatrie<sup>177</sup>. En droit interne, de nombreuses sources textuelles proclament ce principe<sup>178</sup>. En droit de la santé, « le médecin a l'obligation d'exercer sa mission dans le respect de la dignité humaine »<sup>179</sup>. Ce principe sous-entend un respect inconditionnel de la personne ; de ce fait, tout traitement inhumain et dégradant envers un patient, est proscrit et doit être sanctionné. Ce principe se manifeste de diverses façons et sous diverses pratiques au cours d'une hospitalisation<sup>180</sup>. D'un côté, les conditions matérielles dans lesquelles se déroule l'hospitalisation, tout comme les conditions de séjour doivent être compatibles avec le respect de ce principe<sup>181</sup>. D'un autre côté, le comportement des professionnels intervenant dans la prise en charge est un élément permettant d'évaluer la qualité des soins délivrés tout au long de celle-ci<sup>182</sup>. A titre d'exemple, la cour d'appel de Douai a condamné un établissement de santé privé aux motifs que les conditions d'exclusion du patient en raison d'un vol de vêtements ont porté atteinte au respect du principe de dignité humaine de la personne « atteinte d'un lourd handicap et invalide »<sup>183</sup>.

175 À l'inverse, elle est explicitement reconnue dans le préambule du protocole n°13 relatif à l'abolition de la peine de mort en toutes circonstances et dans la convention du Conseil de l'Europe sur la lutte contre la traite des êtres humains du 16 mai 2005.

176 CEDH, 25 avril 1978, *Tyrer c. Royaume-Uni*, §33 ; CEDH, 22 novembre 1995, *S.W c. Royaume-Uni* ; CEDH, sect IV, *Dzieciak c/Pologne*, 9 décembre 2008, req. N°7766/01. Ou encore CEDH sect. V, 16 octobre 2008, *Renold c/ France*, req. N°5608/05 ; RDSS, 2009, p 363, obs. P. Hennion-Jacquet.

177 CEDH grande chambre, 17 janvier 2012, *Stanev c./ Bulgarie*, requête n° 36760/06. LUCAS K., « Les conditions matérielles de vie des personnes internées face à l'article 3 de la Convention européenne des droits de l'homme », RDSS 2012, p863.

178 Consacré par la Déclaration des droits de l'Homme et du Citoyen en date du 16 août 1789. Loi n° 94-653 du 29 juillet 1994 relative au respect du corps humain l'a également réitéré à l'article 16 du Code civil.

Conseil constitutionnel, décision n°94-343/344 DC, 27 juillet 1994 a conféré une valeur constitutionnelle à ce principe.

Article L1110-2 du Code de la santé publique.

Voir également APOLLIS B., TRUCHET D., *Droit de la santé publique*, Dalloz, 10ème édition, 2020, p 249-250.

179 Articles R 4127-2 et R4312-20 du Code de la santé publique.

180 LAMI A., VIUJAS V., *Droit hospitalier*, Bruylant, Collection Paradigme, 2ème édition, 2020, p 440-447.

181 Concernant des conditions d'incarcération jugées attentatoires au principe de dignité humaine :

TOUZEIL-DIVINA M., « Incarcération contraire au principe de dignité de la personne humaine », La semaine juridique, Edition générale n°5, janvier 2017, p 112.

182 Article D1421-2 du Code de la santé publique.

183 CA de Douai, 15 avril 2021, n°21/192.

Reste à étudier comment ce principe est protégé lors d'une hospitalisation psychiatrique.

## ***2- La protection en toutes circonstances de ce principe en psychiatrie***

Pour Bénédicte Bévière-Boyer : « certaines situations, voire certains lieux, sont considérés comme plus spécifiques que d'autres dans le milieu médical et des risques d'atteintes au principe de dignité humaine y sont relevés plus fréquemment »<sup>184</sup>. L'hospitalisation psychiatrique ou la fin de vie, la détention ou la rétention administrative « ne doivent pas constituer un obstacle au respect de la dignité » comme le souligne l'auteur précité<sup>185</sup>. Au niveau international, la résolution de l'ONU *relative à la protection des personnes atteintes de maladie mentale* énonce que : « Toute personne atteinte de maladie mentale ou soignée comme telle, doit être traitée avec humanité et dans le respect de la dignité inhérente à toute personne humaine »<sup>186</sup>. Par une décision en date du 26 novembre 2010, le Conseil constitutionnel souligne « qu'il appartient aux professionnels de santé, ainsi qu'aux autorités administratives et judiciaires de veiller à ce que la dignité des personnes hospitalisées sans leur consentement, soit respectée en toutes circonstances » et que ce patient ne pouvait « s'opposer aux soins médicaux que ces troubles requièrent »<sup>187</sup>. Depuis cette décision, le législateur porte une attention particulière au respect de ce principe lors d'une hospitalisation psychiatrique et en particulier pour les soins sans consentement<sup>188</sup>.

A ce titre, la Commission départementale des soins psychiatriques (CDSP) joue un rôle important dans le respect de la dignité humaine des patients hospitalisés sans leur consentement<sup>189</sup>. Elle peut en effet dénoncer dans son rapport d'activité annuel, toutes les atteintes constatées lors de visites des établissements, au regard du respect des libertés individuelles et de la dignité<sup>190</sup>. Cette instance de contrôle constitue « un moyen complémentaire de veille et de surveillance de l'effectivité, de la mise en place des dispositifs légaux concernant la protection de ces patients particulièrement vulnérables »<sup>191</sup>.

---

184 BEVIÈRE-BOYER B., *La dignité appréhendée par le code de santé publique*, LEH Edition, 2017, p319.

185 *Ibid.*

186 Voir en ce sens, 1§2 de la Résolution 46/119 de l'AG de l'ONU du 17 décembre 1991 relative à la protection des personnes atteintes de maladie mentale.

187 Conseil constitutionnel, Décision du 26 novembre 2010 QPC, n°2010-71, *Mlle Danièle S.* ; observations LAUDE, AJDA, 2011, p 174, note BIOY.

188 Article L3211-3 du Code de la santé publique.

189 Article L3222-5 du Code de la santé publique.

190 Article R 3223-11 du Code de la santé publique.

191 BEVIÈRE-BOYER B., *op. cit.*, p 326.

Pour Bénédicte Bevière-Boyer, les diverses dispositions du Code de la santé publique protégeant la dignité des personnes particulièrement fragiles est une preuve que le législateur a souhaité mettre en exergue « des dignités spécifiques », même si à ce jour, elles ne sont pas reconnues explicitement comme telles<sup>192</sup>.

Diverses pratiques mettent en lumière les limites relatives à la protection de ce principe du fait de la spécificité de la prise en charge psychiatrique.

## **B - Une application sujette à controverse en psychiatrie**

Depuis plusieurs années, le respect du principe de dignité humaine fait l'objet de débats récurrents en psychiatrie. Le Comité européen pour la prévention de la torture et le Contrôleur général des lieux de privation de liberté (CGLPL) ont mis l'accent sur des pratiques pouvant être constitutives d'atteintes à ce principe. En effet, au regard de ce principe, les conditions de séjour du patient hospitalisé (1) ainsi que le recours aux mesures d'isolement et de contention (2) semblent discutables.

### ***1- Les conditions d'hospitalisation du patient***

Afin de garantir et de respecter la dignité du patient lors de son hospitalisation, l'institution hospitalière et le personnel, doivent lui offrir un cadre de soins respectueux de ce principe. Ce dernier s'entend à la fois d'un point de vue architectural (a), organisationnel (b) et au regard du comportement bienveillant des professionnels de santé (c).

#### **a- L'architecture des unités de soins**

Selon les termes de l'article D 6124-302 du Code de la santé publique : « la configuration architecturale et fonctionnelle de chaque structure et unité de soins, garantissent à chaque patient les conditions d'hygiène et d'asepsie nécessaires, ainsi que le respect de son intimité et de sa dignité, en comportant notamment des chambres ou des espaces spécifiques adaptés ». Or cette disposition concerne uniquement les structures ambulatoires puisqu'elle se trouve dans le chapitre IV de la section 3 intitulée : « Structures de soins alternatives à l'hospitalisation ».

---

192 BEVIÈRE-BOYER B., *op.cit*, p 319.

Béatrice Bévière-Boyer propose une extension de cette disposition, à l'ensemble des structures prenant en charge les patients souffrant d'une pathologie psychiatrique, sous la forme d'une hospitalisation complète<sup>193</sup>. De nombreux rapports soulignent en effet que les locaux de psychiatrie sont non conformes au respect de la dignité de la personne humaine<sup>194</sup>.

La Cour européenne très attentive au respect de ce principe, avait soulevé cette problématique en 2012, dans l'affaire *Stanev contre Bulgarie*. Sur le fondement de l'article 3 de la CEDH, la juridiction strasbourgeoise a condamné la Bulgarie au regard des conditions d'hospitalisation incompatibles avec le respect de ce principe<sup>195</sup>. En l'espèce, elle transpose ce principe qui jusqu'à présent s'appliquait à la détention, à un autre lieu privatif de libertés : les établissements habilités à délivrer des soins psychiatriques<sup>196</sup>. Ainsi, au sein des locaux de psychiatrie, émerge un autre questionnement relatif aux chambres d'hospitalisation doubles, voire triples, à la différence des services de soins somatiques, où la chambre individuelle est devenue la référence. Dès lors, l'architecture des chambres peut porter atteinte à la dignité, à la vie privée et à l'intimité du patient hospitalisé<sup>197</sup>.

Au-delà de la conception architecturale, le fonctionnement des unités de soins psychiatriques doit garantir le respect de la dignité humaine.

## **b- Le fonctionnement des unités de soins**

Afin d'assurer la sécurité de tous les patients et de garantir le respect de la vie en collectivité, certaines pratiques sont mises en œuvre au sein des unités au détriment du respect de la dignité humaine. Il existe une controverse autour de deux pratiques : la tenue vestimentaire et les fouilles du patient.

Tout d'abord, la liberté vestimentaire en tant que composante de la vie privée est souvent source de controverse au sein de ces services. D'une part, pour des raisons d'hygiène et de respect

---

193 BEVIÈRE-BOYER B., *op. cit.*, p 324.

Alors même que pour la chirurgie esthétique cette conception architecturale respectueuse de la dignité a été reconnue à l'article D 6322-31 du Code de la santé publique.

194 CGLPL, Rapport d'activité, 2013, p 150.

CPT, 22<sup>ème</sup> rapport général, 2012, p 146.

CGLPL, recommandations en urgence du 1er février 2022 relatives au centre de santé mentale Jean-Baptiste-Pussin à Lens, mars 2022.

195 LUCAS K., « Placement et détention arbitraire d'une personne atteinte de troubles mentaux dans un institut spécialisé « épinglé » par le CPT en décembre 2004 » in Lettre « Actualités Droits-Libertés » du CREDOF, 25 janvier 2012 ;

196 Ce principe est affirmé au point 4 de l'annexe à la Recommandation Rec (2006) 2 du comité des ministres du conseil de l'Europe aux états membres sur les règles pénitentiaires.

197 CGLPL, Rapport d'activité, 2013, p 153.

de la vie en collectivité, il est fréquemment demandé aux patients hospitalisés de porter une tenue correcte et décente. D'autre part, pour des motifs thérapeutiques, cette liberté vestimentaire peut être limitée par une décision médicale, notamment lorsque le patient peut se mettre en danger. Or, plusieurs rapports constatent que le port du pyjama lors d'une admission dans un service de psychiatrie est devenu systématique tout comme le retrait des chaussures<sup>198</sup>. Pourtant, ce port du pyjama est jugé « indigne » par le Comité européen pour la prévention de la torture et des peines ou traitements inhumains ou dégradants (CPT) et le CGLPL. De plus, les équipes justifient fréquemment la mise en pyjama du patient par des motifs sécuritaires et non thérapeutiques c'est à dire pour éviter les fugues ou encore pour poser le cadre thérapeutique<sup>199</sup>. Sur ce dernier motif et d'un point de vue éthique, se pose la question de cette systématisation de la mise en pyjama et du lien thérapeutique qui en découle entre le soignant et le patient. Ainsi, certaines équipes soignantes interrogent ces pratiques et mettent en place une tenue alternative dans certaines situations. Par exemple, « une tenue d'intérieur » ou un entre deux entre le pyjama et la tenue d'extérieur permettant de mieux garantir la dignité du patient.

Ensuite, les fouilles sont une autre pratique discutable. Actuellement, elles ne font l'objet d'aucun cadre juridique, seule la fouille réalisée par un officier de police judiciaire est autorisée légalement, dans le cadre d'une enquête de flagrance, d'une enquête préliminaire ou de commission rogatoire<sup>200</sup>. De même, les palpations à des fins sécuritaires sont autorisées pour certains professionnels, dans un cadre défini et précisément encadré par la loi<sup>201</sup>. C'est en ce sens que les terminologies de « fouilles » et de « palpations » posent des difficultés en droit hospitalier et sont donc à proscrire ; d'où l'usage de plus en plus fréquent en pratique du terme inventaire. Sa réalisation doit se concilier avec le respect du principe de dignité humaine. Dès lors, il ne peut se mettre en œuvre qu'après l'obtention du consentement du patient. Or, en certaines circonstances, ce dernier n'est ni capable de donner son consentement, ni apte à procéder à l'inventaire avec l'équipe. En pratique, les équipes y recourent de manière systématique lors de l'admission et de chaque retour de permission en outrepassant parfois le consentement du patient<sup>202</sup>. Cette pratique fait écho à la question sécuritaire qui est omniprésente dans les services de psychiatrie, car elle constitue une

---

198 CGLPL, Rapport « Les droits fondamentaux des mineurs en établissement de santé mentale », 2017, p 40.

199 *Ibid.*

200 Concernant la fouille intégrale, voir les articles 63-6 à 64 du Code de procédure pénale.

Concernant la fouille des bagages et palpations de sécurité, voir les articles L613-1 à L613-3 du Code de la sécurité intérieure.

201 Loi 2001-1062 du 15 novembre 2001 relative à la sécurité quotidienne.

202 PECHILLON E. et DUJARDIN V., « Comment contrôler les effets personnels des patients ? », Santé mentale, n°211, octobre 2016, p 8-9.

obligation de moyens pesant sur les établissements de santé. Le directeur en tant qu'autorité administrative, doit mettre en œuvre des mesures adaptées et proportionnées, permettant le maintien de la sécurité des personnes hospitalisées. Dès lors, il doit rédiger un règlement intérieur contenant des dispositions encadrant le recours aux fouilles. De même, il peut prévoir que les visiteurs seront soumis à un inventaire, du moins devront signaler les objets qu'ils apportent aux patients afin d'assurer leur sécurité<sup>203</sup>. En effet, la responsabilité d'un établissement peut être engagée lorsqu'un dommage est causé du fait de la détention d'un objet dangereux par un patient. Par exemple, la Cour administrative d'appel de Marseille a retenu la responsabilité d'un établissement prenant en charge des patients souffrant de troubles mentaux. En l'espèce, une patiente admise en soins sans consentement est décédée à la suite d'une inhalation massive de Subutex qu'elle s'était procurée lors d'un échange de cigarettes avec un patient admis en soins libres de la même unité<sup>204</sup>. Dès lors qu'un patient a subi un dommage, le juge apprécie les moyens mis en œuvre par l'établissement, afin d'assurer la sécurité des patients, qui doit alors se concilier impérativement avec le respect de la dignité humaine.

Bien plus que le fonctionnement des unités de soins, la manière dont les professionnels de santé traitent les patients constitue également une garantie du respect de la dignité humaine.

### **c- Le comportement bienveillant des professionnels à l'égard du patient**

Les professionnels de santé doivent assurer le respect du principe de dignité humaine à travers le concept de bientraitance. En 2008, l'Agence nationale de l'évaluation et de la qualité des établissements et services sociaux et médico-sociaux (ANESM) a défini cette notion comme : « une démarche globale dans la prise en charge du patient, de l'utilisateur et de l'accueil. L'entourage visant à promouvoir le respect des droits et libertés du patient, de l'utilisateur, son écoute et ses besoins, tout en prévenant la maltraitance »<sup>205</sup>. A ce titre, la loi du 7 février 2022 *relative à la protection des enfants* vient préciser pour la première fois la notion de maltraitance : « la maltraitance au sens du présent code vise toute personne en situation de vulnérabilité lorsqu'un geste, une parole, une action ou un défaut d'action compromet ou porte

---

203 Article R1112-48 du Code de la santé publique.

204 CAA de Marseille, 11 juillet 2005, n°09MA01562.

205 HAS, Recommandations de bonne pratique professionnelle « La bientraitance : définition et repères pour la mise en œuvre », Juin 2008, p 13.

Elle a été introduite dans la procédure de certification des établissements de santé dans sa version V 2010.

atteinte à son développement, à ses droits, à ses besoins fondamentaux ou à sa santé et que cette atteinte intervient dans une relation de confiance, de dépendance, de soin ou d'accompagnement. Les situations de maltraitance peuvent être ponctuelles ou durables, intentionnelles ou non. Leur origine peut être individuelle, collective ou institutionnelle. Les violences et les négligences peuvent revêtir des formes multiples et associées au sein de ces situations »<sup>206</sup>. En effet, tout professionnel de santé ou personnel intervenant dans la prise en charge et ayant connaissance de faits pouvant porter atteinte à l'intégrité physique ou psychique du patient, doit les dénoncer. Divers dispositifs se sont développés ces dernières années, afin de signaler tout événement violent ou mauvais traitement, à l'encontre d'un patient durant son hospitalisation<sup>207</sup>. Plusieurs situations peuvent être à l'origine d'une atteinte à l'intégrité du patient : soit des violences physiques ou verbales entre patients, soit des violences physiques ou verbales entre patient et soignant, mais ce peut aussi être simplement de la négligence volontaire ou institutionnelle<sup>208</sup>.

En principe, les faits connus lors de l'exercice professionnel sont soumis au secret professionnel comme l'indique l'article 226-13 du Code pénal, sauf dérogation, lorsque le soignant a connaissance de privations ou de sévices infligés à un mineur ou une personne vulnérable, qui n'est pas en mesure de se protéger en raison de son âge, ou de son état physique ou psychologique, sans obtenir au préalable son accord, pour déclencher une telle procédure. Dans cette hypothèse, le professionnel de santé est autorisé à effectuer un signalement auprès du Procureur de la République et doit prévenir la direction de l'établissement, sans qu'aucune sanction disciplinaire ne puisse lui être appliquée pour avoir outrepassé le secret professionnel. Au contraire, le fait de ne pas dénoncer de tels faits peut être assimilé à une non-assistance à personne en danger. Ce délit est sanctionné plus lourdement lorsqu'il s'agit d'un professionnel de santé<sup>209</sup>.

Des mécanismes de protection permettent également à un patient de se protéger dès lors qu'il s'estime victime de tels faits. Dans un premier temps, il peut soit prévenir l'équipe médicale, notamment son psychiatre référent, soit signaler les faits auprès de la Commission des Usagers, ou envoyer un courrier auprès de la direction de l'établissement de santé. Dans un second temps, il peut porter plainte auprès du Procureur de la République, que les faits soient

---

206 Loi n° 2022-140 du 7 février 2022 relative à la protection des enfants.

Article L119-1 du Code de l'action sociale et des familles.

207 HAS, Guide de promotion de la bientraitance en établissements de santé et EHPAD, 2012.

208 DGOS, rapport « Observatoire national des violences en milieu de santé », 2018, p 19.

209 Articles 223-6, 434-1 à 434-7 du Code Pénal.

commis par un autre patient hospitalisé ou par un agent hospitalier par exemple<sup>210</sup>. L'émergence de ces divers dispositifs démontrent que les institutions portent une grande attention à la bienveillance du patient et à la sauvegarde de la dignité humaine.

Il convient à présent d'étudier les pratiques d'isolement et de contention qui font l'objet de nombreuses controverses en psychiatrie.

## ***2 - Les pratiques d'isolement et de contention***

Récemment, le législateur est intervenu pour fixer un cadre juridique aux mesures d'isolement et de contention en créant notamment un outil de traçabilité particulier. Ce nouveau dispositif constitue une garantie supplémentaire de la protection de la dignité humaine du patient en psychiatrie et un outil de contrôle et d'analyse (a). Toutefois, les interrogations persistent face au respect de la dignité humaine du patient hospitalisé lors de la mise en œuvre de ces mesures (b).

### **a- La création d'un registre spécifique**

La loi n° 2016-41 du 26 Janvier 2016 de *modernisation de notre système de santé* pose pour la première fois à l'article L3222-5-1 du Code de la santé publique, un cadre juridique relatif à la mise en œuvre de ces mesures en psychiatrie. La HAS dans ses dernières recommandations définit et souligne l'importance du respect des droits fondamentaux lors du recours à ces mesures : « l'application de ces mesures doit se faire dans le respect de la dignité et de la sécurité, en assurant le confort de la personne et doit faire l'objet d'une supervision attentive »<sup>211</sup>.

Afin d'évaluer la fréquence et les motifs de recours à ces pratiques, la loi du 26 janvier 2016 a mis en place une traçabilité obligatoire au sein d'un registre établi dans chaque établissement<sup>212</sup>. Ce registre contient pour chaque mesure d'isolement et de contention : « le nom du psychiatre prescripteur de la mesure, la date de sa mise en œuvre, avec l'heure de début et de fin ainsi que le nom des personnes ayant assuré la surveillance du patient ». Ces données sont recueillies afin d'établir un rapport annuel dont la Commission départementale

---

210 Article 226-14 alinéa 2 du Code Pénal.

211 HAS, Recommandations de bonnes pratiques « Isolement et contention en psychiatrie générale », Février 2017, p 7-9.

212 Loi n°2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé.  
Voir en ce sens l'article 3222-5-1 du CSP.  
CGLPL, rapport annuel d'activité 2016.



des soins psychiatriques (CDSP) et l'Agence régionale de santé (ARS) en sont les destinataires. Ces dernières doivent en effet promouvoir au niveau régional, une politique « de suivi, d'analyse, de prévention et de réduction du recours à la contention et à l'isolement »<sup>213</sup>. Le registre permet également à chaque établissement de santé d'engager une réflexion sur le recours à ces mesures et de mettre en œuvre une politique de réduction tout en développant des techniques alternatives. Conformément au référentiel de la HAS de 2017, il s'agit lors de leur mise en place d'engager une réflexion « bénéfiques – risques » notamment « lorsqu'il existe des risques liés à l'état somatique du patient, une affection organique dont le diagnostic ou le pronostic peut être grave »<sup>214</sup>. A titre d'exemple, en 2007, la Cour administrative d'appel de Marseille a jugé que la prise en compte de la corpulence du patient était primordiale lors de la mise en œuvre d'une mesure de contention et pouvait être considérée comme une contre-indication<sup>215</sup>.

Ainsi malgré la mise en place d'un registre spécifique, des interrogations persistent quant au respect de la dignité humaine lors de la mise en œuvre de ces mesures.

## **b- Les interrogations relatives à la mise en œuvre de ces mesures**

Divers rapports dont le celui du Contrôleur général des lieux de privation de liberté (CGLPL) intitulé « *Isolement et contention dans les établissements de santé mentale* », dénoncent des dysfonctionnements relatifs à ces mesures, ainsi que des atteintes aux droits fondamentaux du patient<sup>216</sup>. Plusieurs raisons sont alors soulignées : « la réduction des effectifs, la modification de la formation des professionnels de santé et le manque de médecins psychiatres au sein des unités ». Le Comité de prévention contre la torture, tout comme le CGLPL observent des pratiques hétérogènes, notamment des motifs de recours ainsi que des modalités de mises en œuvre très diverses, justifiées par des « cultures de service » distinctes selon les équipes et les établissements<sup>217</sup>.

---

213 Instruction n° DGOS/R4/DGS/SP4/2017/109 du 29 mars 2017 relative à la politique de réduction des pratiques d'isolement et de contention au sein des établissements de santé autorisés en psychiatrie et désignés par le directeur général de l'agence régionale de santé pour assurer des soins psychiatriques sans consentement.

214 HAS, *op. cit.*, p 10.

215 CAA de Marseille, 3ème chambre, 25 janvier 2007, n°05MA01245, inédit au recueil Lebon.

216 Rapport du comité européen pour la prévention de la torture et des peines ou traitements inhumains ou dégradants, au gouvernement de la république française relatif à la visite effectuée en France du 28 novembre au 10 décembre 2010, §172, p76. Rapports annuels de 2013 et de 2014.

CGLPL, recommandations en urgence du 1er février 2022 relatives au centre de santé mentale Jean-Baptiste-Pussin à Lens, mars 2022.

217 CGLPL, Rapport « isolement et contention dans les établissements de santé mentale », 2016, p 20.

Dans la pratique, les conditions de mises en œuvre de ces mesures paraissent à l'origine de nombreuses atteintes au principe de dignité humaine, du moins elles pourraient être qualifiées comme telles. En effet, tant la conception architecturale de la chambre d'isolement<sup>218</sup>, que son équipement<sup>219</sup> peuvent être constitutifs d'une violation de ce principe. Certaines sont munies « d'une chaise percée ou un seau hygiénique éventuellement sous le regard des soignants ou la vidéo-surveillance »<sup>220</sup>. Le mobilier et la luminosité sont également des éléments permettant de retenir la responsabilité d'un établissement. C'est dans ce sens que la CAA de Marseille, par un arrêt du 21 mai 2015, s'est déclarée compétente, pour statuer sur les conditions de séjour en chambre d'isolement du patient hospitalisé en soins sans consentement. Elle reconnaît ainsi la responsabilité de l'établissement, du fait des conditions indignes lors de la mise en œuvre de cette mesure au regard de l'article 3 de la CEDH<sup>221</sup>.

Un autre aspect mérite notre attention : le dispositif d'appel fonctionnel. Dans l'hypothèse où un patient est contentonné et a un besoin d'élimination si le lit n'est pas doté d'un tel dispositif, qu'il est défaillant ou qu'il se trouve près de la porte, il n'aura pas d'autres choix que de faire ses besoins physiologiques sur lui<sup>222</sup>. Par conséquent, un tel désagrément pourrait être qualifié de traitement dégradant au regard de l'article 3 de la CEDH et donc constituerait une atteinte au respect de la dignité humaine<sup>223</sup>. En effet, d'après le témoignage de certains patients, cette situation est considérée comme « très humiliante »<sup>224</sup>. Il serait donc opportun comme le propose le CGLPL, que les chambres d'isolement soient équipées de ce type de dispositif d'appel<sup>225</sup>.

Outre les circonstances matérielles, les conditions de séjour peuvent également être attentatoires à la dignité, telles que la prise des repas en chambre<sup>226</sup> ou encore le port du pyjama systématique dès le placement en isolement, alors même que cette tenue est prescrite uniquement pour un motif

---

Voir le rapport du comité européen pour la prévention de la torture et des peines ou traitements inhumains ou dégradants, au gouvernement de la république française relatif à la visite effectuée en France du 28 novembre au 10 décembre 2010, §170, p 76.

218 CGLPL, Rapport, « Isolement et contention dans les établissements de santé mentale », 2016, p 31.  
CGLPL, recommandations en urgence du 1er février 2022 relatives au centre de santé mentale Jean-Baptiste-Pussin à Lens, mars 2022.

219 CGLPL, *op.cit.*, p 32.

220 CGLPL, *op. cit.*, p 31 et p 48.

221 CAA de Marseille, 21 mai 2015, n° 13MA03115, Inédit au recueil Lebon.

222 CGLPL, recommandations en urgence du 1er février 2022 relatives au centre de santé mentale Jean-Baptiste-Pussin à Lens, mars 2022.

223 CGLPL, Rapport, « Isolement et contention dans les établissements de santé mentale », 2016, p 44.

224 *Ibid.*

225 *Ibid.*

226 CGLPL, *op.cit.*, p 48- 49.

médical<sup>227</sup>. Par ailleurs, des questions persistent quant à la surveillance des patients lors de la mise en œuvre de cette mesure, car certains établissements disposent encore d'un système de vidéo-surveillance. Bien que les images soient uniquement diffusées dans les salles de soins ou seule l'équipe soignante est présente et que celles-ci ne soient pas enregistrées, cet outil semble violer le principe de dignité humaine ainsi que le droit à l'intimité<sup>228</sup>.

Ces développements mettent en évidence la complexité du respect de la dignité humaine en psychiatrie à la fois lors de la mise en œuvre des mesures d'isolement et de contention ainsi qu'à travers l'organisation des unités de soins. Les établissements de santé sont en recherche constante d'équilibre entre protection du patient et respect de sa dignité.

Dès lors, le législateur ne reconnaît pas explicitement de différence de traitement dans l'application des droits entre le patient somatique et le patient psychiatrique même si la pratique tend à démontrer des spécificités en sa faveur.

En tout état de cause, le législateur affirme un accès aux soins différencié en psychiatrie.

## **Section 2- Une différenciation pour l'accès aux soins en raison de la sectorisation**

La psychiatrie est une discipline médicale qui bénéficie d'une organisation de l'offre de soins singulière : la sectorisation psychiatrique.

Par la création du secteur<sup>229</sup> les pouvoirs publics ont souhaité replacer le patient au plus près de son environnement et de son lieu de vie, « dés-hospitaliser les soins psychiatriques »<sup>230</sup> et

---

227 CGLPL, *op. cit.*, p 29 et p 49.

228 CGLPL, Rapport, « Isolement et contention dans les établissements de santé mentale », 2016, p 46.  
CGLPL, recommandations en urgence du 1er février 2022 relatives au centre de santé mentale Jean-Baptiste-Pussin à Lens, mars 2022.

229 Le secteur a été créé par la circulaire du 15 mars 1960 avec la volonté notamment de réduire les durées d'hospitalisation, de réduire le nombre de lits et d'articuler les soins psychiatriques dans un secteur géographique donné. La légalisation du secteur a été effectuée en 1985 par trois lois successives. La première loi en date du 25 juillet 1985 reconnaît la sectorisation comme le mode d'organisation de la psychiatrie publique. Ses missions étant d'assurer la continuité des actions de prévention, de diagnostic et de soins pour une population résidant dans une aire géographique donnée. La seconde loi du 30 décembre 1985 a conduit à l'unification des financements de la psychiatrie. La troisième loi du 31 décembre 1985 a confié au secteur public la gestion de l'extrahospitalier afin d'assurer une complémentarité dans le parcours de soins des patients. Cette loi a également reconnu la compétence aux centres hospitaliers généraux d'accueillir des patients admis sous le régime de l'hospitalisation sous contrainte établi par la loi dite « Esquirol » du 30 juin 1838.

RUBINSTEIN S., thèse en doctorat de Droit « La sectorisation psychiatrique en France. Histoire d'une construction juridique et médicale », Université Paris 8 Vincennes Saint-Denis, 2020.

PANFILI J-M., thèse *op. cit.*, p 40 et suivantes.

230 CASTAING C., « Psychiatrie et soins ambulatoires », RDSS, 2016, p 77.

par conséquent, développer une offre de soins spécifique<sup>231</sup> (§1). Cependant, des défaillances relatives à cette organisation de l'offre de soins ont peu à peu émergé. Plusieurs évolutions sont alors apparues nécessaires afin d'adapter le secteur psychiatrique aux besoins des patients (§2).

## **§1- Le principe d'un accès aux soins spécifique**

Afin de mieux répondre aux attentes de la population souffrant de troubles mentaux, un accès aux soins approprié a été mis en place<sup>232</sup>(A). Cette offre de soins sectorisée témoigne d'une organisation atypique et diversifiée<sup>233</sup> (B).

### **A- Les objectifs à l'origine de la sectorisation psychiatrique**

L'émergence de la sectorisation se fonde sur plusieurs principes sanitaires (1). Cette structuration de l'offre doit permettre de répondre aux besoins des patients en leur garantissant notamment une prise en charge diversifiée et de proximité (2).

#### ***1- Les principes sanitaires fondateurs du secteur***

En vertu de l'article L 3221-3 du Code de la santé publique, le secteur psychiatrique a pour objectif de garantir l'accessibilité territoriale des soins psychiatriques (a), leur continuité (b) au plus près du domicile du patient (c).

---

231 COUTURIER M., « La santé mentale dans la loi du 26 janvier 2016 : une évolution des cadres sans révolution des pratiques », RDSS, 2016, p 683.

ARBUS C., « Organisation de l'offre de soin en psychiatrie », Actes du colloque n°8, « L'accès aux soins Principes et réalités », LGDJ, p116.

232 Le secteur a été créé par la circulaire du 15 mars 1960 avec la volonté notamment de réduire les durées d'hospitalisation, de réduire le nombre de lits et d'articuler les soins psychiatriques dans un secteur géographique donné. La légalisation du secteur a été effectuée en 1985 par trois lois successives. La première loi en date du 25 juillet 1985 reconnaît la sectorisation comme le mode d'organisation de la psychiatrie publique. Ses missions étant d'assurer la continuité des actions de prévention, de diagnostic et de soins pour une population résidant dans une aire géographique donnée. La seconde loi du 30 décembre 1985 a conduit à l'unification des financements de la psychiatrie. La troisième loi du 31 décembre 1985 a confié au secteur public la gestion de l'extrahospitalier afin d'assurer une complémentarité dans le parcours de soins des patients. Cette loi a également reconnu la compétence aux centres hospitaliers généraux d'accueillir des patients admis sous le régime de l'hospitalisation sous contrainte établi par la loi dite « Esquirol » du 30 juin 1838.

RUBINSTEIN S., *La sectorisation psychiatrique en France. Histoire d'une construction juridique et médicale*, thèse Université Paris 8 Vincennes Saint-Denis, 2020.

233 Loi n° 2019-774 du 24 juillet 2019 relative à l'organisation et à la transformation du système de santé.

## a- Le droit d'accès aux soins psychiatriques

Certains auteurs dont le Professeur Xavier Bioy admettent la possibilité de reconnaître un droit d'accès aux soins spécifique, notamment pour des personnes plus vulnérables que d'autres, du fait par exemple de leur maladie<sup>234</sup>. Dès lors, pour les patients souffrant de pathologie psychiatrique, la création de la sectorisation leur garantit un accès aux soins singulier au plus près de leur domicile.

Conformément à l'article L3221-3 du Code de la santé publique, l'accessibilité territoriale des soins psychiatriques et l'accessibilité financière des soins, doit être assurée par la mission de psychiatrie de secteur, étant considéré comme l'un de ses objectifs. Autrement dit la gratuité financière des soins délivrés par les établissements sectorisés, ainsi que le positionnement géographique de ces derniers, permettent de garantir aux patients ce droit d'accès aux soins psychiatriques. En effet, l'Inspection générale des affaires sociales (IGAS) souligne dans un rapport de novembre 2017 que « les spécificités du secteur, notamment la gratuité des soins, sont justifiées par la particularité de la maladie mentale »<sup>235</sup>.

Le droit d'accès aux soins doit également se concilier avec la liberté de choix du praticien et de l'établissement de santé<sup>236</sup>. En effet, la sectorisation psychiatrique n'est pas un obstacle à l'exercice de cette liberté comme cela est rappelé dans le rapport de Michel Laforcade en octobre 2016<sup>237</sup>. Pour le CGLPL, il existe un « risque de discrimination » relatif à la sectorisation psychiatrique car « il n'est pas logique que deux patients d'un même quartier n'aient pas accès à la même offre de soins, dès lors qu'ils relèvent de deux secteurs différents »<sup>238</sup>. De ce fait, la sectorisation ne pourra être un argument pour refuser de prendre en charge un patient provenant d'un autre secteur<sup>239</sup>. Il est donc possible de suivre un patient « hors secteur » avec l'accord de son praticien si cela favorise la continuité des soins. C'est le cas par exemple lorsqu'un patient souhaite être suivi près de son lieu de travail qui se trouve près d'un CMP mais hors de son secteur de rattachement.

---

234 BIOY X., « Le droit d'accès aux soins : un droit fondamental ? », Actes de colloque n°8 « L'accès aux soins principes et réalités », LGDJ, 2011, p 65.

235 IGAS, rapport « Organisation et fonctionnement du dispositif de soins psychiatriques 60 ans après la circulaire du 15 mars 1960 », novembre 2017, p31.

236 PANFILI J-M., thèse *op cit.*, p 118-119.

237 EHESP, Etude « L'analyse des secteurs psychiatriques français : quels enseignements », 2006. Ministère des solidarités et de la santé, rapport relatif à la santé mentale sous la direction de LAFORCADE M., rapport relatif à la santé mentale, octobre 2016, p 88.

238 DELARUE J-M., Psychiatrie. Le lieu des audiences des patients soignés sans consentement doit être l'hôpital, HOSPIMEDIA, 26 novembre 2012.

239 Circulaire du 14 mars 1990 relative aux orientations de la politique de santé mentale, JO du 3 avril 1990, 4060. Fiche d'information du ministère du 13 mai 1991 relative à l'application de la loi de 1990. Bulletin officiel du ministère chargé de la santé n° 91/24, p. 19-35. Rapport Laforcade, p88.

Ainsi, lors d'une hospitalisation complète en psychiatrie et ce quel que soit le régime de soins, la liberté de choix du praticien et de l'établissement de santé doit en principe lui être garantie.

S'inscrivant dans une logique de soins sectorisée, le patient doit pouvoir bénéficier d'une certaine continuité dans son parcours.

### **b- Le principe de continuité des soins**

Si le secteur se compose de plusieurs structures en intra et extra hospitalier, une seule équipe hospitalière pluridisciplinaire assure en son sein « la continuité de la prise en charge psychiatrique, de la prévention à la réhabilitation »<sup>240</sup>. Cette organisation garantit une complémentarité des dispositifs et assure donc la continuité des soins. Cette unicité de l'équipe favorise un échange d'informations relatif à l'évolution de la prise en charge du patient et à son accompagnement. Dans la pratique, l'équipe de secteur se réunit fréquemment pour faire un point sur l'évolution de l'état clinique et élaborer le parcours du patient. L'objectif étant la mise en place d'un suivi le plus adapté à ses besoins durant sa maladie. Dans l'hypothèse où son état clinique s'aggrave, il est alors possible de transformer la prise en charge ambulatoire en hospitalisation complète. Celle-ci est alors coordonnée et programmée par l'équipe de secteur qui suit déjà le patient.

Le patient doit également avoir recours à des soins psychiatriques de proximité.

### **c- La proximité des soins psychiatriques**

La proximité des soins constitue l'un des fondements de la sectorisation psychiatrique. En effet, le secteur trouve son essence dans la délivrance de soins au plus près du lieu de vie du patient. L'objectif est de briser les ruptures environnementales de la personne malade durant sa prise en charge, de favoriser son maintien au cœur du milieu familial, social, professionnel et d'éviter la rupture dans les parcours de soins et de vie. Le domicile est donc « le point de

---

240 Ce principe a été évoqué pour la première fois en 1959 lors d'un congrès de psychiatrie et de neurologie de langue française.

LAFORCADE M., rapport relatif à la santé mentale, octobre 2016, p 83.

départ de cette organisation » puisque le secteur psychiatrique est attribué en fonction de cet élément<sup>241</sup>. Toutefois, dans l'hypothèse où le patient ne dispose pas de logement stable, il sera dès lors considéré comme un Sans domicile fixe (SDF). Dans ce cas, un secteur est assigné en fonction de sa date de naissance. Cette attribution doit prendre en considération les habitudes de vie de la personne et la proximité d'un centre hospitalier. Il faut ainsi prendre en compte les prises en charge précédentes afin de faciliter l'accès aux soins psychiatriques et d'assurer leur continuité.

Il s'agit à présent de mettre en exergue les particularités du secteur psychiatrique qui se traduisent notamment par une diversification de la population souffrant de troubles mentaux au sein d'un territoire défini.

## ***2- Le secteur : garantie d'une prise en charge diversifiée***

La finalité du secteur est de garantir à tout patient un soin adapté à sa pathologie psychiatrique. Pour cela, le secteur propose des structures de soins variées (a) et se compose d'une pluralité de professionnels de santé (b).

### **a - Une diversité de structures**

Le principal atout de la sectorisation réside dans la gradation des soins psychiatriques proposée à travers la diversité de structures intra et extra hospitalières de proximité. Un rapport de l'IGAS en 2017 précise que : « le dispositif sectorisé offre désormais une palette de soins, plus ou moins diversifiée selon les territoires »<sup>242</sup>. La multiplicité des dispositifs qui sont rattachées à l'établissement public de santé, lui permet d'assurer les missions de prévention, d'accueil, de soins et de suivi des patients d'un secteur donné. De nombreuses structures ambulatoires sont recensées au sein du secteur, elles constituent une alternative à l'hospitalisation complète, permettant ainsi de répondre aux objectifs de la sectorisation. Un arrêté du 14 mars 1986 en donne une liste exhaustive : « les CMP, les Centres d'Activité Thérapeutiques à Temps Partiel (CATTP), les hôpitaux de jour (HJ), les Hospitalisations à Domicile (HAD), les appartements thérapeutiques, les familles d'accueil thérapeutique, les unités d'admission et les unités de suite et de réadaptation, etc... »<sup>243</sup>.

---

241 DUPONT M., « Que reste-t-il de la sectorisation psychiatrique ? », RDSS 2017, p 890.

242 IGAS, Rapport « Organisation et fonctionnement du dispositif de soins psychiatriques 60 ans après la circulaire du 15 mars 1960 », novembre 2017, p 29.

243 Article R3221-3 du Code de la santé publique.

Concernant les dispositifs de dépistage précoce et de premier recours, le CMP est l'un des pivots de la prise en charge ambulatoire au sein d'un secteur<sup>244</sup>. En France, on compte 2 032 CMP<sup>245</sup>. Cette structure permet une prise en charge en amont et en aval de l'hospitalisation d'un patient, souvent l'une des premières structures à adresser en hospitalisation complète. Ces unités de soins extrahospitalières accueillent les patients et assurent la coordination des soins. Certains de ces CMP répondent aux urgences psychiatriques et délivrent parfois des soins non programmés. Les CATTP et HJ sont également des acteurs forts de cette organisation de proximité. Il existe au sein du secteur des dispositifs répondant à des besoins spécifiques, telles que des équipes mobiles ou encore des unités de crise prenant en charge des patients pour une courte période et hors de toute urgence.

Au-delà de la diversité des soins sectorisés, le caractère pluridisciplinaire des équipes doit aussi être souligné.

### **b- Une pluridisciplinarité au sein du secteur**

Dans la mesure du possible, chaque structure composant le secteur est constituée d'une équipe pluridisciplinaire. Cela témoigne d'une volonté d'unir les aspects sanitaires, sociaux et médicaux-sociaux de la prise en charge d'un patient souffrant de troubles mentaux, afin de favoriser sa réhabilitation et sa rémission. L'équipe de secteur se compose de psychiatres, de psychologues, d'infirmiers, voire d'assistantes du service social. Leur priorité est de veiller à la qualité et à la sécurité des soins délivrés, d'assurer une prise en charge cohérente et adaptée, de coordonner le parcours de soins et de vie du patient avec l'intégralité des acteurs du secteur. Cependant, cette multitude de structures et d'acteurs, considérée comme un atout de la sectorisation peut parfois constituer un frein. D'une part, il est parfois complexe d'assurer la coordination de l'ensemble. D'autre part, cet accroissement de structures et d'intervenants a un effet sur la diffusion de plus en plus complexe de l'information auprès de la population d'un territoire donné. Actuellement, nous assistons à un manque de lisibilité de l'offre de soins sectorisée<sup>246</sup>.

---

Arrêté du 14 mars 1986 relatif aux équipements et services de lutte contre les maladies mentales comportant ou non des possibilités d'hébergement.

Décret n°86-602 du 14 mars 1986 relatif à la lutte contre les maladies mentales et à l'organisation de la sectorisation psychiatrique.

244 Depuis la circulaire du 14 mars 1990 relative aux orientations de la politique de santé.

COUTURIER M., « La santé mentale dans la loi du 26 janvier 2016 : une évolution des cadres sans révolution des pratiques », RDSS 2016, p 683.

245 IRDES, rapport « Les disparités territoriales d'offre et d'organisation des soins en psychiatrie en France : d'une vision segmentée à une approche systémique » (sous la direction de COLDEFY M.), 2014, p 35.

246 IGAS, Rapport « Organisation et fonctionnement du dispositif de soins psychiatriques 60 ans après la circulaire du 15 mars 1960 », novembre 2017, p 29.



Au-delà des objectifs poursuivis par la sectorisation psychiatrique, il convient d'analyser quelle est son organisation au sein d'une zone géographique définie.

## **B – L'organisation de la sectorisation psychiatrique**

La sectorisation est issue d'un découpage géo-populationnel (1). Ainsi, chaque secteur répond aux besoins de la population qui se trouve dans cette zone géographique donnée. En France, il existe plusieurs types de secteur en fonction de la catégorie de patient pris en charge (2).

### ***1 - Le découpage territorial du secteur***

En France, les secteurs psychiatriques font l'objet de nombreuses critiques depuis plusieurs années<sup>247</sup>. Ils sont très hétérogènes, tant par leur taille, les moyens alloués que par leur densité démographique. La croissance démographique justifie aujourd'hui leur redécoupage. En effet, celle-ci ainsi que les demandes de soins, sont en constante évolution. Certains départements demandent donc aux tutelles la création de nouveaux secteurs afin d'adapter l'offre de soins aux besoins de l'ensemble de la population et des spécificités émergentes. Ainsi, en Haute-Garonne, la population augmente chaque année de 20 000 habitants, de manière inégale selon les secteurs. Certaines zones géographiques sont dites « surpeuplées » sans toutefois disposer de moyens supplémentaires et de structures adaptées.

D'un point de vue organisationnel, le département est considéré comme le point de référence en tant que territoire. Celui-ci est découpé en plusieurs secteurs, afin de déployer une offre de soins psychiatriques similaire dans chacun d'eux. La circulaire du 15 mars 1960 *relative au programme d'organisation et d'équipement des départements en matière de lutte contre les maladies mentales*, fixa un indice de besoins d'équipements psychiatriques, par référence à une norme générale de l'OMS, « prescrivant trois lits de psychiatrie pour 1000 habitants et des services de psychiatrie d'au maximum 200 lits. Cela correspond à la création de secteurs de 200 lits pour une population de 67 000 habitants »<sup>248</sup>.

---

247 EHESP, Module interprofessionnel de santé publique « L'analyse des secteurs psychiatriques français : quels enseignements », 2006.

248 Le texte qui détermine la population à 67 000 habitants pour la psychiatrie générale est une circulaire en date du 17 juillet 1963 relative à la politique de secteur en matière de lutte contre les maladies mentales qui fait référence aux normes de l'OMS précitées.

Par la suite, un arrêté et une circulaire en date du 14 mars 1972 *relative au règlement départemental de lutte contre les maladies mentales, l'alcoolisme et les toxicomanies* ont précisé les modalités de mise en place des secteurs. La circulaire énonce que : « le secteur constitue la base du service public destiné à répondre à la demande de soins de la population qui y réside (...) le découpage sectoriel et l'équipement envisagé devront se faire dans le cadre de la carte sanitaire »<sup>249</sup>.

La notion de territoire dissocie encore le secteur psychiatrique du secteur sanitaire malgré une évolution législative. A l'origine, la loi du 31 décembre 1970 *portant réforme hospitalière* a créé une carte sanitaire en scindant le territoire en « secteurs sanitaires ». Ces derniers se composaient de plusieurs communes et devaient subvenir aux besoins sanitaires de la population. Jusqu'en 2003, le but était d'offrir une distribution des équipements et une offre de soins égale pour tous les secteurs sanitaires. Toutefois, la loi du 31 décembre 1985 *relative à la sectorisation psychiatrique* a intégré la psychiatrie à la carte sanitaire. De ce fait, deux sectorisations coexistaient : sanitaire et psychiatrique. Or, une ordonnance en date du 4 septembre 2003 en abrogeant la carte sanitaire, supprime alors le cadre légal des secteurs psychiatriques<sup>250</sup>. En conséquence, le secteur devient une entité indéterminée toujours chargée d'exercer les diverses missions de lutte contre les maladies mentales au sein d'un « territoire de santé »<sup>251</sup>. Ce territoire de santé comprend alors l'intégralité de l'offre sanitaire dont celle des soins psychiatriques<sup>252</sup>.

La loi du 26 janvier 2016 *de modernisation de notre système de santé* donne un nouveau fondement législatif au secteur psychiatrique, puisqu'elle définit une nouvelle mission de psychiatrie de secteur, répondant aux principes sanitaires, qui sont le socle de cette offre de soins atypique. Selon Cécile Castaing, cette cohabitation au sein des textes, entre le territoire de santé et le secteur psychiatrique « révèle la volonté du législateur d'uniformiser les régimes juridiques et d'intégrer les soins psychiatriques, dans l'organisation générale de droit commun »<sup>253</sup>. Cette intention se traduit également dans la loi *relative à l'organisation et à la transformation du système de santé* qui tend vers un décloisonnement et une réorganisation des soins pour faciliter l'accessibilité territoriale<sup>254</sup>.

---

249 Circulaire du 14 mars 1972 relative au règlement départemental de lutte contre les maladies mentales, l'alcoolisme et les toxicomanies.

250 Ordonnance du 4 septembre 2003 portant simplification de l'organisation et du fonctionnement du système de santé.

251 Loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires.

252 En conséquence, l'abolition de la carte sanitaire induit une constitution des secteurs psychiatriques par convention. Seule la dimension fonctionnelle subsiste, l'objectif étant l'intégration de la discipline au sein de l'organisation générale des soins.

253 CASTAING C., « Psychiatrie et soins ambulatoires », RDSS, 2016, p 77.

254 <https://solidarites-sante.gouv.fr/systeme-de-sante-et-medico-social/ma-sante-2022-un-engagement-collectif/>  
Loi n° 2019-774 du 24 juillet 2019 relative à l'organisation et à la transformation du système de santé.

Au-delà du découpage géographique, il est important d'établir la typologie des secteurs de psychiatrie existants.

## ***2- La typologie des secteurs***

A la tête du secteur se trouve un établissement de santé autorisé en psychiatrie, qui doit assurer : « la lutte contre les maladies mentales dans le ou les secteurs psychiatriques qui lui sont rattachés »<sup>255</sup>. En vertu de l'article R3221-4 du Code de la santé publique, un secteur est placé sous l'autorité d'un psychiatre hospitalier dénommé le « chef de secteur » et responsable d'une équipe hospitalière pluri-professionnelle. De ce fait, il garantit la coordination de l'ensemble des structures intrahospitalières et extrahospitalières dont il a la charge sur une zone géographique déterminée. La loi du 25 juillet 1985 a identifié trois types de secteur en psychiatrie : les secteurs de psychiatrie générale, les secteurs de psychiatrie infanto-juvénile et les secteurs de psychiatrie en milieu pénitentiaire <sup>256</sup>. Les secteurs de psychiatrie générale prennent en charge une population âgée de plus de seize ans, qui correspond à une grande majorité de la population au sein du territoire national.

Pour les mineurs, la circulaire du 16 mars 1972<sup>257</sup> a mis en place pour la première fois des secteurs de psychiatrie infanto-juvénile. Ce texte a créé des inter-secteurs de pédopsychiatrie, ce qui équivaut à un ou plusieurs secteurs de psychiatrie générale<sup>258</sup>. Un secteur de pédopsychiatrie correspond à une population d'environ 200 000 habitants<sup>259</sup>. La finalité d'une sectorisation en psychiatrie infanto-juvénile est d'offrir des soins adaptés aux mineurs, en favorisant le maintien du patient au sein de son environnement social et familial.

Les secteurs de psychiatrie en milieu pénitentiaire prennent en charge la population incarcérée dans les établissements appartenant à une région pénitentiaire qui équivaut à une zone géographique plus étendue : la région.

Chacun des secteurs est rattaché à un Etablissement public de santé mentale (EPSM) ou un

---

255 Article R3221-2 du Code de la santé publique.

Voir également article L3221-1 du Code de la santé publique.

256 Loi n° 85-772 du 25 juillet 1985 et loi n° 85-1468 du 31 décembre 1985 portant réforme hospitalière. Décret n°86-602 du 14 mars 1986 et article R3221-1 du Code de la santé publique.

257 Circulaire n°443 du 16 mars 1972 relative au programme d'organisation et d'équipement des départements en matière de lutte contre les maladies et déficiences mentales des enfants et des adolescents.

258 Plus précisément, un secteur de psychiatrie infanto-juvénile correspond à trois secteurs de psychiatrie générale soit 200000 habitants ; à titre d'exemple, en 2019, le département de la Haute-Garonne est divisé en trois secteurs de psychiatrie infanto-juvénile et huit secteurs de psychiatrie générale.

259 Ce chiffre fut déterminé par la circulaire n°148 du 18 janvier 1971 relative à la lutte contre les maladies mentales et à l'élaboration de la carte sanitaire dans le domaine de la psychiatrie.

Centre hospitalier général (CHG). Selon certains auteurs, cette organisation des soins psychiatriques reste « hospitalo-centrée » malgré l'intention de déconstruire « la prise en charge de type asilaire »<sup>260</sup>. La Cour des comptes le soulève également « la sectorisation est encore considérée comme une excroissance de l'hôpital »<sup>261</sup>.

A ce jour, 57% des secteurs sont rattachés à un EPSM, 34% à un CHG et 7% à un établissement de santé privé<sup>262</sup>. Par ailleurs, divers rapports constatent une véritable hétérogénéité des moyens humains et financiers, attribués selon les territoires et les secteurs qui le composent<sup>263</sup>. L'augmentation démographique plus ou moins dense selon les secteurs sur le territoire national impactent fortement leur fonctionnement et leur organisation.

Il s'agit désormais de souligner l'existence de limites au secteur<sup>264</sup>.

## **§2- La nécessité de repenser cet accès aux soins spécifique**

La sectorisation psychiatrique doit être réorganisée afin de mieux répondre aux mutations sociétales (A). Dès lors, une évolution législative a permis de modifier la perception territoriale de cette offre de soins et de créer de nouveaux moyens juridiques, afin d'accroître l'accès aux soins des patients (B).

### **A- Des défaillances à l'origine d'une réorganisation du secteur**

La sectorisation psychiatrique souffre depuis de nombreuses années de diverses faiblesses ayant des conséquences sur l'accès aux soins des patients<sup>265</sup>. Ces défaillances tiennent d'une part, au défaut de collaboration entre les acteurs d'un même territoire (1) et d'autre part, au manque de coordination entre le service des urgences psychiatriques et les unités sectorisées (2).

---

260 DUPONT M., « Que reste-t-il de la sectorisation ? », RDSS 2017, p890.

261 Cour des comptes, rapport « L'organisation des soins psychiatriques : les effets du plan psychiatrie et santé mentale », 2005-2010, rapport public thématique, décembre 2011, p128.

262 DRESS, n°44, étude « Description des populations des institutions psychiatriques dans l'enquête HID », Rapport final, juillet 2004.

263 Arrêté du 14 mars 1986 relatif aux équipements et services de lutte contre les maladies mentales, comportant ou non des possibilités d'hébergement.

264 PANFILI J-M., *op. cit.*, p 302 et suivantes.

265 Assemblée nationale, Rapport n°1662 en conclusion des travaux de la mission sur la santé mentale et l'avenir de la psychiatrie sous la direction de ROBILIARD Denys, 18 décembre 2013.

Voir également, Ministère des Solidarités et de la Santé, rapport relatif à la santé mentale sous la direction de LAFORCADE M., octobre 2016.

## *1- Le manque de collaboration entre les acteurs d'un même territoire*

Des dysfonctionnements sont constatés à deux niveaux. Au premier niveau est identifié un défaut de collaboration entre les secteurs sanitaires et médico-sociaux (a). Au second niveau, des difficultés apparaissent en raison d'une forte disparité des ressources entre les secteurs psychiatriques (b).

### **a- Un défaut de collaboration entre les secteurs**

Tout d'abord, la faible coordination entre les partenaires sanitaires et médico-sociaux est source d'inégalité dans l'accès aux soins. Or, à ce jour, sa mise en œuvre reste complexe, car elle dépend de la volonté des acteurs de terrain. De nombreux dysfonctionnements sont identifiés, alors même que de nombreux dispositifs ou équipes mobiles sont créés tels que l'Equipe mobile d'intervention du handicap psychique (EMIHP) ou encore la consultation dédiée aux adultes handicapés psychiques (CODAHP). Pourtant ces derniers ne sont pas systématiquement appropriés par les acteurs de santé laissant perdurer des parcours de soins complexes avec bien souvent une information médicale discontinue. Il paraît essentiel de mettre en place une collaboration efficiente entre les services de psychiatrie et le secteur médico-social, permettant ainsi une prise en charge continue et de qualité.

Ensuite, le défaut de collaboration au sein même du secteur sanitaire constitue également une insuffisance de cette organisation pouvant causer une inégalité dans l'accès aux soins. L'articulation entre les soins somatiques et psychiatriques semble sous développée, notamment entre les médecins généralistes et les psychiatres de secteur<sup>266</sup>. En 2014, la Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DRESS) publie une étude soulignant le rôle important des médecins généralistes dans le repérage et le suivi des patients souffrant de troubles psychiatriques<sup>267</sup>. Pourtant, les médecins généralistes mettent en avant le manque de communication avec les psychiatres de secteur lors d'une hospitalisation de leur patient. A ce titre, peu d'entre eux reçoivent une lettre de liaison à la sortie du patient<sup>268</sup>. Or, cette défaillance peut engendrer une discontinuité dans le parcours de soins du patient.

---

266 DRESS, Etude « La prise en charge de la santé mentale », recueil d'études statistiques sous la direction de COLDEFY M., 2007, p107.

267 DRESS, Etude « Organisation de l'offre de soins en psychiatrie et santé mentale », Série études et recherches, n° 129, avril 2014.

268 LAFORCADE M., Rapport relatif à la santé mentale, octobre 2016, p46.

Des difficultés sont aussi relevées au sein même des secteurs psychiatriques.

### **b- Des inégalités de ressources au sein des secteurs psychiatriques**

Actuellement, les secteurs ne sont pas dotés des mêmes moyens financiers et humains<sup>269</sup>. En conséquence, ils ne peuvent assurer une offre de soins égale pour les patients d'un territoire donné. D'après une étude de la DRESS en 2007, la distribution des équipements hospitaliers paraît très disparate<sup>270</sup>. Par ailleurs, cette hétérogénéité peut également provenir de pratiques variables voire d'une politique d'organisation et d'allocation de ressources distinctes au niveau du territoire national. Pourtant, aucune disposition ne vient préciser quel serait l'équipement adéquat tant humain que financier, pour faire fonctionner correctement un secteur. En effet, aujourd'hui au sein de chaque établissement de santé, chaque secteur attribue les moyens dont il dispose à l'ensemble de ses structures sans aucune obligation légale ou réglementaire. De plus, la désertification médicale génère des disparités au sein des secteurs de psychiatrie publique, ayant des conséquences sur l'accessibilité aux soins, la prise en charge, le suivi des patients souffrant de pathologies psychiatriques.

La disparité se retrouve aussi à travers une offre de soins psychiatriques principalement concentrée dans les zones urbaines, au détriment des zones rurales pour un même secteur. En effet, la DRESS relève dans son rapport en 2007 : « qu'au sein des zones urbaines, la psychiatrie libérale y est concentrée avec un fonctionnement distinct, permettant alors une adaptation aux pratiques de la population urbaine »<sup>271</sup>. En conséquence, l'accès aux structures de soins peut être plus complexe en fonction de leur implantation géographique et de leurs horaires d'ouverture<sup>272</sup>. Dans son rapport rendu en décembre 2011, la Cour des comptes souligne : « une intensification des besoins de l'offre de soins psychiatriques ». Dans ce cadre, deux raisons sont mises en exergue pour justifier le recours excessif à l'hospitalisation complète : l'accès complexe à un soin de premier recours et le manque de solution alternative à l'hospitalisation ; à défaut de coordination

---

269 IRDES, rapport n°558 « Les disparités territoriales d'offre et d'organisation des soins en psychiatrie en France : d'une vision segmentée à une approche systémique », sous la direction de COLDEFY M. et LE NEINDRE C., décembre 2014.

270 DRESS, Etude « La prise en charge de la santé mentale », recueil d'études statistiques sous la direction de COLDEFY M., 2007, p 33-40.

271 COLDEFY M. et LEPAGE J., « Les secteurs de psychiatrie générale en 2003 », DRESS, n°70, novembre 2007, p73.

272 IGAS, Rapport « Organisation et fonctionnement du dispositif de soins psychiatriques 60 ans après la circulaire du 15 mars 1960 », novembre 2017, p31.

avec le médico-social<sup>273</sup>. Le secteur est donc en difficultés pour répondre aux besoins croissants de la population.

S'ajoutent à ce constat, des conséquences sur l'organisation interne des secteurs. D'une part, les délais d'attente sont de plus en plus longs tant pour les hospitalisations complètes que pour les prises en charge en ambulatoire<sup>274</sup>. D'autre part, le manque de lits d'hospitalisation au sein des secteurs est aussi à l'origine de dysfonctionnement. Pour certains départements, l'offre de soins privée dispose de plus de lits que dans le secteur public ce qui pose indéniablement un problème pour fluidifier la filière de soins publique<sup>275</sup>. Par manque de lits disponibles dans le secteur de rattachement du patient, il arrive parfois que le médecin référent de rattachement le transfère vers d'autres secteurs psychiatriques ou vers des établissements privés du département<sup>276</sup>.

Enfin, la multiplicité des structures composant un secteur rend l'offre de soins illisible, tant pour les patients que pour les professionnels de santé. Par manque de clarté de l'offre de soins sectorisée, les médecins généralistes auront tendance à présenter directement un patient auprès d'un service d'hospitalisation, plutôt que de l'adresser à une structure de proximité, qui serait pourtant plus adapté à ses besoins<sup>277</sup>. Il paraît donc opportun de mieux identifier les ressources disponibles comme le préconise l'HAS, en présentant par exemple une cartographie de l'offre de soins par secteur et pour chaque territoire. Un tel outil d'information permettrait à la fois, une meilleure coordination pluridisciplinaire et une meilleure connaissance des acteurs impliqués dans la prise en charge du patient<sup>278</sup>.

Au-delà des inégalités d'accès aux soins observées, des tensions croissantes dans l'articulation des urgences psychiatriques et des unités sectorisées existent.

---

273 Cour des comptes, l'organisation des soins psychiatriques : les effets du plan « psychiatrie et santé mentale » (2005-2010), rapport public thématique, décembre 2011, p31.

CASTAING C., « Psychiatrie et soins ambulatoires », RDSS, 2016, p77.

274 IGAS, Rapport « Organisation et fonctionnement du dispositif de soins psychiatriques 60 ans après la circulaire du 15 mars 1960 », novembre 2017, p 31.

CASTAING C., *op. cit.*

Cour des comptes, l'organisation des soins psychiatriques : les effets du plan « psychiatrie et santé mentale » (2005-2010), rapport public thématique, décembre 2011, p25.

Assemblée Nationale, Rapport d'information n°1662 déposé par la commission des affaires sociales en conclusion des travaux de la mission sur la santé mentale et l'avenir de la psychiatrie, 18 décembre 2013, p34.

DRESS, rapport « Les secteurs de psychiatrie générale en 2003 » sous la direction de COLDEFY M. et LEPAGE J., « n°70 novembre 2007, p 29.

275 Par exemple : en Haute-Garonne, l'organisation des soins en psychiatrie et santé mentale chez l'adulte se compose de 1050 lits dans le secteur privé et de 383 lits dans le secteur public. Ceci engendre un contexte d'hypertension de la filière psychiatrique.

276 DRESS, *op. cit.*, p22.

277 CASTAING C., « Psychiatrie et soins ambulatoires », RDSS, 2016, p77.

278 HAS, « Améliorer la coordination des soins dans le domaine de la santé mentale », octobre 2018.

## ***2 - La difficile coordination entre le secteur et les urgences psychiatriques***

Conformément au principe de continuité des soins et selon les termes de l'article D 6124-26-9 du Code de la santé publique, les urgences psychiatriques et le secteur, doivent assurer une prise en charge coordonnée<sup>279</sup>. Dans l'hypothèse où une hospitalisation est envisagée, l'équipe médicale des urgences fera fonction de relais avec le psychiatre de secteur pour assurer la suite de la prise en charge dans les meilleurs délais. Ce lien se fait généralement entre les chefs de service, si le service des urgences et les unités de secteur se trouvent sur le même site. Or, une articulation complexe entre les urgences et les secteurs de psychiatrie est observée et ce à plusieurs niveaux.

La désertification médicale au sein des secteurs, joue bien évidemment un rôle sur cette augmentation du passage aux urgences psychiatriques. Le manque de médecins généralistes, de psychiatres ou de structures ambulatoires dans certaines zones du territoire, notamment rurales, impacte obligatoirement l'accès aux soins et augmente le nombre de passages aux urgences. En effet, ces professionnels sont souvent les premiers interlocuteurs pour les patients souffrant de troubles mentaux. Dans un rapport en date du 26 juillet 2017, le Sénat soulève également le manque d'information des patients sur les alternatives existantes aux services des urgences<sup>280</sup>. En effet, il existe des permanences de soins en ambulatoire peu utilisées, ce qui implique de facto, un recours excessif aux urgences psychiatriques. Les CMP tout comme les centres de crise, sont des structures habilitées à recevoir des appels et des consultations en urgence. En 2003, 83% des secteurs bénéficient d'un dispositif de réponse à l'urgence<sup>281</sup>. Plus précisément, les consultations en urgence dans un CMP sont utilisées par 66% des secteurs<sup>282</sup>. En réalité, depuis plusieurs années, les secteurs sont saturés. Ce phénomène impacte inévitablement le fonctionnement des services des urgences

---

279 Circulaire n°38-92 du 30 juillet 1992 en donne une définition : « une demande dont la réponse ne peut être différée : il y a urgence à partir du moment où quelqu'un se pose la question, qu'il s'agisse du patient, de l'entourage ou du médecin ; elle nécessite une réponse rapide et adéquate de l'équipe soignante afin d'atténuer le caractère aigu de la souffrance psychique ».

Deux décrets relatifs à la médecine d'urgence et aux conditions techniques de fonctionnement des structures d'urgences en date du 23 mai 2006 ont restructuré l'organisation des urgences afin de délimiter un cadre territorial plus cohérent pour assurer l'accès aux soins à l'ensemble de la population de manière permanente et continue.

280 Sénat, rapport d'information n°685 « *Les urgences hospitalières, miroir des dysfonctionnements de notre système de santé* », juillet 2017.

MONTET L., « *Les services d'urgence hospitaliers : victimes de leur place dans l'organisation des soins* », RDS, n°80, novembre 2017, p866.

281 DRESS, rapport « *Les secteurs de psychiatrie générale en 2003* » sous la direction de COLDEFY M. et LEPAGE J., novembre 2007, p 30.

282 DRESS, *op. cit.*, p30.



psychiatriques. En effet, les secteurs ont de plus en plus de difficultés à prendre en charge leur patient le jour même de la demande d'hospitalisation, formulée par le service des urgences<sup>283</sup>. Pourtant, ce dernier est spécialisé dans une prise en charge de courte durée et ne devrait pas garder des patients plus de soixante-douze heures. Or, les problèmes de transfert de patient au sein du secteur auquel il est rattaché et le manque de lits d'aval rendent impossible l'accueil de nouveaux patients dans l'unité sectorisée. En conséquence, ce dysfonctionnement interroge une fois encore sur l'égalité d'accès aux soins sectorisés des patients souffrant de troubles psychiatriques sur un même territoire.

Dans certains établissements de santé, le patient en attente d'un lit d'hospitalisation, est placé « durant plusieurs heures sur des brancards dans les couloirs du service des urgences » comme le constatait le CGLPL lors d'une visite réalisée en 2018, au CHU de Saint-Etienne<sup>284</sup>. Malgré la recherche de nouveaux moyens de fluidification de la filière, les problèmes persistent. La régulation au sein des urgences est devenue un outil indispensable, afin de gérer le flux des lits d'aval en psychiatrie. L'agent régulateur, souvent le cadre de santé ou un infirmier coordonnateur, a pour mission de réaliser un état des lieux des lits d'hospitalisation disponibles dans les établissements de santé publics et privés du territoire, afin de proposer des placements de certains patients des urgences dans des structures adaptées à leurs besoins. Ce partenariat entre les établissements d'un même département peut faire l'objet d'une convention qui fixe les conditions de prise en charge des patients après leur passage aux urgences psychiatriques. Celle-ci définit l'organisation de la sortie du patient, notamment les transports inter-établissements, ainsi que la transmission d'un courrier indiquant les éléments nécessaires à la continuité des soins. Cette convention est signée par les directeurs des établissements de santé concernés<sup>285</sup>. Ce dispositif de régulation territoriale permet de tendre vers un égal accès aux soins et une continuité de la prise en charge entre les urgences psychiatriques et le secteur.

Néanmoins, des solutions complémentaires doivent encore être recherchées.

---

283 Enquête nationale réalisée par la DRESS en 2009 auprès de l'ensemble des établissements de santé ayant une activité de psychiatrie en 2008.

284 Recommandations en urgence du 1er février 2018 de la Contrôleuse générale des lieux de privation de liberté relatives au centre hospitalier universitaire de Saint-Etienne (Loire).

285 Par exemple, une convention a été signée entre le CHU de Toulouse et le Centre hospitalier Gérard Marchant.

## **B- Les évolutions attendues**

Le constat de divers dysfonctionnements au sein de l'organisation sectorisée des soins psychiatriques nécessite un remaniement. Le législateur est intervenu pour rénover et adapter les missions du secteur (1). Cette rénovation se traduit par l'émergence de nouvelles approches territoriales, en vue d'une amélioration de l'offre (2).

### ***1- La rénovation des missions du secteur***

Dans le même sens que les rapports Couty, Robillard<sup>286</sup> ou Laforcade<sup>287</sup>, le législateur est intervenu en inscrivant cette volonté de rénovation de la sectorisation dans la loi du 26 janvier 2016 *de modernisation de notre système de santé*, dans son article 69<sup>288</sup>. Le texte précise les nouveaux contours de la mission de psychiatrie de secteur, telle que définie par l'article L3221-3 du Code de la santé publique. L'une des priorités est de faciliter le parcours de vie et de santé du patient, en partenariat avec les autres acteurs du territoire tout en assurant sa mission de dépistage, de diagnostic précoce, de soins et de prévention. Par une ordonnance en date du 12 mai 2021, la mission du secteur est à nouveau précisée avec la nécessité de garantir une gradation des soins<sup>289</sup>.

En outre la rénovation du secteur se traduit par la création de secteurs innovants<sup>290</sup>. En effet, il serait intéressant de concevoir de nouveaux secteurs avec de nouvelles articulations, plutôt que de dupliquer les secteurs préexistants qui n'arrivent plus à répondre à la demande de soins. Par exemple, au sein d'une même structure, il serait pertinent de proposer une prise en charge plus globale, avec la délivrance de soins somatiques et psychiatriques, du temps social et des partenariats associatifs. Actuellement, certains territoires fusionnent les Maisons de santé pluridisciplinaire

---

286 Assemblée nationale, Rapport n°1662 en conclusion des travaux de la mission sur la santé mentale et l'avenir de la psychiatrie sous la direction de ROBILIARD Denys, 18 décembre 2013.

287 Ministre de la Santé et des sports, rapport « Missions et organisation de la santé mentale et de la psychiatrie » sous la direction de COUTY E., CEECHI-TENERINI R., BROUDIC P., NOIRE D., 2009.  
Site internet : <https://www.vie-publique.fr/rapport/30293-missions-et-organisation-de-la-sante-mentale-et-de-la-psychiatrie>

288 A présent, le directeur de l'ARS désigne parmi les établissements de santé, public et privés, autorisés en psychiatrie et assurant le service public hospitalier, les établissements de santé assurant la mission de psychiatrie de secteur et sa déclinaison pour les enfants et adolescents. L'ARS attribue à chaque établissement une zone dite d'intervention. Selon l'article L3221-4 CSP, il affecte donc à chacun d'eux la zone d'intervention dans laquelle la structure s'engage à collaborer avec les autres intervenants.

289 Ordonnance n° 2021-583 du 12 mai 2021 portant modification du régime des autorisations d'activités de soins et des équipements matériels lourds.  
Article L3222-1-1 du Code de la santé publique.

290 Le secteur s'inscrit également dans la dynamique de la loi « Ma santé 2022 : un engagement collectif ». Un des enjeux étant le renforcement de l'offre de soins de proximité pour assurer un égal accès aux soins.

(MSP) avec les CMP. Ce type de dispositif permet un meilleur accès aux soins dans sa globalité tout en assurant un soin de proximité pour le patient. De plus, l'un des objectifs poursuivis à travers la rénovation des missions du secteur, est la réhabilitation psycho-sociale des patients souffrant de troubles mentaux<sup>291</sup>. Plusieurs possibilités sont alors envisageables telles que le développement de partenariats entre les établissements sanitaires et les organismes spécialisés dans la réhabilitation psycho-sociale, mais également, la création d'unités de suite et de réhabilitation intensive, ayant pour objectif, la mise en œuvre d'un projet de réinsertion pour chaque patient sur une durée définie ou encore la construction de Centre ressource en réhabilitation psycho-sociale<sup>292</sup>. À la différence des patients en soins somatiques, les patients souffrant de troubles mentaux nécessitent un accompagnement social plus important en raison de leur maladie qui peut être source d'exclusion sur le long terme.

Les pouvoirs publics incitent les acteurs de santé à mettre en œuvre de nouveaux leviers territoriaux pour garantir un égal accès aux soins.

## ***2- De nouvelles approches territoriales pour garantir le droit d'accès aux soins***

L'enjeu du législateur est de mieux articuler l'intervention des acteurs libéraux, sociaux et médico-sociaux du territoire, afin d'accroître la promotion de la santé mentale, l'accès aux soins de qualité et la réinsertion sociale de ces patients<sup>293</sup>. La finalité d'une telle approche est d'harmoniser voire de fluidifier l'offre de soins territoriale. Dans ce contexte, la loi du 26 janvier 2016 introduit une nouvelle politique territoriale de santé mentale et une nouvelle organisation des soins psychiatriques au sein d'un territoire plus étendu. Pour ce faire, elle initie la création de nouveaux outils territoriaux : le Projet territorial de santé mentale (PTSM) et la Communauté psychiatrique de territoire (CPT)<sup>294</sup>.

D'une part, le PTSM est identifié comme le premier outil permettant de mettre en œuvre cette dynamique territoriale<sup>295</sup>. Ce nouveau dispositif est construit directement par les acteurs du

---

291 Instruction n° DGOS/R4/2019/10 du 16 janvier 2019 relative au développement des soins réhabilitation psychosociale sur les territoires.

292 Voir par exemple, site internet du Centre hospitalier Gérard Marchant : [https://www.ch-marchant.fr/web/Gerard\\_Marchant/259-cstr.php](https://www.ch-marchant.fr/web/Gerard_Marchant/259-cstr.php)

293 Décret n°2017-1200 du 27 juillet 2017 relatif au projet territorial de santé mentale.

294 Assemblée Nationale, rapport n°2673, Véran, Laclais, Touraine, Geoffroy, Ferrand, mars 2015, p 357. POURRAT A., « Loi de santé et psychiatrie. Et maintenant ? », L'information psychiatrique, 2016, volume 92, p 183-186.

295 Décret n°2017-1200 du 27 juillet 2017 définit les contours de ce projet territorial. Article R. 3224-5.-I du Code de la santé publique.

territoire c'est à dire les professionnels et les établissements intervenant dans le champ de la psychiatrie et de la santé mentale qui devront par la suite le mettre en œuvre. Ce sont eux également qui proposent la délimitation du territoire de santé et précisent les acteurs qui seront associés. Le PTSM détermine les actions à mener au regard du « diagnostic territorial partagé » réalisé préalablement à l'initiative des mêmes acteurs de santé<sup>296</sup>. Il doit également prendre en compte les problématiques « des populations à risques spécifiques » inscrites dans le décret du 27 juillet 2017 tels que les enfants, les personnes âgées, les personnes isolées, etc... Il doit proposer et organiser le parcours de santé et de vie de qualité et sans interruption des patients souffrant de troubles psychiatriques graves, en vue de leur guérison et de leur réinsertion. Certains départements proposent des contributions écrites pour tous les acteurs du territoire, d'autres organisent des séminaires avec tous les acteurs concernés afin de prendre en compte la parole de chacun, pour élaborer le diagnostic et le PTSM. Une attention particulière est également donnée aux usagers et à leurs familles lors de la récolte de ces données.

De plus, la politique de santé mentale s'appliquera dans un champ territorial « suffisant » selon l'article L3221-2 du Code de la santé publique. Celui-ci correspond à une zone supérieure à celle des secteurs psychiatriques, afin d'associer l'ensemble des acteurs et diversifier les offres de prise en charge. En cas de défaillance des acteurs, le Directeur général de l'ARS pourra intervenir. Cette intervention laisse supposer que le champ territorial correspond à la région ou aux territoires de santé tels que définis par l'article L1434-9 du Code de la santé publique, soit le département<sup>297</sup>. Du reste, les actions à l'origine de la mise en œuvre du PTSM font l'objet d'un contrat territorial de santé mentale, conclu entre l'ARS et les acteurs du territoire, participant à la mise en œuvre de ces actions<sup>298</sup>. Les signataires au contrat peuvent dès lors constituer une CPT, qui peut émaner du Groupement hospitalier de territoire (GHT) afin de décliner en partie le PTSM<sup>299</sup>.

D'autre part, la création d'une CPT<sup>300</sup> peut être considérée comme un outil territorial structurant et un levier permettant d'assurer une égalité de traitement entre les patients psychiatriques et

---

296 Article L3221-2 II du Code de la santé publique.

297 COUTURIER M., « La santé mentale dans la loi du 26 janvier 2016 : une évolution des cadres sans révolution des pratiques », RDSS, 2016, p 683.

298 Article L3221-2 du Code de la santé publique.

299 Article L3221-2-VI du Code de la santé publique.

300 Décret n° 2016-1445 du 26 octobre 2016 relatif aux communautés psychiatriques de territoire  
Voir articles D 6136-1 et suivants.

somatiques malgré une organisation de l'offre de soins différenciée<sup>301</sup>. En l'espèce, cette nouvelle approche territoriale, permettrait de favoriser un égal aux soins, d'adopter les dispositifs aux besoins de ces patients, tout en répondant également au principe de continuité des soins. Il est important de définir les relations fonctionnelles entre les GHT et les CPT afin de garantir les spécificités de la filière psychiatrie et santé mentale<sup>302</sup>. L'objectif étant une implication générale de tous les acteurs du territoire. Les membres de la CPT dès lors devront réfléchir à la création de nouvelles organisations sectorielles ou intersectorielles et pourront également se saisir du PTSM pour proposer des actions à décliner sur cinq ans.

Au préalable, il est préférable qu'ils réalisent un état des lieux de l'ensemble des dispositifs préexistants sur le territoire. Ce dernier permettrait de connaître toutes les structures et d'évaluer leurs efficacités, avant d'en concevoir de nouvelles. Les acteurs pourraient également interroger les finalités de ces structures préexistantes, envisager une fusion, voire les transformer, afin de répondre aux nouvelles attentes de la population. Ils pourraient enfin réfléchir à une nouvelle conception territoriale de la sectorisation, en procédant à un redécoupage géo-populationnel au niveau du département, afin de prendre en compte la forte croissance démographique<sup>303</sup>. Ce redécoupage impliquerait de créer une nouvelle cartographie de la sectorisation, c'est à dire de redessiner les secteurs par rapport à la population prise en charge sur le territoire. De même, il faudrait envisager le renforcement en moyens humains, des dispositifs préexistants, afin d'offrir un suivi médical et social intégré, de mieux réguler la filière de soins et d'assurer une meilleure coordination entre les dispositifs sectorisés et les partenaires publics ou privés intervenant dans la prise en charge psychiatrique.

Ainsi, leur développement va permettre de recentrer le secteur sur ses missions et créer une véritable dynamique territoriale autour des parcours de soins en psychiatrie. Ceci fait écho à la feuille de route sur *la santé mentale et de la psychiatrie* en date du 28 juin 2018<sup>304</sup> au sein de laquelle une des priorités identifiées est de restructurer l'offre de soins au sein des territoires et d'améliorer l'orientation des patients selon leurs besoins.

---

301 DE BIDERAN C., BÉTRÉMIEUX M., HAOUÏ R., MADELPUECH B., « Communautés psychiatriques de territoire : Quatre ans après la loi de 2016, quel bilan ? » Revue hospitalière de France, 2020, n°595, p 33-37.

302 Cour des comptes, rapport « Les groupements hospitaliers de territoire. Exercices 2014 à 2019 », octobre 2020, p 76 à 80.

303 Travail en cours de réalisation au sein de la Communauté psychiatrique de territoire Haute-garonne et Tarn ouest.

304 Loi n° 2019-774 du 24 juillet 2019 relative à l'organisation et à la transformation du système de santé. Ministère des solidarités et de la santé, Feuille de route « Santé mentale et psychiatrie », Jeudi 28 juin 2018. Ministère des solidarités et de la santé, Mise en œuvre de la feuille de route « Santé mentale et psychiatrie », 21 janvier 2022.

De l'ensemble de ces développements, il apparaît que selon nous, il ne s'agit pas de reconnaître un droit à la différence en psychiatrie, mais de reconnaître les spécificités de la prise en charge des patients souffrant de troubles mentaux et de les protéger pour assurer une égalité de traitement avec les patients en soins somatiques.

Cependant, au sein même des patients hospitalisés en psychiatrie, une différenciation de protection s'opère au regard de l'état clinique du patient. En effet, le recueil ou l'absence de recueil du consentement sera la condition déterminante de la nature des soins psychiatriques et de la protection qui lui est accordée.

## **Chapitre 2 - Une protection différenciée selon la nature des soins psychiatriques**

Nous allons à présent envisager la différenciation de protection au sein des patients hospitalisés en psychiatrie : c'est le régime de soins qui fera l'objet de notre attention.

Contrairement aux autres disciplines médicales, il existe des modes de soins et d'hospitalisation distincts, conditionnés par le recueil ou l'absence de recueil du consentement (Section 1). Cette différenciation de régime de soins, engendre de facto, la mise en œuvre d'une protection distincte des droits et libertés du patient admis en soins sans consentement (Section 2).

### **Section 1- La différenciation entre le patient en soins libres et le patient soins sans consentement**

Le consentement, condition préalable obligatoire à la délivrance de soins, constitue un élément déterminant à l'origine d'un régime de soins différencié en psychiatrie (§1). Exceptionnellement le droit admet qu'une hospitalisation sans consentement soit mise en œuvre mais son prononcé est subordonné à l'intervention d'une autorité administrative (§2).

#### **§1- Le consentement aux soins à l'origine de la différenciation**

Les soins librement consentis sont le régime de droit commun (A). Le régime des soins sans consentement ne peut être déclenché que dans l'hypothèse où le patient est dans l'incapacité de consentir (B).

#### **A- Le principe des soins librement consentis en psychiatrie**

Afin de respecter la volonté du patient et si son état clinique le permet, celui-ci doit consentir à l'hospitalisation (1) après avoir été dûment informé (2).

## ***1 - Le recueil du consentement libre et éclairé***

Sous l'empire de la loi du 30 juin 1838<sup>305</sup>, la seule prise en charge possible des patients souffrant de troubles psychiatriques était la contrainte. Le placement « volontaire » était en réalité une admission à la demande d'un proche ou d'un membre de la famille : le consentement du patient n'était pas à l'origine de l'hospitalisation. À la différence d'une personne souffrant d'une pathologie somatique, le patient psychiatrique ne pouvait demander une hospitalisation ; sa volonté n'était pas prise en compte. La loi du 27 juin 1990 *relative aux droits et à la protection des personnes hospitalisées en raison de troubles mentaux et à leurs conditions d'hospitalisation* <sup>306</sup> a marqué un tournant en instituant les deux grandes modalités de prises en charge maintenues à ce jour : les soins libres -le principe- et les soins sans consentement - l'exception-<sup>307</sup>.

Selon les termes de l'article L3211-2 du Code de la santé publique, l'admission en soins psychiatriques libre est privilégiée, lorsque l'état de santé du patient lui permet de consentir aux soins<sup>308</sup>. Le patient exprime clairement son consentement pour une telle prise en charge, la démarche est volontaire. En vertu de l'article L1111-4 du Code de la santé publique, la personne admise en soins libres a le droit de consentir de façon libre et éclairée aux actes de soins proposés par le médecin ou le psychiatre qui la prend en charge et a le droit de refuser des soins comme tout autre patient. Par conséquent, le médecin intervenant dans la prise en charge, doit en toutes circonstances respecter la volonté du patient et l'informer des conséquences de son choix<sup>309</sup>. Le patient doit s'exprimer sans qu'aucune contrainte extérieure ne soit présente, afin de prendre sa décision. Toutefois, le législateur ne donne aucune précision quant aux modalités de recueil du consentement, comme le souligne Claudine Bergoignan-Esper<sup>310</sup>. Contrairement aux recherches biomédicales, à la procréation médicalement assistée ou le consentement est obligatoirement donné par écrit ou signé, ces modalités ne sont en effet pas requises en psychiatrie. Ainsi, il suffit que le patient donne son consentement sous quelque forme que ce soit pour que celui-ci soit valable d'un point de vue légal comme pour tout autre patient.

---

305 Loi sur les aliénés n° 74443 du 30 juin 1838.

Voir PANFILI J-M., thèse *op.cit.*, p 121-122.

306 Loi n° 90-527 du 27 juin 1990 relative aux droits et à la protection des personnes hospitalisées en raison de troubles mentaux et à leurs conditions d'hospitalisation.

307 GRABOY-GROBESCO A., « Les séjours psychiatriques sous contrainte et l'évolution des droits des malades », AJDA, 2004, p65.

308 En vertu des articles 16-3 du Code civil et L1111-4 du Code de la santé publique : tout patient admis en soins libres peut refuser les soins qui lui sont proposés.

309 Articles R 4127-36 et R 4927-41 du Code de la santé publique.

310 BERGOIGNAN ESPER C., « Le consentement médical en droit français », Actes du colloque, LAENNEC, n°4/2011, tome 59, p15-23.



Pour consentir aux soins de manière libre et éclairé, il faut au préalable disposer de toutes les informations. De ce fait, le droit à l'information est consubstantiel à la délivrance du consentement.

## **2 - Le corollaire : le droit à l'information du patient**

Le droit d'être informé sur son état de santé est énoncé à l'article L1111-2 du Code de la santé publique. En psychiatrie, le détenteur de l'information, en l'occurrence le médecin ou un membre de l'équipe soignante, détermine si la personne malade a un degré de discernement suffisant, pour comprendre l'information fournie et permettre d'éclairer le consentement. En définitive, pour que le consentement soit éclairé, il faut que le patient, bénéficiaire de l'information, soit capable de discernement<sup>311</sup>. Le médecin psychiatre en tant qu'auteur principal de l'information, doit délivrer celle-ci de manière adaptée au patient et à son état de santé mental. Il tient compte de la personnalité du patient, de sa pathologie et il s'ajuste également à son niveau de compréhension. Selon la Cour de cassation, l'information doit être « claire, loyale et appropriée »<sup>312</sup>. La Charte de la personne hospitalisée précise également les caractéristiques de cette information « simple, accessible, intelligible et loyale »<sup>313</sup>. Son contenu a évolué puisqu'à présent le médecin doit délivrer une information « claire, loyale et appropriée »<sup>314</sup>. Le législateur énumère clairement à l'article L1111-2 du Code de la santé publique les éléments sur lesquels porte cette information, lesquels se précisent au gré des jurisprudences<sup>315</sup>. En psychiatrie, il arrive parfois que le psychiatre atténue le degré des informations pour ne pas déstabiliser le patient si celui-ci paraît très fragile psychiquement. Ce niveau d'informations est évalué au regard des conséquences de la maladie mentale sur le degré de compréhension du patient.

Ces informations selon la loi sont données lors d'un entretien individuel<sup>316</sup>. Cependant, le législateur ne précise pas spécifiquement quel est le professionnel de santé débiteur de celles-ci. Ainsi, « tout professionnel dans le cadre de ses compétences et dans le respect des règles

---

311 Voir PANFILI J-M., thèse *op.cit.*, p 119-120.

312 Cour de cassation, Chambre civile 1, 9 décembre 2020, n°19-22.055.

Cour de cassation, Chambre sociale, 4 novembre 2021, n°20-13.761.

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

314 Article 35 du Code de déontologie.

315 Conseil d'Etat, sect. 5 janvier 2000, Telle, n°181899, Rec. « les risques normalement prévisibles ».

316 Article L1111-2 du Code de la santé publique.

professionnelles qui lui sont applicables » est compétent pour fournir une information<sup>317</sup>. Les recommandations de l’HAS éclairent sur des caractéristiques de la délivrance de l’information telles que l’adaptation du vocabulaire ou l’appel à un interprète si cela paraît nécessaire<sup>318</sup>. Il convient en effet de s’interroger sur la barrière de la langue, qui peut en pratique être un obstacle important à la compréhension de l’information et influencer sur la délivrance du consentement du patient. Les services de soins doivent dès l’admission du patient, faire appel à un professionnel spécialisé, afin de prendre au mieux en charge ce patient. La barrière de la langue française peut avoir un impact dans le parcours de soins à plusieurs niveaux : dans la relation de confiance entre le patient et son médecin, dans l’analyse des symptômes, ou encore dans le suivi des soins. Dans certains cas où il paraît impossible de fournir de telles informations au regard de la gravité des troubles psychiatriques, aucun élément supplémentaire n’est indiqué par le législateur, laissant ainsi l’équipe hospitalière à la recherche d’une « juste information » comme le précise Claudine Bergoignan-Esper<sup>319</sup>. A titre exceptionnel, la Cour de cassation a admis en psychiatrie une « réserve d’information » de la part du médecin, dans l’intérêt du patient. Dans cette affaire, le patient présentait au moment de l’entretien individuel des risques suicidaires c’est pourquoi le psychiatre ne l’avait pas informé du diagnostic, afin d’éviter toute aggravation de son état clinique<sup>320</sup>. Toutefois, l’obligation d’information en psychiatrie persiste puisque la personne doit malgré tout être informée de son état de santé « le plus rapidement possible et d’une manière appropriée » mais elle est « subordonnée non à la condition d’immédiateté mais à la condition que l’état du malade puisse le permettre »<sup>321</sup>.

Il paraît complexe aujourd’hui de démontrer que l’information a été délivrée, puisque celle-ci est fournie lors d’un entretien oral. Dans la pratique, se développent au sein des établissements, des notices d’informations devant être signées par le patient et enregistrées dans le dossier médical. La charge de la preuve pesant sur les praticiens, une trace écrite permet de démontrer qu’ils ont bien été débiteurs de cette information. Or, la loi exige seulement un entretien individuel oral, dès lors ces notices d’information n’ont aucune valeur juridique et ne permettent en rien de démontrer qu’un échange a eu lieu<sup>322</sup>. Pour tracer la

---

317 HAS, Recommandations de bonne pratique « Délivrance de l’information à la personne sur son état de santé », mai 2012, p 18.

318 *Ibid.*

319 BERGOIGNAN ESPER C., *Le consentement médical en droit français*, Actes du colloque, LAENNEC, 2011, n°4, tome 59, p 15-23.

320 Cour de cassation, Chambre civile 1, 23 mai 2000.

321 CA de Paris, 8 juin 2021, n°21/00208.

CAA de Paris, 3ème chambre, 20 décembre 2019, n°18PA01101.

322 Cour de cassation, Chambre civile 1, 18 mars 2003, n°01-15711.

délivrance de l'information, il faut se référer à un faisceau d'indices tel que le nombre de consultations ou encore la tenue du dossier médical.

Après avoir étudié le principe des soins libres, il s'agit à présent d'étudier une spécificité à l'origine d'un régime dérogatoire au droit commun : le défaut de consentement du patient aux soins psychiatriques<sup>323</sup>.

## **B- L'impossibilité de recueillir le consentement du patient à l'origine d'un régime particulier**

Dans l'intérêt du malade et au regard de sa pathologie, des exceptions légales sont prévues pour passer outre le consentement et admettre un patient en soins psychiatriques. En effet, il est des situations où l'état de santé mentale est tel qu'il rend le patient incapable de consentir (1) et nécessite des soins à des fins de protection (2).

### ***1 - La gravité de l'état de santé, facteur déterminant d'une incapacité de consentir***

En psychiatrie, pour faire face à des situations cliniques alarmantes, le législateur a prévu depuis la loi *Esquirol*, la possibilité de soigner une personne gravement malade en outrepassant son consentement. Autrement dit, même si le patient refuse les soins psychiatriques, il pourra être pris en charge sur décision d'une autorité administrative. Cette particulière intensité des troubles, sera l'une des conditions, à l'origine d'une admission en soins sans consentement.

La gravité de l'état de santé mentale du patient, induit implicitement une première restriction relative à son droit de consentir à la mesure d'admission. Toutefois, le législateur a précisé à l'article L3211-3 alinéa 6 du Code de la santé publique, que l'avis de la personne sur les modalités de soins doit être « recherché et pris en considération dans toute la mesure du possible » par le médecin psychiatre et l'équipe soignante. L'article L3211-3 alinéa 2 du Code de la santé publique prévoit en effet que la personne contrainte aux soins, est informée des projets de décision et peut faire valoir ses observations avant chaque décision prononçant le maintien des soins et avant chaque décision définissant la forme de la prise en charge proposée. Ainsi, le médecin doit lui donner l'opportunité d'exprimer sa volonté. Cécile Castaing l'énonce clairement : « lorsque la personne n'a pas à consentir à son admission, le législateur la prive de facto du droit au

---

323 PANFILI J-M., thèse op.cit., p 178 et suivantes.

consentement, substituant à celui-ci un droit d'exprimer sa volonté en faisant valoir ses observations ou en émettant un avis »<sup>324</sup>.

En tout état de cause, les soins sans consentement ne délient pas les médecins de leur obligation de recueillir le consentement du patient préalablement à tout acte de soins ou toute administration de traitement.

Pour être admis en soins sans consentement, l'état clinique du patient est l'autre condition nécessaire.

## ***2- La nécessité des soins à des fins de protection, condition de la mise en œuvre d'un régime dérogatoire***

La nécessité médicale de délivrer des soins sans le consentement de la personne, résulte de la gravité de son état clinique. L'immédiateté des soins est justifiée par le besoin de protéger le patient qui souffrant de manière trop importante n'est plus apte à se protéger lui-même.

Ainsi, la mise en œuvre de la contrainte aux soins est considérée comme le dernier recours dont disposent les professionnels de santé. Si les soins contraints sont inéluctables, la mesure doit toutefois être proportionnée au regard des circonstances et de la gravité de l'état clinique, à défaut celle-ci sera jugée excessive et arbitraire. Sur le fondement de l'article 5§1 de la CEDH, la privation de liberté, en l'occurrence la contrainte aux soins, reste légitime lorsqu'elle est destinée à prodiguer des soins au regard de l'état de santé mentale de la personne internée.

En conséquence, la particulière gravité de l'état de santé et la nécessité de prodiguer des soins, constituent les deux conditions cumulatives à l'origine d'un régime de soins singulier : les soins sans consentement.

Dès lors, la pathologie psychiatrique ne permettant pas au patient de consentir, des autorités administratives sont habilitées à décider de la mise en œuvre de mesures de soins.

---

<sup>324</sup> CASTAING C., « La volonté des personnes admises en soins psychiatriques sans consentement. Quel droit pour quel juge ? », AJDA, 2013, p153.  
THIERRY J-B., « Consentement et soins psychiatriques » sous la direction de François Violla, « Les grandes décisions du droit médical », LGDJ, 2009, p 139-146.

## **§2- L'autorité administrative décisionnaire des soins sans consentement, une conséquence de la différenciation**

Selon les régimes de soins sans consentement, l'autorité administrative compétente est soit le directeur de l'établissement de santé soit le représentant de l'Etat<sup>325</sup>. S'appuyant sur une analyse proposée par Cécile Castaing, en fonction de l'autorité administrative à l'origine de la mesure de soins, deux finalités se distinguent nécessitant pour chacune d'elles des conditions de fond et de forme divergentes<sup>326</sup>. Lorsque le directeur intervient, la mesure de soins aura une finalité sanitaire (A). Lorsque ce sera le représentant de l'Etat, elle aura une finalité sécuritaire (B).

### **A- La décision du directeur d'établissement à des fins de protection du patient**

Trois mesures de soins sans consentement dépendent des pouvoirs de police du directeur d'établissement de santé et ont pour objectif la protection de la santé mentale du patient<sup>327</sup>. Sur le fondement de l'article L3212-1-I du Code de la santé publique, le directeur est compétent pour prononcer une admission en soins psychiatriques à la demande d'un tiers, en urgence ou non (1) ou en l'absence de tiers autrement dit en cas de péril imminent (2).

#### ***1- L'admission à la demande d'un tiers, en urgence ou non***

Il existe deux modalités d'admission en soins psychiatriques à la demande d'un tiers. En premier lieu, une admission dite « classique » (a) et une admission à la demande d'un tiers en urgence (b).

---

325 LUNEL A., « Folie et déraison » : regards croisés sur l'évolution juridique des soins psychiatriques en France, LEH Edition, 2015, p120.

CABANNES X. et BENILLOUCHE M., « Hospitalisations sans consentement », CEPRISCA collection colloques, 2013, p 93.

ANGELLOZ-NICOUD M., « Guide pratique du contrôle des hospitalisations psychiatriques sans consentement par le juge des libertés et de la détention », LEH Edition, 2019.

GILOUX N., PRIMEVERT M., « Les soins psychiatriques sans consentement », LEH Edition, 2017, p33.

PANFILI J-M., thèse *op.cit.*, p 178 et suivantes.

THERON S., « Les soins psychiatriques sans consentement », Dunod, 2017.

326 CASTAING C., « La volonté des personnes admises en soins psychiatriques sans consentement. Quel droit pour quel juge ? », AJDA, 2013, p153.

327 MONTOURCY V., « Les procédures d'hospitalisation sans consentement », Dossier « Hospitalisation sans consentement », AJ Famille, 2016, p 14.

### **a- Les soins à la demande d'un tiers dite « classique »**

Le tiers agit dans l'intérêt du malade et se substitue à ce dernier incapable de consentir à un moment de sa maladie où la nécessité des soins paraît essentielle. Suite à la demande émanant d'un tiers, l'autorité administrative, seule détentrice de cette prérogative, peut prononcer l'admission en soins sans consentement. En application de l'article L3212-1-II-1° du Code de la santé publique, le tiers demandeur peut être « un membre de la famille du patient, ou toute personne justifiant de relations antérieures avec le patient en demande de soins, qui lui donnent qualité pour agir dans l'intérêt de celui-ci »<sup>328</sup>. Un ami peut avoir la qualité de tiers demandeur s'il atteste de relations antérieures à la demande de soins, ou encore l'assistante sociale, voire le médecin traitant. Toutefois, selon les termes de l'article L3212-1 du Code de la santé publique : « les personnels soignants exerçant dans l'établissement prenant en charge la personne malade » sont exclus. Le curateur ou le tuteur peut être tiers demandeur, en vertu de l'article précité « lorsqu'il remplit les conditions prévues au présent alinéa », soit lorsqu'il est un membre de la famille, soit s'il justifie de relations antérieures. Dans ce cas, il devra fournir « un extrait de jugement de mise sous tutelle ou curatelle, pour attester de l'antériorité de la relation de protection juridique avec le patient »<sup>329</sup>. Par conséquent, la seule qualité de représentant légal ne l'habilite pas à établir une demande de soins, notamment si la désignation par le juge des tutelles s'est faite récemment. Dès lors, le juge dispose d'un pouvoir d'appréciation concernant l'antériorité de ces relations. En ce qui concerne le personnel soignant de l'établissement d'accueil, celui-ci ne peut agir en qualité de tiers demandeur comme le précise l'article L3212-1-II-1° du Code de la santé publique.

En pratique, la question s'est fréquemment posée de savoir si la personne de confiance pouvait être tiers demandeur. Le dispositif de désignation d'une personne de confiance est issu de la loi du 4 mars 2002 et a été renforcé notamment par la loi *Léonetti-Claeys* en date du 2 février 2016<sup>330</sup>. En vertu de l'article L1111-6 du Code de la santé publique, la personne de confiance peut être « un parent, un proche ou le médecin traitant ». Elle est considérée comme une aide à la prise de décision médicale. Cette désignation peut avoir lieu dans le cadre d'une hospitalisation ou à toute autre occasion. Ainsi à la différence de la personne de confiance, un tiers demandeur n'est pas une personne désignée par le patient afin d'agir dans son intérêt. Toutefois, il n'existe aucune interdiction légale à ce que la personne de confiance soit tiers

---

328 Cour de cassation, Chambre civile 1, 18 décembre 2014, n° 13-26816.

329 Article L3212-2 du Code de la santé publique.

330 Loi n° 2016-87 du 2 février 2016 créant de nouveaux droits en faveur des malades et des personnes en fin de vie.

demandeur à des soins psychiatriques notamment si elle répond aux conditions de l'article L3212-1 du Code de la santé publique. De plus, lorsque le médecin contacte un membre de la famille, un curateur ou un tuteur, voire toute personne pouvant justifier de relations antérieures avec la personne malade, cette dernière est libre d'effectuer cette demande de soins psychiatriques. En effet, cette démarche peut engager sa responsabilité personnelle, notamment s'il est démontré ultérieurement que ses intentions à l'égard du patient étaient malveillantes.

De plus, un formalisme spécifique est requis. En l'espèce, le tiers demandeur doit rédiger une demande de soins à destination du directeur de l'établissement. La validation de cette demande est soumise à la réunion de plusieurs mentions obligatoires, précisées à l'article R 3212-1 du Code de la santé publique : « elle doit être manuscrite, signée et datée par le tiers demandeur ». Dans l'hypothèse où la personne qui demande les soins ne peut pas ou ne sait pas rédiger cette lettre, la demande est reçue par le maire, le commissaire de police ou le directeur d'établissement qui en donne acte. En pratique, il arrive fréquemment, que le personnel soignant rédige cette lettre de tiers en lieu et place du tiers demandeur, celle-ci étant toutefois signée et datée par lui. Or, cette pratique interroge d'un point de vue procédural puisque les soignants ne sont pas habilités à rédiger cette demande de soins. Ceci pourrait alors constituer un vice de forme entraînant la levée de la mesure de soins.

La demande doit être accompagnée de deux certificats médicaux datant de moins de quinze jours. A la différence de ceux exigés en soins libres, ces derniers doivent être circonstanciés, c'est à dire attester que l'état clinique du patient impose des soins immédiats et que ses troubles rendent impossible son consentement. Le premier certificat doit émaner d'un médecin extérieur à l'établissement d'accueil qui sera confirmé par la suite par un second certificat pouvant être établi par un médecin exerçant dans l'établissement d'accueil. La dualité des auteurs des certificats permet de garantir une impartialité médicale qui sera le fondement d'une mesure privative de liberté prise par le directeur de l'établissement. De plus, les médecins ont l'obligation de rendre les certificats médicaux lisible pour les patients. Cette obligation prend alors tout son sens lorsque les patients en psychiatrie peuvent avoir une compréhension amoindrie du fait de leur pathologie<sup>331</sup>.

Par ailleurs, toute demande de soins à la demande d'un tiers est soumise à information au représentant de l'Etat et à la CDSP<sup>332</sup>. De plus, le directeur de l'établissement notifie au procureur près du Tribunal judiciaire du lieu de résidence habituelle du patient, et au

---

331 Article R 4127-76 du Code de la santé publique.

332 Article L3212-5 du Code de la santé publique.

procureur du ressort de l'établissement, à la fois les noms, prénoms, profession, résidence habituelle du tiers demandeur et du patient. Sur le fondement de l'article L3212-2 du Code de la santé publique, le directeur a également l'obligation de vérifier l'identité du patient et du tiers avant de prononcer la décision d'admission.

En dernier lieu, la qualité de « tiers demandeur », permet à cette personne de disposer de droits durant l'hospitalisation de la personne malade. Tout d'abord, il a un droit à l'information conformément aux articles L3212-5 et L3211-11-1 du Code de la santé publique. Ainsi, il doit être informé par le directeur d'établissement, de toutes les décisions prises durant l'hospitalisation, telles que les autorisations de sortie non accompagnées de courte durée et le cas échéant des modifications de la prise en charge et de la levée de la mesure. Le tiers demandeur est obligatoirement informé par le greffe du Tribunal judiciaire, de la date de l'audience dans le cadre du contrôle systématique devant le Juge des libertés et de la détention (JLD). Il sera également informé dans l'hypothèse où le patient soumet au JLD un recours facultatif aux fins de mainlevées de l'hospitalisation.

Conformément à l'article L3211-3 du Code de la santé publique, d'autres droits lui sont reconnus pouvant alors être exercés tout au long de la prise en charge du patient dès lors qu'il agit dans son intérêt. D'une part, il a la possibilité de communiquer avec les autorités administratives et judiciaires, telles que le représentant de l'État, le procureur de la République et le président du Tribunal judiciaire. Il dispose aussi de la faculté de communiquer et de saisir diverses commissions, telles que la CDU, la CDSP ainsi que le CGLPL, s'il estime nécessaire de les informer sur une situation préoccupante relative à la prise en charge du patient. D'autre part, il peut demander à consulter le règlement intérieur de l'établissement prenant en charge le patient et bénéficier des explications afférentes. Tout comme le patient hospitalisé, le tiers peut s'il le souhaite prendre conseil auprès d'un avocat ou d'un médecin de son choix. Par ailleurs, cette tierce personne a un rôle de protecteur des libertés individuelles du patient hospitalisé. En vertu de l'article L3211-12 du Code de la santé publique, il dispose également de la faculté de saisir le JLD pour examiner une demande de levée de la mesure, s'il estime que celle-ci porte atteinte aux libertés individuelles du patient. Il convient de préciser que le tiers peut être entendu par le juge lors de l'audience<sup>333</sup> et par la suite, il recevra la notification de l'ordonnance établie par le JLD.

Le tiers dispose de la faculté de demander la levée des soins au directeur mais ce dernier n'est pas lié par cette sollicitation notamment « si un certificat médical d'un psychiatre datant de moins de vingt-quatre heures, atteste que l'arrêt des soins entraînerait un péril imminent pour

---

333 Article L3211-12-2 du Code de la santé publique.



la santé du patient »<sup>334</sup>. Dans ce cas, le directeur de l'établissement de santé, informe la personne de son refus par écrit et lui indique les voies de recours dont elle dispose, notamment la possibilité de saisir le JLD pour demander la levée de la mesure en vertu de l'article L3211-12 du Code de la santé publique.

En cas d'urgence, il est également possible de mettre en œuvre des soins à la demande d'un tiers.

### **b- Les soins à la demande d'un tiers en urgence**

Au-delà des conditions de fond similaires à une admission en soins à la demande d'un tiers « classique », un critère supplémentaire relatif à l'état de santé du patient est requis : l'urgence. La jurisprudence administrative a précisé progressivement les contours de cette notion. Ainsi, une réelle mise en danger du patient tel qu'un risque suicidaire élevé<sup>335</sup> ou un risque d'atteinte potentielle à autrui, voire des délires persécutifs sévères<sup>336</sup> pouvaient constituer une urgence à la délivrance de soins psychiatriques. Selon le législateur, cette urgence est définie à l'article L3212-3 du Code de la santé publique comme un « risque grave d'atteinte à l'intégrité du malade ». De ce fait, à la différence d'une admission en soins libres ou d'une admission en soins à la demande d'un tiers classique, l'état clinique du patient, nécessite une admission imminente en soins psychiatriques. Tout l'enjeu est d'alléger le formalisme de l'admission, afin de le protéger au plus vite<sup>337</sup>.

Le formalisme de cette demande d'un tiers est similaire à celle vue précédemment. Toutefois, au regard de l'état de santé de la personne malade et à titre exceptionnel, un seul certificat médical suffit, pour que le directeur prononce cette admission. Celui-ci peut émaner d'un médecin exerçant dans l'établissement d'accueil.

Il convient à présent d'envisager l'admission en péril imminent.

### ***2- L'admission en cas de péril imminent, en l'absence de tiers***

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 introduit une nouvelle modalité de soins sans consentement, sur décision du directeur d'établissement, dans l'hypothèse d'un état de péril imminent (a) avec des règles procédurales allégées (b).

---

334 Article L3212-9 du Code de la santé publique.

335 CAA de Nantes, 29 septembre 2009, *M. X. contre Centre hospitalier de Laval*, n°08NT03472.

336 CAA de Versailles, 2 décembre 2008, *Mme X. contre centre hospitalier de Versailles*, n°04VE00589.

337 Article L3212-3 du Code de la santé publique.

## a- La condition d'état de péril imminent sur décision du directeur

Ce nouveau mode d'admission en soins sans consentement représente en 2017, 21% des soins sans consentement<sup>338</sup>. Il est envisagé, selon l'article L3212-1 II alinéa 2 du Code de la santé publique, lorsqu'il existe « un péril imminent pour la santé de la personne » et qu'il paraît impossible d'obtenir une demande de tiers, dans un contexte d'urgence. Cet obstacle à la recherche d'un tiers demandeur, peut résulter comme le souligne Cécile Castaing : « soit de l'isolement social du patient, soit des réticences de la famille pour assumer la responsabilité d'une demande d'admission sous contrainte »<sup>339</sup>. En effet, Olivier Dupuy précise que ce mode d'admission favorise l'accès aux soins psychiatriques de personnes désocialisées, voire isolées<sup>340</sup>. Cependant, dans l'hypothèse où le patient est entouré, il est possible qu'aucun proche ou parent ne veuille ou ne puisse assumer ce rôle de tiers et dès lors, ne formule pas de demande de soins psychiatriques. Dans ce cas, le directeur de l'établissement, prononce une admission en soins psychiatriques pour péril imminent. Les conditions de fond relatives à l'état de santé du patient, reconnues pour les soins à la demande d'un tiers et les soins à la demande d'un tiers en urgence, doivent également être réunies.

Le directeur d'établissement a donc l'obligation de vérifier que les conditions cumulatives prévues par le législateur sont réunies au sein de ce certificat médical, afin de prononcer une admission régulière. A défaut, cette mesure de soins peut être levée par le JLD<sup>341</sup>. Conformément à l'article L3215-2 du Code de la santé publique, l'autorité administrative peut être réprimée pénalement, si elle admet un patient en soins pour péril imminent « sans disposer du certificat médical prévu par la loi ». Pour Éric Péchillon, le législateur a souhaité à travers cette disposition : « responsabiliser l'autorité administrative à l'origine d'une décision individuelle privative de liberté, en lui signifiant que la condition d'état de péril imminent, est indispensable pour hospitaliser une personne sans tiers

---

338 COLDEFY M., FERNANDES S., LAPALUS D., « *Les soins sans consentement en psychiatrie : bilan après quatre années de mise en œuvre de la loi du 5 juillet 2011* », Questions d'économie de la santé n°222, février 2017, p 4.

339 CASTAING C., « Pouvoir administratif versus pouvoir médical ? », AJDA, 2011, p 2055.

340 DUPUY O., *Droit et psychiatrie. La réforme du 5 juillet 2011 expliquée*, HDF, 2011, p 30.

COLDEFY M., FERNANDES S., LAPALUS D., *op. cit.*, p 1.

GOBILLOT C., CLAUDEL H., « Admission en soins psychiatriques en cas de péril imminent (SPPI) : une solution de facilité ? », L'information psychiatrique, 2015, volume 91, n°4, avril 2015, p 339 - 347.

341 Autrefois, cette mesure de SPI a pu être jugée irrégulière par le juge administratif, tel a été le cas pour l'affaire suivante : CAA de Lyon, 20 avril 2006, *Centre hospitalier spécialisé Le Valmont*, n°01LY02558.

demandeur »<sup>342</sup>. Une fois la vérification des conditions réalisée, le directeur de l'établissement d'accueil a l'obligation de confirmer l'identité du patient avant toute admission conformément à l'article L3212-2 du Code de la santé publique. Or, dans certaines situations, il est impossible de connaître l'identité du patient arrivant sans papiers, ou encore un patient étranger entrant directement aux urgences après avoir réalisé un voyage pathologique par exemple. Ces hypothèses peuvent entraîner des difficultés pour prononcer l'admission sur décision du directeur d'établissement.

Le directeur a également l'obligation « d'informer un proche, un parent, la personne chargée de la protection juridique ou à défaut toute personne susceptible d'agir dans l'intérêt du patient »<sup>343</sup>. Il convient de préciser que la personne contactée ne devient pas tiers demandeur. Les dispositions ne prévoient pas d'exception à cette obligation d'information, le directeur dispose donc d'un « délai de vingt-quatre heures, sauf circonstances particulières »<sup>344</sup>. Une telle information, permet en effet une saisine du JLD, si la personne contactée, estime la mesure injustifiée ou irrégulière. La Cour de cassation a dû se prononcer dans une affaire dans laquelle le directeur n'a pas contacté les proches d'une patiente<sup>345</sup>. Cette absence d'information de la part du directeur de l'établissement de santé, porte atteinte aux droits du patient, entraînant ainsi, la mainlevée de la mesure de soins.

En pratique, l'équipe soignante ou le bureau des entrées tentent de prendre contact avec un proche du patient hospitalisé. Ils doivent cependant rester vigilants car ils n'ont pas connaissance des relations qui unissent le patient et la personne contactée.

Après avoir prononcé l'admission, le directeur a l'obligation d'avertir sans délai, le représentant de l'Etat, la CDSP et le procureur de la République. Une telle information des autorités extérieures, permet de garantir une transparence comme le souligne Eric Péchillon, vis à vis de ce type d'admission<sup>346</sup>.

---

342 PECHILLON E., « Hospitalisation d'un patient en état de péril imminent : comment trouver l'équilibre entre protection des droits du justiciable et respect de la vie privée de la personne hospitalisée ? », RDS, n°70, mars 2016, p 314.

343 Cour de cassation, Chambre civile 1, 18 décembre 2014, n°13-28616.

344 Article L3212-1 II 2° alinéa 2 du Code de la santé publique.

345 TGI Rennes, 5 janvier 2016, *Madame X contre CH Guillaume Régnier*, n°16/00011.

346 Article L3212-5 du Code de la santé publique.

PECHILLON E., « Hospitalisation d'un patient en état de péril imminent : comment trouver l'équilibre entre protection des droits du justiciable et respect de la vie privée de la personne hospitalisée ? », RDS, n°70, mars 2016, p314.

## **b- Une procédure médicale allégée**

L'existence du péril imminent doit être constatée dans un seul certificat médical circonstancié. Ce dernier émane d'un médecin psychiatre n'exerçant pas dans l'établissement d'accueil<sup>347</sup>. Le législateur impose alors que celui-ci explicite clairement les spécificités de la pathologie et les risques de péril imminent<sup>348</sup>.

L'allègement procédural est justifié par la nécessité de protéger le patient en raison de la gravité de ses troubles et de la nécessité de recevoir des soins immédiats. Le recours à cette mesure de soins est en constante augmentation<sup>349</sup>. En effet, le critère du péril imminent permet d'outrepasser le consentement du patient, sans rechercher de tiers dans l'immédiateté<sup>350</sup>.

Le directeur de l'établissement de santé n'est pas la seule autorité administrative à pouvoir prononcer une mesure de soins sans consentement. Le représentant de l'État dispose de prérogatives similaires à des fins sécuritaires.

## **B- La décision du représentant de l'État à des fins de protection de la société et de l'ordre public**

Sous l'empire de la loi *Esquirol*, l'intervention du préfet en soins psychiatriques se justifiait par le fait que le patient souffrant de troubles mentaux, était considéré constamment comme une menace pour l'ordre public<sup>351</sup>. Le rôle bien spécifique du représentant de l'État dans cette procédure de soins sans consentement a perduré. En effet, le préfet est considéré comme « le garant de la sécurité publique, de la protection des populations, sur le ressort de son

---

347 Article L3212-1 II alinéa 2 du Code de la santé publique.

348 DUPONT M., LAGUERRE A., VOLPE A., « 8. Les soins à la demande d'un tiers ou en cas de péril imminent », *Soins sans consentement en psychiatrie. Comprendre pour bien traiter*, Presses de l'EHESP, 2015, p 243-272.

HAS, Rapport d'élaboration « Aide à la rédaction des certificats et avis médicaux dans le cadre des soins psychiatriques sans consentement d'une personne majeure à l'issue de la période d'observation de 72 heures », mars 2018, p 32.

349 21 281 patients ont fait l'objet de cette mesure en 2020.

Site internet de l'ATIH : [https://www.scansante.fr/applications/rme-psy-agregats/submit?tab=exp&\\_program=snatpsy.psy\\_agreg\\_focus\\_drupal.sas&id\\_rgp=rgp\\_431063&focus=11](https://www.scansante.fr/applications/rme-psy-agregats/submit?tab=exp&_program=snatpsy.psy_agreg_focus_drupal.sas&id_rgp=rgp_431063&focus=11)

350 DUPONT M., LAGUERRE A., VOLPE A., *op. cit.*

351 LUNEL A., « La loi de 1838 : ordre public ou offre de soins ? », Actes et séminaires sous la direction Alexandre LUNEL, « *Folie et déraison* » : regards croisés sur l'évolution juridique des soins psychiatriques en France, Pouvoir, santé et société, LEH édition, 2015, p 111- 122.

LUNEL A., *Le fou, son médecin et la société. La folie à l'épreuve du droit de l'Antiquité à nos jours*, LEH Edition, 2019, p 107-126.

département »<sup>352</sup>. Les modalités d'admission sur décision du préfet font apparaître une finalité sécuritaire (1). L'intervention du représentant de l'Etat est également requise à la suite d'une déclaration de responsabilité pénale d'une personne nécessitant une admission en soins psychiatriques (2).

### ***1 - L'admission sur décision du représentant de l'État***

Il existe une procédure de droit commun (a) et une procédure d'urgence (b).

#### **a - La procédure de droit commun**

Selon l'article L3213-1 du Code de la santé publique, cette modalité de soins vise les patients « dont les troubles mentaux nécessitent des soins et compromettent la sûreté des personnes ou portent atteinte, de façon grave, à l'ordre public ».

Le préfet de département ne peut prononcer cette modalité de soins que sur le fondement d'un certificat médical circonstancié ne pouvant émaner d'un psychiatre exerçant dans l'établissement d'accueil. Celui-ci détaille précisément les motifs médicaux et les circonstances justifiant la nécessité des soins immédiats tout en précisant que ces troubles compromettent de façon grave la sécurité des personnes et de l'ordre public<sup>353</sup>.

En ce qui concerne l'auteur du certificat médical, dans un arrêt rendu le 9 juin 2010, le Conseil d'Etat souligne que : « le certificat médical peut être délivré par un médecin non-psychiatre de l'établissement d'accueil, ou par un médecin extérieur à cet établissement »<sup>354</sup>. Dans le même sens, la Cour de cassation a jugé qu'un médecin généraliste était compétent pour établir un certificat médical circonstancié voire un médecin urgentiste<sup>355</sup>. De ce fait, en application de ce syllogisme, Jean-Marc Panfili précise : « qu'un médecin non-psychiatre dispose des mêmes prérogatives qu'un confrère spécialisé en psychiatrie, puisque l'établissement d'un certificat médical par l'un ou l'autre peut produire les mêmes

---

352 BERQUE B., « Le cadre de l'intervention du représentant de l'État », Soins et privation de liberté, Actes du colloque du 4 avril 2014, LGDJ, p 173.

MONTOURCY V., « Les procédures d'hospitalisation sans consentement », *Dossier « Hospitalisation sans consentement »*, AJ Famille, 2016, p 14.

353 Conformément à l'article R3213-3 al.1 du Code de la santé publique relatif au formalisme attendu pour une admission en soins psychiatriques sur décision du représentant de l'Etat, ce certificat médical doit être « précis, motivé et dactylographié ».

354 Conseil d'Etat, 9 juin 2010, Pierre A. contre préfet de la Meuse, n° 321506.

355 Cour de cassation, Chambre civile 1, 11 juillet 2019, n°19-14.672.  
Cour de cassation, Chambre civile 1, 15 juin 2017, n°17-50006.

conséquences pour un patient dans ce type de procédure »<sup>356</sup>. Or en principe, un médecin généraliste prenant en charge un patient, fait le plus souvent appel à un psychiatre pour un avis spécialisé et si besoin obtenir une indication à l'hospitalisation complète.

Ceci interroge en termes de protection et génère de l'incompréhension puisque pour l'admission en soins à la demande d'un tiers, il est requis un premier certificat médical provenant d'un médecin n'exerçant pas dans l'établissement d'accueil afin d'éviter tout conflit d'intérêt. A la différence pour les soins à la demande du représentant de l'Etat, un seul certificat médical circonstancié pouvant émaner de tout médecin autre qu'un psychiatre exerçant dans l'établissement d'accueil est admis. Cette distinction procédurale est également soulignée par Cécile Castaing, qui énonce que lorsque la finalité de la mesure de soins sans consentement est sécuritaire, ceci justifie un « allègement des garanties procédurales »<sup>357</sup>.

Au regard de ces informations médicales, l'autorité préfectorale du département, prend un arrêté qui a pour effet de prononcer son admission en soins psychiatriques. Il doit être précisément motivé<sup>358</sup>, désigner l'établissement de santé qui accueillera le patient et notifié. Par une décision du 9 décembre 2001, le Conseil d'Etat avait estimé que lors de la notification, l'arrêté devait être accompagné du certificat médical afin que le patient dispose de tous les éléments ayant motivés cette décision<sup>359</sup>. La Cour de cassation a confirmé la nécessité de notifier au patient toutes les décisions le concernant par une décision du 15 avril 2015<sup>360</sup>.

Le représentant de l'Etat peut aussi intervenir au titre d'une procédure d'urgence.

## **b - La procédure d'urgence**

A la différence de la procédure de droit commun, elle peut être déclenchée dans des circonstances particulières. Au-delà des conditions de fond requises pour prononcer des soins à la demande du

---

356 PANFILI J-M, « L'hospitalisation en soins sans consentement des détenus atteints de troubles mentaux : un dispositif incertain et controversé », Droit, déontologie et soins n°1, mars 2013, éditions Elsevier Masson, p 9-15.

357 CASTAING C., « Pouvoir administratif versus pouvoir médical ? », AJDA, 2011, p 2055.

358 La motivation des arrêtés préfectoraux est obligatoire.

Loi n° 79-587 du 11 juillet 1979 relative à la motivation des actes administratifs et à l'amélioration des relations entre l'administration et le public.

Loi n°2000-321 du 12 avril 2000 relative aux droits des citoyens dans leurs relations avec les administrations.

359 Conseil d'Etat, 9 novembre 2001, X., n°235247.

En vertu de l'article L 3213-9 du CSP, le préfet a l'obligation d'avertir de toute décision d'admission, de maintien, de modification ou de levée de la mesure, le procureur de la République, les membres de la famille du patient ou la personne chargée de la protection juridique, la CDSP, le maire de la commune où est implanté l'établissement ainsi que le maire de la commune où réside le patient.

360 Cour de cassation, Chambre civile 1, 15 avril 2015, n°14-13739.

représentant de l'Etat classique, le maire, ou à Paris, les commissaires de police disposent en vertu de l'article L3213-2 du Code de la santé publique, du pouvoir de prendre à l'égard des personnes, dont le comportement révèle des troubles mentaux manifestes, toutes les mesures provisoires nécessaires. Plusieurs conditions doivent au préalable être réunies : « des troubles mentaux manifestes et un danger imminent pour la sûreté des personnes »<sup>361</sup>. En effet, le maire de la commune en tant qu'autorité administrative, doit garantir la sécurité publique et prévenir les risques d'atteinte à la sécurité des personnes. Il a donc compétence pour prendre toutes les décisions individuelles indispensables à la préservation de l'ordre public, sur le territoire de sa commune et peut donc prononcer une admission en soins psychiatriques provisoire.

Dans le cas spécifique de la ville de Paris, « le commissaire de police est habilité à prendre ces mesures provisoires, sous l'autorité de la ville de Paris, représentée par le préfet de police »<sup>362</sup>. En effet, à la différence des autres communes, à Paris, les pouvoirs du maire sont exercés par le préfet de police et les commissaires. Ainsi, le commissaire de police peut envoyer une personne interpellée pour un motif d'ordre public à l'Infirmierie psychiatrique près la préfecture de police (IPPP ou I3P) pour une évaluation psychiatrique d'urgence<sup>363</sup>.

Dans tous les cas, que ce soit le maire, ou à Paris, le commissaire de police, « un avis médical circonstancié doit attester des troubles mentaux de la personne nécessitant des soins et présentant un danger imminent pour la sûreté des personnes ou pour l'ordre public »<sup>364</sup>. Auparavant il était possible d'invoquer la « notoriété publique »<sup>365</sup> pour justifier le danger

---

361 Article L3213-2 du Code de la santé publique,

362 Assemblée nationale, Rapport d'information, en conclusion des travaux de la mission d'évaluation de la loi n° 2013-869 du 27 septembre 2013 modifiant certaines dispositions issues de la loi n° 2011-803 du 5 juillet 2011 relative aux droits et à la protection des personnes faisant l'objet de soins psychiatriques et aux modalités de leur prise en charge, 15 février 2017.

363 En application de l'article 73 de la loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé, le Gouvernement était tenu de présenter au Parlement, dans un délai de six mois à compter de la promulgation de cette loi, un rapport sur l'évolution de l'organisation de l'IPPP pour sa mise en conformité avec le régime de protection des personnes présentant des troubles psychiques et relevant de soins psychiatriques sans consentement.

THERON S., « Réflexions autour d'une institution singulière : l'Infirmierie psychiatrique de la Préfecture de police de Paris », RDSS, 2009, volume 6, p 1061-1074.

L'Assemblée nationale n'ayant pas eu communication de ce rapport dans les délais impartis par la loi, la mission l'a demandé au Gouvernement qui, à défaut de transmettre à l'Assemblée ledit rapport en bonne et due forme, a néanmoins fourni aux rapporteurs un document, transmis au ministère de l'intérieur par la Préfecture de police en juin 2016, intitulé « Éléments pour le rapport au Parlement relatif à l'évolution de l'organisation de l'infirmierie psychiatrique près la préfecture de police de Paris ». L'IPPP n'est pas un établissement autorisé en psychiatrie au sens du code de la santé publique.

FESSARD L., « L'inamovible infirmerie psy de la préfecture de police de Paris », Médiapart, 3 novembre 2013.

364 Article L3213-2 du Code de la santé publique.

365 Pour une définition de la « notoriété publique » pouvant justifier une admission en soins psychiatriques il convient de se référer aux arrêts suivants :

Conseil d'Etat, 11 mars 1996, *Mme C.*, requête n°164453.

Conseil d'Etat, 3 juin 1998, *Mme B.*, requête n°124281.

imminent de la personne souffrant de troubles psychiatriques. Or ce motif a fait l'objet de vives critiques, comme le précise Cécile Castaing, puisqu'un maire avait la possibilité de prononcer une mesure de soins psychiatriques sans consentement « en dehors de toute considération médicale et présentait donc un fort risque d'arbitraire »<sup>366</sup>. Dans ce contexte, le Conseil constitutionnel lors d'une QPC en date du 6 octobre 2011 a précisé qu'il n'est plus possible de se fonder sur la « notoriété publique » pour établir l'existence d'un danger imminent justifiant une mesure de soins sans consentement <sup>367</sup>.

Concernant la production d'un avis médical circonstancié sur la base duquel le maire prend un arrêté municipal provisoire d'admission en soins, le juge constitutionnel a estimé que le simple « avis médical » est conforme à la Constitution, puisque cette admission correspond aux hypothèses « d'urgence particulière et manifeste ». L'avis médical peut émaner de tout médecin qui peut se fonder sur les antécédents du patient, les circonstances de l'espèce ou encore des témoignages extérieurs. De ce fait, il n'existe aucune obligation de réaliser un entretien médical qui conduirait à la rédaction d'un certificat médical. Le maire devra démontrer dans son arrêté que « le comportement de la personne dont il demande l'admission, impose une mesure privative de liberté, car elle expose soit les tiers à un risque grave pour leur vie ou leur intégrité, soit un trouble à l'ordre public d'une particulière intensité ». Conformément à l'article L3213-2 du Code de la santé publique, le maire doit en référer au représentant de l'Etat du département dans un délai de vingt-quatre heures. Ce dernier doit édicter « dans les vingt-quatre heures suivantes un arrêté préfectoral prononçant une mesure d'admission en soins sans consentement ». Le non-respect de ce délai de quarante-huit heures entraîne la caducité de la mesure provisoire.

Dans le même sens, lorsque les personnes sont atteintes au moment de la commission d'une infraction d'un trouble mental, un régime spécifique d'admission en soins psychiatriques est prévu, ayant parfois une finalité plus sécuritaire que sanitaire.

## ***2- L'admission sur décision du représentant de l'État à la suite d'une décision judiciaire***

Contrairement aux autres modes d'admission en soins sans consentement, celui-ci concerne spécifiquement les personnes déclarées pénalement irresponsables sur le fondement de l'article 122-1 du Code Pénal. Cet article opère une différence entre l'abolition et l'altération

---

Cour de cassation, Chambre civile 1, 3 avril 2007, n°06-12.235.

366 CASTAING C., « Pouvoir administratif versus pouvoir médical ? », AJDA, 2011, p2055.

367 Conseil Constitutionnel, 6 juillet 2011, *Mme Oriette P.*, n°11-40-027.



du discernement de la personne au moment de la commission de l'infraction<sup>368</sup>. Celle-ci entraîne des conséquences juridiques distinctes<sup>369</sup>.

En premier lieu, lorsqu'il s'agit d'une personne qui au moment du passage à l'acte était inconsciente, des conséquences de son acte du fait de sa pathologie psychiatrique, une expertise psychiatrique pourra reconnaître une abolition du discernement. Dès lors, elle sera reconnue irresponsable et l'autorité judiciaire pourra prononcer à son encontre une mesure de sûreté dont l'admission en soins psychiatriques<sup>370</sup>. En second lieu, les personnes dont le discernement n'a été qu'altéré restent pénalement responsables, mais cette altération est prise en compte dans la détermination de la peine<sup>371</sup>. Elle pourra toutefois faire l'objet d'un suivi psychiatrique lors de son incarcération, voire d'une hospitalisation si son état de santé le nécessite ou devient incompatible avec la détention.

Lorsque les troubles mentaux ont conduit à la reconnaissance d'une irresponsabilité pénale, deux modes d'admission distincts sont envisageables à leur égard : soit sur décision du préfet après saisine de l'autorité judiciaire (a), soit sur décision de l'autorité judiciaire (b).

#### **a- Une décision du préfet sur saisine de l'autorité judiciaire**

Les autorités judiciaires peuvent demander l'hospitalisation complète d'une personne ayant bénéficié, sur le fondement de l'article 122-1 alinéa 1 du Code pénal, d'un classement sans suite ou d'une décision d'irresponsabilité pénale pour cause de trouble mental. Cela suppose que les troubles psychiatriques de la personne nécessitent des soins et compromettent la sûreté des personnes ou portent atteinte de façon grave à l'ordre public<sup>372</sup>.

Pour cela, les autorités judiciaires avisent la CDSJ ainsi que le représentant de l'État dans le département qui ordonne sans délai la production d'un certificat médical circonstancié portant

---

368 Article 122-1 du Code pénal.

Voir en ce sens PANFILI J-M., thèse, *op. cit.*, p 46 à 57.

Voir également PERRAULT C., « Abolition et altération du discernement (au sens de l'article 122-1 du Code pénal) : quelles définitions, quels diagnostics psychiatriques ? », Université Toulouse III – Paul Sabatier, 2013.

369 GARCIA M., « Réflexions critiques sur les notions d'abolition et d'altération de la faculté à discerner », *Médecine & Droit*, 2021, n°167, p 25-29.

MAHE V., « Auteurs d'infractions dont le discernement était altéré ou aboli au sens de l'article 122-1 du Code pénal : étude descriptive sur 180 sujets », *Revue de médecine légale*, 2015, volume 6, n° 2, p 70-77.

370 Création de cette mesure de sûreté depuis la loi n° 2008-174 du 25 février 2008 relative à la rétention de sûreté et à la déclaration d'irresponsabilité pénale pour cause de trouble mental.

RAOUL-CORMEIL G., ROUX-DEMARE F-X., « Personne pénalement irresponsable : mesure de soins psychiatriques et procédure de révision », *Semaine juridique*, 2020, n°42 p 1821-1825.

371 Loi n° 2014-896 du 15 août 2014 relative à l'individualisation des peines et renforçant l'efficacité des sanctions pénales.

372 MENABE C., « L'irresponsabilité pénale pour cause de trouble mental », *Actualité juridique pénal*, 2018, n° 11 p 488-490.

sur l'état actuel du malade. Au vu de celui-ci, le représentant de l'Etat peut prononcer l'admission en soins psychiatriques dans les conditions définies à l'article L3213-1 du Code de la santé publique. Toutefois, si la personne concernée fait déjà l'objet d'une mesure de soins psychiatriques en application du même article, la production de ce certificat n'est pas requise pour modifier le fondement de la mesure en cours<sup>373</sup>.

## **b - Une décision de l'autorité judiciaire**

Cette mesure peut être prononcée par « décision motivée de la chambre de l'instruction ou de la juridiction ayant prononcé une décision d'irresponsabilité pénale pour cause de trouble mental, s'il est établi, par une expertise psychiatrique figurant au dossier de la procédure, que les troubles mentaux de la personne nécessitent des soins et compromettent la sûreté des personnes ou portent atteinte, de façon grave à l'ordre public »<sup>374</sup>.

A la différence des autres modes d'admission précités, la décision d'admission revient à l'autorité judiciaire et le préfet dans le département est alors immédiatement avisé de la décision. Le régime de cette hospitalisation est celui prévu pour les admissions en soins psychiatriques prononcées en application de l'article L3213-1 du Code de la santé publique<sup>375</sup>. La finalité de cette hospitalisation psychiatrique est de protéger la personne ayant besoin de soins, en évitant une incarcération qui pourrait potentiellement accentuer les troubles et dégrader l'état clinique du patient. Cette modalité de soins est pourtant vécue chez certains patients comme une double peine car les soins peuvent être d'une durée plus importante que la peine qui aurait été requise.

L'irresponsabilité pénale n'a en effet pas de durée déterminée. Les patients déclarés irresponsables pénaux peuvent rester des dizaines d'années au sein des unités de psychiatrie générale alors que l'hôpital ne peut être considéré comme un lieu de privation de liberté. De plus, la prise en charge de ces patients dits « 122-1 » ou « bed-blocker », conduit les psychiatres à proposer un accompagnement spécifique. A ce titre, il existe des Centres ressources pour les intervenants auprès des auteurs de violences sexuelles (CRIA VS) qui propose une aide aux équipes prenant en charge ces personnes fréquemment déclarées irresponsables pénalement<sup>376</sup>.

---

373 Article L3213-7 du Code de la santé publique.

374 Article 706-135 du Code de procédure pénale.

Voir en ce sens : LECA A., « Folie et déraison » : regards croisés sur l'évolution juridique des soins psychiatriques en France, *Pouvoir, santé et société*, sous la direction de Alexandre LUNEL, LEH édition, 2015, p 15-36.

375 Article 706-135 du Code de procédure pénale.

376 Site internet du CRIA VS : [https://www.ffcriavs.org/nous\\_contacter/votre-criavs/](https://www.ffcriavs.org/nous_contacter/votre-criavs/)

Enfin, si le corps médical ne demande pas une levée de l'hospitalisation<sup>377</sup>, l'autorité judiciaire dispose d'un pouvoir exorbitant en la matière puisqu'elle peut hospitaliser une personne à durée indéterminée dès lors qu'elle ne peut répondre de ses actes au regard de la loi<sup>378</sup>.

Une récente affaire a relancé le débat sur la reconnaissance de l'irresponsabilité pénale<sup>379</sup>. Depuis, une loi a été adoptée afin de faire évoluer le dispositif législatif sur ce sujet<sup>380</sup>.

La distinction entre le régime des soins libres et des soins sans consentement a des conséquences quant à la protection du patient en soins sans consentement.

## **Section 2- Les manifestations d'une protection différenciée : un régime spécifique des soins sans consentement**

Les soins sans consentement conduisent à un aménagement dans l'exercice des droits et libertés pour des raisons médicales et sécuritaires (§1). De plus, la mise en œuvre de cette mesure implique un contrôle médical<sup>381</sup> et judiciaire renforcé durant toute sa durée (§2).

---

377 Article L 3213-8 du Code de la santé publique.

378 LAFAYE C., LANCELEVEE C., PROTAIS C., « L'irresponsabilité pénale au prisme des représentations sociales de la folie et de la responsabilité des personnes souffrant de troubles mentaux », HAL, 2 mars 2017, p 91.

BICHET C., MONCANY A-H., « Le psychiatre face à l'irresponsabilité pénale pour trouble mental : concepts, enjeux, perspectives », L'information psychiatrique, 2022, volume 98, n°2, p 99-106.

379 Assemblée nationale, Mission « flash » sur l'application de l'article 122-1 du code pénal., sous la direction de MOUTCHOU N. et SAVIGNAT A., 2021, p 17.

Ministère de la Justice, Mission sur l'irresponsabilité pénale, sous la direction RAIMBOURG D. et HOUILLOIN P., 2021, p 62.

<http://www.santementale.fr/2021/04/un-rapport-sur-lirresponsabilite-penale-pour-un-projet-de-loi-fin-mai/>  
ASCENSI L., « Les transformations de l'irresponsabilité pénale pour cause de trouble mental », Actualité juridique pénal, 2021, n°10, p 452-454.

BOUCHARD J-P., « Irresponsabilité et responsabilité pénales : faut-il réformer l'article 122-1 du Code pénal français ? », Annales médico-psychologiques, 2018, volume 176, n°4, p 421-424.

380 Loi n° 2022-52 du 24 janvier 2022 relative à la responsabilité pénale et à la sécurité intérieure.

Voir DAVID M., MONTET I., « L'irresponsabilité pénale sous le coup de la « légifémotion », L'information psychiatrique, 2022, n°1, volume 98, p 13-18.

PENOCHET J-C., MONTET I., « Réforme de l'irresponsabilité pénale pour troubles mentaux : entretien avec Jean-Claude Pénocet », L'information psychiatrique, 2022, n°1, volume 98, p19-25.

381 PANFILI J-M., thèse *op.cit.*, p 223.

## **§1- Un exercice singulier des droits en soins sans consentement**

Ce régime de soins implique une limitation de la liberté individuelle<sup>382</sup> (A). De plus, les droits et libertés reconnus au patient hospitalisé sont également affectés et peuvent être aménagés selon la nature de la prise en charge et l'évolution de l'état clinique (B).

### **A- Une restriction de la liberté d'aller et venir**

La mise en œuvre d'une hospitalisation complète sans consentement conduit à une restriction de la liberté d'aller et venir reconnue spécifiquement par le législateur à des fins de protection<sup>383</sup> (1). Il est important d'aborder sous cet angle la mise en œuvre des mesures d'isolement et de contention restrictives (2).

#### ***1- Une limitation à des fins de protection du patient***

Au sein d'une unité de soins, le patient admis en soins sans consentement peut voir sa liberté d'aller et venir plus ou moins limitée lors d'un placement en zone fermable, zone de soins modulable, selon l'évolution de son état de santé (a). De plus, à des fins de protection, les professionnels de santé peuvent réguler l'exercice de cette liberté par le biais des sorties accompagnées ou non accompagnées (b).

#### **a- Les zones fermables**

Il arrive fréquemment qu'en pratique un patient hospitalisé en soins sans consentement soit placé lors de son arrivée dans le service des urgences, ou dans une unité de soins, dans une

---

382 Pour la Cour de cassation, l'entrave à la liberté individuelle réside essentiellement dans l'atteinte à la liberté de circulation, Cette analyse est conforme à celle développée par le Conseil constitutionnel à propos de l'article 66 de la Constitution. Depuis sa décision du 16 juin 1999, la garantie de la liberté individuelle concerne toutes les mesures d'enfermement, y compris les hospitalisations en soins sans consentement.

BIOY X., *Droits fondamentaux et libertés publiques*, LGDJ, 6ème édition, 2020, p 635 et suivantes.

LOUVEL B., « L'autorité judiciaire, gardienne de la liberté individuelle ou des libertés individuelles ? Réflexion à l'occasion de la rencontre annuelle des premiers présidents de cour d'appel et de la Cour de cassation », Février 2016.

383 Pour rappel, la liberté d'aller et venir est protégée par de multiples sources dont l'article 66 de la Constitution du 4 octobre 1958 : « Nul ne peut être arbitrairement détenu. L'autorité judiciaire, gardienne de la liberté individuelle, assure le respect de ce principe dans les conditions prévues par la loi. »

zone dite « fermée » ou « fermable ». Ces zones sont strictement réservées à l'accueil des patients hospitalisés en soins sans consentement.

Une succession de circulaires précisent que des établissements délivrant des soins sans consentement peuvent disposer d'unités ou de zones fermables pouvant accueillir uniquement des patients en soins sans consentement<sup>384</sup>. Mais un placement dans une telle structure doit être apprécié en fonction des circonstances, médicalement justifié, limité dans le temps et réévalué quotidiennement. En aucun cas, une admission dans cette zone ne peut relever d'une commodité de service. Toutefois, il n'existe à ce jour aucun cadre juridique précis venant définir les modalités d'admission et le fonctionnement de ces zones qui sont pourtant fortement répandues sur le territoire national<sup>385</sup>. En effet, selon les établissements et même au sein des pôles d'un même établissement, les zones fermables ont des fonctionnements et des pratiques soignantes disparates imposant des règles de circulation plus ou moins strictes : dans certaines d'entre elles, tous les patients peuvent circuler librement, alors que pour d'autres, la circulation d'un patient est autorisée uniquement avec l'accompagnement d'au moins un soignant. Cependant, quel que soit le mode de fonctionnement de la zone fermable, il existe une gradation du cadre thérapeutique selon l'évolution de l'état clinique du patient. La zone fermable permet ainsi de moduler et donc d'individualiser la prise en charge.

Au-delà de l'organisation de cette dernière, s'ajoute les différents modes d'utilisation des chambres « fermables » qui s'y trouvent. Ainsi, leur usage est variable : soit le mode ouvert, le mode fermé ou encore le mode fermable. Cette diversité dépend bien souvent des usages de chaque service et du sens thérapeutique que chaque équipe donne à la finalité de la zone fermable. Ces disparités sont constitutives d'une rupture d'égalité de traitement entre patients.

---

384 Circulaire n°48 DGS/SP3 du 19 juillet 1993 portant sur le rappel des principes relatifs à l'accueil et aux modalités de séjours des malades hospitalisés pour troubles mentaux rappelle que « Si le placement d'un patient au sein d'une unité fermée peut se révéler indispensable dans certaines circonstances, ces circonstances doivent être exactement appréciées et la durée du placement limitée à ce qui est médicalement justifié. Ainsi l'hébergement d'un malade dans une unité fermée doit-il répondre à une indication posée par un médecin et non pas relever d'une simple commodité du service ; il doit pouvoir être remis en cause à tout moment en fonction de l'évolution de l'état de santé du patient. ».

Circulaire n°2006-90 du 2 mars 2006 précise que : « une personne ne peut être retenue par l'établissement. Seule une personne ayant nécessité en raison de troubles mentaux sous SDT ou HO peut être retenue. Des restrictions à l'exercice de leur liberté individuelle peuvent être imposées aux personnes hospitalisées en soins sans consentement, dans la limite de celles nécessitées par leur état de santé et la mise en œuvre du traitement. ». Circulaire DHOS/O2/F2 n°2009-23 du 22 janvier 2009 relative au financement par le fonds pour la modernisation des établissements de santé publics ou privés du plan d'amélioration de la sécurité des établissements ayant une autorisation en psychiatrie prévoit que : « a minima les établissements accueillant des personnes hospitalisées sans consentement disposent d'une unité ou d'un espace fermé ou susceptible d'être fermé ».

385 CAMBONIE C., « Est-il encore utile de fermer nos unités ? », thèse de médecine (sous la direction de Etienne Very) Toulouse : Université Toulouse III-Paul Sabatier-Rangueil, 2017.

Il conviendrait à cet égard d'engager une réflexion afin d'harmoniser les pratiques et d'encadrer juridiquement le fonctionnement des zones fermables afin de renforcer les droits des patients qui y sont admis.

En outre selon l'état clinique du patient, le médecin proposera soit une sortie accompagnée soit non accompagnée.

### **b- La question des sorties accompagnées ou non accompagnées**

Lors de l'admission en soins sans consentement, le psychiatre peut décider de restreindre la liberté de circulation du patient afin de le protéger, de lui offrir un cadre contenant qui favorisera par la suite une meilleure adhésion aux soins proposés. Ainsi, au regard de l'instabilité clinique, voire de sa potentielle dangerosité pour lui-même ou pour autrui, le patient ne peut sortir librement de l'hôpital pendant une certaine période qui varie selon chaque personne. Dès que son état clinique se stabilise, le psychiatre peut autoriser des sorties accompagnées « n'excédant pas douze heures »<sup>386</sup> ou « non accompagnées d'une durée maximale de quarante-huit heures »<sup>387</sup>.

D'une part, les « sorties accompagnées n'excédant pas douze heures » peuvent être autorisées et lorsqu'elles le sont, un, voire plusieurs membres du personnel hospitalier, ou encore « un membre de la famille, ou la personne de confiance qu'elle a désigné en application de l'article L1111-6 » doit être obligatoirement présent durant toute la sortie du patient ; à défaut, elle peut être reportée. Ces sorties ont une finalité thérapeutique : elles permettent d'évaluer la clinique du patient en dehors du cadre de soins et de conserver ses liens familiaux, d'effectuer ses démarches sociales et donc de favoriser sa réinsertion. Ces sorties sont indispensables pour l'équipe hospitalière afin d'apprécier la stabilité mentale du patient et le préparer à une future sortie. C'est pourquoi, le médecin indiquera quel est l'accompagnant le plus approprié comme le précise Olivier Dupuy<sup>388</sup>.

Pour les patients admis sur décision du directeur de l'établissement, ce dernier est compétent pour autoriser cette sortie après « un avis favorable du psychiatre » intervenant dans la prise en charge du patient. Il a l'obligation d'en informer le tiers demandeur. Il existe cependant une spécificité concernant les sorties des patients admis en soins à la demande du représentant de

---

386 Article L3211-11-1 alinéa 1 du Code de la santé publique.

387 Article L3211-11-1 alinéa 2 Code de la santé publique.

388 DUPUY O., *Droit et psychiatrie. La réforme du 5 juillet 2011 expliquée*, HDF, 2011, p 140.

l'Etat, puisqu'au préalable, le directeur d'établissement doit transmettre au préfet cette demande d'autorisation, accompagnée de l'avis favorable du psychiatre, dans un délai de quarante-huit heures avant ladite sortie. Conformément à l'article L3211-11-1 du Code de la santé publique : « sauf opposition écrite et motivée du représentant de l'Etat dans le département, notifiée au plus tard douze heures avant la date prévue, la sortie peut avoir lieu ». A défaut d'autorisation de la part du représentant de l'Etat, le patient ne peut pas sortir de l'unité de soins.

D'autre part, les « sorties non accompagnées d'une durée maximale de quarante-huit heures » sont soumises aux mêmes conditions<sup>389</sup>. Dans une idée de gradation des soins, ces sorties sont envisageables lorsque le patient est véritablement stabilisé et ne peuvent être mises en place qu'à la suite d'une évaluation médicale au cours de laquelle le psychiatre en définit la durée. Le préfet porte une attention particulière pour les sorties non accompagnées des patients admis en SDRE au regard notamment des potentiels troubles à l'ordre public qu'ils pourraient causer. A ce titre, les refus de sorties non accompagnées sont fréquents et souvent justifiés par des motifs sécuritaires. Dans ce cadre, si un nombre de refus trop important est constaté, il faudrait alors s'interroger sur la potentielle atteinte aux droits du patient hospitalisé ; car ceci pourrait conduire à une mesure de soins abusive et arbitraire.

Si le patient peut voir sa liberté d'aller et venir restreinte durant son séjour, les pratiques d'isolement et de contention posent aussi question.

## ***2- La mise en œuvre des pratiques d'isolement et de contention***

Depuis la réforme du 26 janvier 2016, la mise en œuvre des mesures d'isolement et de contention disposent d'un cadre juridique<sup>390</sup>. Celles-ci sont mises en œuvre uniquement pour les patients admis en soins sans consentement « à des fins de protection limitées dans le temps pour prévenir une violence imminente sous-tendue par des troubles mentaux »<sup>391</sup>. Conformément à l'article L3222-5-1 du Code de la santé publique, ces mesures sont réalisées pour une durée strictement limitée, afin ne pas porter atteinte de manière indéterminée et disproportionnée à la liberté de mouvement de la personne hospitalisée. Ainsi, la durée initiale de l'isolement ne peut excéder douze heures et six heures maximum pour la contention. Le

---

389 Article L3211-11-1 du Code de la santé publique.

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

391 HAS, Recommandations de bonne pratique « Isolement et contention en psychiatrie générale », Février 2017, p 5.

renouvellement de ces mesures ne peut intervenir que sur décision médicale motivée au regard de l'état de santé du patient « dans la limite d'une durée totale de quarante-huit heures pour la mesure d'isolement et fait l'objet de deux évaluations par vingt-quatre heures » et pour la mesure de contention « dans la limite d'une durée totale de vingt-quatre heures, et fait l'objet de deux évaluations par douze heures »<sup>392</sup>. Dans le cas où l'équipe soignante estime que cette mesure n'est plus nécessaire, elle en réfère immédiatement au psychiatre ou au médecin présent dans le service, afin d'interrompre la mesure. Selon les termes de l'article précité du Code de la santé publique : « à titre exceptionnel, le médecin peut renouveler, au-delà des durées totales prévues au I, les mesures d'isolement et de contention, dans le respect des conditions prévues au même I ».

Jusqu'alors, le législateur ne prévoyait pas l'intervention du JLD pour apprécier la régularité de la décision de placement<sup>393</sup>. A la suite d'un processus législatif<sup>394</sup> complexe lié à l'intervention de plusieurs QPC<sup>395</sup>, un contrôle du JLD existe désormais. Ainsi, selon l'article L3222-5-1 du Code de la santé publique : « Le directeur de l'établissement informe sans délai le juge des libertés et de la détention du renouvellement de ces mesures. Le juge des libertés et de la détention peut se saisir d'office pour y mettre fin. Le médecin informe du renouvellement de ces mesures au moins un membre de la famille du patient, en priorité son conjoint, le partenaire lié à lui par un pacte civil de solidarité ou son concubin, ou une personne susceptible d'agir dans son intérêt dès lors qu'une telle personne est identifiée, dans le respect de la volonté du patient et du secret médical ». Puis, « le directeur de l'établissement saisit le juge des libertés et de la détention avant l'expiration de la soixante-douzième heure d'isolement ou de la quarante-huitième heure de contention, si l'état de santé du patient rend nécessaire le renouvellement de la mesure au-delà de ces durées. Le juge des libertés et de la détention statue dans un délai de vingt-quatre heures à compter du terme des durées prévues au deuxième alinéa du présent II »<sup>396</sup>.

---

392 Article L3222-5-1 du Code de la santé publique.

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

394 Loi n° 2020-1576 du 14 décembre 2020 de financement de la sécurité sociale pour 2021.

Loi n° 2021-1754 du 23 décembre 2021 de financement de la sécurité sociale pour 2022.

Loi n° 2022-46 du 22 janvier 2022 renforçant les outils de gestion de la crise sanitaire et modifiant le code de la santé publique.

395 Conseil constitutionnel, décision n° 2020-844 QPC du 19 juin 2020.

Conseil constitutionnel, décision n° 2021-912/913/914 QPC du 4 juin 2021.

Conseil constitutionnel, décision n° 2021-832 DC du 16 décembre 2021.

396 Article L3222-5-1 du Code de la santé publique.

Décret n° 2022-419 du 23 mars 2022 modifiant la procédure applicable devant le juge des libertés et de la détention en matière d'isolement et de contention mis en œuvre dans le cadre de soins psychiatriques sans consentement.



En pratique, la mise en œuvre de cette réforme engendre de nombreuses difficultés pour les professionnels de santé d'une part et pour les acteurs judiciaires d'autre part. Cela implique en effet une réorganisation de la permanence des soins, une programmation informatique spécifique afin de respecter les délais définis ainsi qu'une sécurisation des données lors de leur transmission au JLD.

Par ailleurs, dans un objectif de réduction des pratiques, la HAS et le CGLPL préconisent la création d'un espace d'apaisement accessible volontairement par le patient n'ayant pas la même finalité que la chambre d'isolement<sup>397</sup>. Ce dernier pourrait être utilisé en amont en tant qu'alternative à ces mesures ou en lieu et place des chambres d'isolement. Le développement de cet outil thérapeutique, permettrait en effet d'amoindrir l'atteinte portée à la liberté d'aller et venir et de réduire ainsi le nombre excessif de ces mesures au niveau national.

Au-delà de l'impact sur la liberté d'aller et venir du patient hospitalisé, l'hospitalisation sans consentement nécessite l'adaptation d'autres droits.

## **B- Une adaptation des droits à des fins de protection**

Le législateur reconnaît spécifiquement que les droits dont bénéficie le patient en soins sans consentement peuvent faire l'objet de restrictions si celles-ci répondent à des conditions légales définies<sup>398</sup> (1). De plus le législateur a reconnu des droits irréductibles à tout patient hospitalisé en soins sans consentement (2).

### ***1- Des restrictions adaptées, nécessaires et proportionnées***

Selon l'article L 3211-3 du Code de la santé publique, les restrictions à l'exercice des libertés individuelles, si elles sont autorisées doivent être « adaptées, nécessaires et proportionnées à l'état mental du patient et de la mise en œuvre du traitement requis ».

D'abord, la limitation d'un droit doit être adaptée à la situation médicale du patient. Une évaluation journalière médico-soignante constitue une garantie et permet une adaptation des restrictions de droits et libertés la plus appropriée au regard de l'état clinique. Ensuite, cette restriction doit être strictement nécessaire et justifiée par des motifs médicaux, voire

---

397 HAS, Recommandations « Isolement et contention en psychiatrie générale », Méthode Recommandations pour la pratique clinique, février 2017.

CGLPL, rapport « Isolement et contention dans les établissements de santé mentale », 2016.

398 THERON S., *Les soins psychiatriques sans consentement*, Dunod, 2017, p 142 et suivantes.

sécuritaires, mais ne peut être mise en place de manière systématique. Tel est souvent le cas de la mise en pyjama lors de l'admission d'un patient en soins sans consentement. Une telle atteinte à la liberté vestimentaire devrait être justifiée par des considérations médicales et à des fins de protection du patient. Enfin, l'atteinte aux droits doit être proportionnée à l'état clinique du patient et aux modalités de la prise en charge. Plus précisément, une restriction doit être limitée dans le temps et l'espace. Ces restrictions donnent lieu à des prescriptions médicales puisque seul le psychiatre peut, sur recommandation de l'équipe soignante, décider de limiter les droits du patient en soins sans consentement.

Au-delà de l'atteinte portée à la liberté individuelle résultant de la mise en place de la mesure de soins sans consentement et outre les droits détenus en tout état de cause, toutes les autres libertés individuelles sont alors susceptibles de limitations<sup>399</sup>. La vie privée du patient hospitalisé est particulièrement concernée. En effet, elle doit d'une part, s'articuler avec la vie en collectivité au sein de l'unité et d'autre part, se concilier avec l'évolution de l'état clinique du patient. Ainsi, le droit de visite, tout comme les conversations téléphoniques sont les premiers droits restreints<sup>400</sup>. L'équipe priorise dès le départ l'adhésion du patient aux soins. Ces derniers d'une particulière intensité lui permettront de retrouver une stabilité mentale et par la suite, de retrouver un équilibre social.

De même, l'intimité du patient hospitalisé, doit en effet être protégée, et en particulier la liberté sexuelle doit lui être assurée, quelle que soit la nature du régime de soins. Le respect de cette liberté est en pratique source de nombreuses questions pour les équipes médicales en psychiatrie<sup>401</sup>. Outre les interrogations relatives à sa capacité de consentir aux soins, se pose la question du discernement et de son aptitude à consentir à un rapport sexuel à certains moments de la maladie. En réalité, de nombreux professionnels posent une interdiction de tout rapport sexuel au sein d'une unité de soins. Or, depuis une affaire célèbre du Centre hospitalier de Cadillac, le règlement intérieur d'une unité de soins psychiatriques ne peut

---

399 Article L3211-3 alinéa 1 du Code de la santé publique.

400 Conseil d'Etat, 26 juin 2015 n°381648. En l'espèce, le CE énonce que « la décision par laquelle un établissement public de santé refuse à un tiers le droit de rendre visite à une personne hospitalisée sans son consentement a le caractère d'une mesure prise pour l'exécution du service public hospitalier qui ne porte pas atteinte à la liberté individuelle.

Refus de visite opposé au proche d'une personne hospitalisée d'office – Cour administrative d'appel de Bordeaux 8 décembre 2015 – AJDA, 2016, p 581.

CAA Bordeaux, 8 décembre 2015, n°15BX02216. La CAA énonce que les refus de visite trouvent leur base légale non pas dans l'article L3211-3 du Code de la santé publique mais dans l'article R 1112-47 du Code de la santé publique.

401 GIRER M. et ROUSSET G., « Sexualité et règlement intérieur en psychiatrie », *Juris associations*, 2015, n°530, p20.

contenir une interdiction générale et absolue de la liberté sexuelle<sup>402</sup>. Toutefois si un patient, présente au regard de son état de santé des risques caractérisés, il est possible de mettre en œuvre une restriction de cette liberté de manière justifiée et proportionnée.

Si des restrictions sont légalement admises, certains droits en théorie sont détenus en tout état de cause par le patient.

## ***2- Des droits reconnus en tout état de cause***

La majorité des droits du patient en soins libres s'appliquent au patient hospitalisé en soins sans consentement. Certains sont cependant réaffirmés expressément par le législateur pour les patients en soins sans consentement (a). Certains d'entre eux sont adaptés pour prendre en compte la singularité de ce régime de soins (b).

### **a- Des droits théoriquement intangibles**

Le législateur, à l'article L 3211-3 du Code de la santé publique a reconnu certains droits, qui en toutes circonstances, sont exercés par le patient en soins sans consentement et ne peuvent faire l'objet d'aucune restriction et ce quel que soit l'unité, le lieu d'hospitalisation, ou son état clinique ou alors de manière exceptionnelle et en tout cas en répondant aux conditions précédemment étudiées.

Le premier des droits qui doit être garanti en toutes circonstances est la communication du patient hospitalisé en tant que composante de la vie privée. Elle doit être assurée à travers la liberté de correspondance<sup>403</sup>. Celle-ci comprend d'un côté, le droit d'émettre et d'un autre côté, le droit de recevoir du courrier de la part des autorités administratives, judiciaires ou des particuliers. La saisine des autorités par le patient est expressément rappelé. Il a en effet la possibilité de saisir et de communiquer à tout moment avec la CDSP, la CDU, ainsi que les autorités administratives et judiciaires compétentes. Il peut également signaler sa situation au CGLPL, ou d'autres problématiques susceptibles de relever de sa compétence. En pratique, l'équipe soignante est peu informée de ces voies de recours et ne délivrent pas l'information au patient.

---

402 CAA Bordeaux, 6 novembre 2012, n°11BX01790.

VERNET A., HENIN M., ALEXANDRE C., AGBOLI K., GODET T., FAUVILLE B., BOUTET C., « Les relations sexuelles en service de psychiatrie », *L'information psychiatrique*, 2014 ; 90, p525-530.

403 Rappel spécifique à l'article L 3211-3 du Code de la santé publique pour le patient hospitalisé en soins sans consentement.

Pour exercer ces voies de recours, le patient a également la possibilité de prendre conseil auprès d'un avocat de son choix durant son hospitalisation et notamment lors des notifications de décision d'admission, de maintien, ou pour toute autre raison personnelle. Afin d'assurer l'effectivité de ce droit, des points d'accès aux droits ou des maisons du droit au sein même des établissements de santé spécialisés se mettent en place<sup>404</sup>. Cependant, en pratique, le directeur de l'établissement et les équipes soignantes n'informent pas le patient de cette possibilité, sauf lorsque la situation juridique du patient l'exige. Cette défaillance porte une fois de plus atteinte au respect des droits du patient.

En 2011, le législateur a rappelé à l'article L3211-3 du Code de la santé publique, ce droit de prendre conseil auprès d'un médecin de son choix, mais l'exercice de cette liberté interroge au regard de la mesure de soins : est-ce une simple possibilité de recourir aux conseils d'un praticien ou une véritable liberté ? Le législateur a-t-il souhaité que cette possibilité soit garantie en tout état de cause. En théorie, cette liberté est garantie, mais dans la pratique, son application paraît confuse tant pour les patients que pour les professionnels de santé du fait de la sectorisation<sup>405</sup>. De plus, la personne en soins sans consentement est hospitalisée uniquement dans un établissement de santé habilité par l'ARS sur proposition du préfet. Cependant, il serait souhaitable à l'avenir, que ce principe du libre choix puisse être effectif pour tout patient hospitalisé en psychiatrie publique<sup>406</sup>. En effet, selon Marc Dupont : « il participe au consentement des soins et contribue au renforcement de l'alliance thérapeutique qui paraît essentielle »<sup>407</sup>.

Le patient a le droit « de consulter le règlement intérieur de l'établissement et peut recevoir les explications qui s'y rapportent »<sup>408</sup>, pour connaître les règles de vie de son unité d'hospitalisation. Or, la délivrance de ces informations ne fait l'objet d'aucune précision par le législateur : dès lors, elle peut être fournie soit par le personnel administratif, soit par le personnel soignant. Pourtant, plusieurs rapports ont constaté une insuffisance dans la délivrance de l'information en psychiatrie<sup>409</sup>.

L'article précité du Code de la santé publique prévoit que le patient peut se livrer aux activités religieuses ou philosophiques de son choix durant son séjour. La liberté de manifester sa

---

404 CGLPL, rapport d'activité 2014, p 145.

405 PANFILI J-M., « Le libre choix du médecin à l'épreuve de la sectorisation psychiatrique », *Dossier « Hospitalisation sans consentement »*, AJ Famille, 2016, p 17.  
PANFILI J-M., thèse, *op.cit.*, p 118-119 et p 225.

406 CA de Paris, 22 décembre 2021, n°21/00465.

407 DUPONT M., « Le libre choix du médecin : son évolution depuis la loi du 4 mars 2002 » RDSS, 2007 p 759.

408 Article L3211-3 du Code de la santé publique.

409 Assemblée nationale, Rapport d'information n°1085 en conclusion des travaux de la mission sur la santé mentale et l'avenir de la psychiatrie, sous la direction de ROBILIARD Denys, mai 2013.  
CGLPL, rapport d'activité 2014, p 143.

religion ou ses convictions, doit être garantie dans le respect d'autrui et au regard du principe de laïcité auquel est soumis le service public hospitalier comme cela est mentionné dans la Charte de la personne hospitalisée<sup>410</sup> et rappelé dans le règlement intérieur de l'établissement de santé.

Au-delà de l'exercice de ses droits en sa qualité de personne hospitalisée, l'article L3211-3 du Code de la santé publique rappelle également qu'en tant que citoyen, le patient hospitalisé sans son consentement peut exercer son droit de vote<sup>411</sup>. Toutefois, selon son l'état clinique une procuration peut être mise en œuvre si ce dernier n'a pas la capacité de se rendre au bureau de vote conformément à l'article L 71 du Code électoral. L'établissement de santé doit donc organiser un accompagnement du patient au bureau de vote ou permettre la réalisation d'une procuration.

Ces droits reconnus en toutes circonstances peinent pourtant à s'appliquer en réalité. Leur effectivité est fréquemment limitée au cours d'une mesure de soins sans consentement.

D'autres droits font l'objet d'un aménagement afin de prendre en compte la spécificité de ce régime de soins.

### **b- Des droits spécifiquement aménagés**

Au-delà des droits irréductibles précités, certains droits également reconnus en tout état de cause connaissent des aménagements légaux. Ces ajustements se retrouvent en particulier au niveau de l'accès à l'information et des modalités d'exercice du droit d'accès au dossier médical<sup>412</sup>.

D'une part, il convient de souligner la différenciation de l'accès à l'information pour le patient admis en soins sans consentement par rapport au patient de droit commun. Généralement, l'information délivrée au patient sur son état de santé et sur les décisions médicales doit être adaptée à ses facultés mentales, tant en soins libres qu'en soins sans consentement. Toutefois, la gravité de l'état clinique peut entraîner une atténuation des capacités de compréhension à

---

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

411 Le droit de vote est consacré en tant que droit fondamental par de multiples sources textuelles telles que l'article 4 des recommandations du 22 septembre 2004 relatives aux droits civils et politiques des malades mentaux. L'article 7 du code civil et plus spécifiquement la loi n° 2005-102 du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées protège l'effectivité de l'exercice du droit de vote des personnes atteintes d'un handicap physique et mental.

412 THERON S., *Les soins psychiatriques sans consentement*, Dunod, 2017, p 158 et suivantes.

certain moments de la maladie. En effet, la perception du monde, les hallucinations visuelles ou auditives, la conscience ou l'inconscience de sa maladie, ne permettent pas au patient d'avoir un discernement suffisant.

L'information sur la situation juridique du patient, sur les droits et sur les voies de recours est nécessairement renforcée au regard de la particularité de la prise en charge<sup>413</sup>. Le patient doit être informé dès son admission par le praticien, l'équipe soignante et à chaque fois qu'il le réclame : de la décision d'admission, des décisions du directeur, des arrêtés préfectoraux et de toute modification éventuelle de sa prise en charge. La défaillance de cette information peut être un motif de mainlevée de la mesure de soins sans consentement<sup>414</sup>.

Se pose alors la question de savoir quel est le moment le plus opportun pour délivrer une telle information, alors même que des dispositions légales n'apportent pas de précisions. Parfois, lors de l'admission, l'état clinique du patient ne lui permet pas de comprendre de telles informations, ni d'interpréter leurs conséquences. De plus, les professionnels ne sont pas suffisamment formés pour délivrer de telles informations sur leurs droits. Pour autant, la Cour de cassation énonce que « l'accomplissement de cette obligation, qui se rapporte à l'exécution de la mesure d'hospitalisation et engage, le cas échéant, la responsabilité de l'établissement hospitalier, est sans influence sur la légalité de la mesure »<sup>415</sup>.

D'autre part, comme nous l'avons étudié précédemment toute personne admise en soins psychiatriques bénéficie du droit d'accéder à son dossier médical<sup>416</sup>. Le législateur a toutefois reconnu, des modalités de communication spécifiques pour le patient en soins sans consentement<sup>417</sup>. Ainsi, le détenteur du dossier médical peut, s'il le juge utile, proposer une consultation du dossier médical, en présence d'un médecin désigné par le patient demandeur en soins sans consentement notamment en cas de risque d'une gravité particulière. Cette notion de « risques liés à une gravité particulière » est appréciée au regard de la nature des informations contenues dans le dossier médical et de l'état clinique du patient au moment de la demande<sup>418</sup>.

Pour cela, le patient doit désigner un médecin de son choix, c'est à dire soit un médecin

---

413 BITTON A., « Du déni des droits des psychiatisés dans la psychiatrie française », Édition Contes de la folie ordinaire, 20 décembre 2018.

Article R4127-76 du CSP énonce une obligation de rendre les certificats médicaux lisibles pour les patients.

Cette lisibilité a un fort intérêt en psychiatrie au regard de la pathologie dont souffrent les patients.

DUPUY O., *Droit et psychiatrie. La réforme du 5 juillet 2011 expliquée*, HDF, 2011, p135.

414 Cour de cassation, Chambre civile 1, 18 juin 2014, n°13-16887.

415 Cour de cassation, Chambre civile 1, 15 janvier 2015, n° 13-24361.

416 Article L1111-7 du Code de la santé publique.

417 MARZOUG. S., SEGUI-SAULNIER S., « Le dossier médical du patient », Guide juridique pratique, Berger-LEVRAULT, 2010, p193-194.

418 MONTET I., « Le dossier médical en psychiatre ambulatoire », *L'information psychiatrique* 2008/4, Volume 84, p 354-360.

réfèrent de la prise en charge, ou un autre praticien exerçant au sein de l'établissement ou à l'extérieur. Si le patient s'y oppose, la demande sera transmise pour avis à la CDSP, qui dispose d'un délai de deux mois pour rendre son avis. Dès lors, cet avis s'impose tant au demandeur qu'au détenteur du dossier médical<sup>419</sup>. Toutefois, la saisine de la CDSP ne constitue pas un obstacle à la communication du dossier lorsque le patient décide finalement de désigner un médecin. Aucune disposition dans le Code de la santé publique ne précise, voire limite le nombre de communication. Pourtant, dans certains services de psychiatrie, ce vide juridique pose des difficultés pratiques. En effet, certains patients à des moments particuliers de leur maladie, peuvent demander jusqu'à cinq fois la communication de leur dossier durant leur séjour, sans être accompagné d'un médecin. Dès lors, cette multiplication de consultations du dossier peut parfois engendrer un risque pour l'état clinique du patient, du fait de l'incompréhension des termes médicaux et peut alors accentuer des idées délirantes afférentes à sa pathologie.

Les droits du patient en soins sans consentement sont donc de manière générale très encadrés par le législateur. La protection de la personne hospitalisée apparaît aussi singulière en raison du suivi de la mesure organisée par les textes.

## **§2- Un suivi singulier de la mesure de soins sans consentement**

A la différence des soins libres, les soins sans consentement font l'objet d'un suivi renforcé d'un point de vue médical<sup>420</sup> (A). De plus, depuis la loi du 5 juillet 2011, un contrôle juridictionnel existe sur les décisions d'admission (B).

### **A- Un suivi médical spécifique**

La prise en charge débute par une période initiale d'observation et de soins (1) et se poursuit par un suivi très régulier cadencé par des avis ou certificats médicaux (2).

---

419 Article L1111-7 alinéa 4 du Code de la santé publique.

420 La notion de « suivi clinique plus exigeant » a été proposée par Jean-Marc Panfili. PANFILI J.-M., thèse *op. cit.*, p 223.

### *1- Une période d'observation et de soins initiale*

Depuis la loi du 5 juillet 2011 et contrairement à un patient admis en soins libres, tout patient en soins sans consentement fait l'objet d'une période initiale d'observation et de soins prévue par l'article L3211-2-2 du Code de la santé publique <sup>421</sup>. Cette période d'une durée maximale de soixante-douze heures, prend la forme d'une hospitalisation complète. Elle a pour objectif d'assurer une surveillance médicale constante du patient et d'évaluer tout au long de cette période son état clinique. Il s'agit aussi d'apprécier « la nécessité de maintenir les soins sans consentement » du patient et dans l'affirmative sous quelle forme, « soit en hospitalisation complète, soit en ambulatoire, par le biais des programmes de soins »<sup>422</sup>. Selon l'article L3211-2-2 du code de la santé publique, dès les premières vingt-quatre heures suivant l'admission, un examen psychiatrique est réalisé et fait l'objet d'un premier certificat médical « constatant son état mental et confirmant ou non la nécessité de maintenir les soins psychiatriques au regard des conditions d'admission ». Un second examen psychiatrique, donnant lieu à un nouveau certificat médical, doit être effectué entre vingt-quatre heures et soixante-douze heures, permettant ainsi d'évaluer à nouveau l'état clinique du patient et la nécessité de la mesure de soins.

Un examen somatique doit être réalisé dans les premières vingt-quatre heures, par un médecin conformément à l'article précité. Celui-ci peut être réalisé par tout médecin psychiatre ou généraliste, voire un interne<sup>423</sup>. A défaut de disposition législative, seule une circulaire en date du 11 août 2011 *relative aux droits et à la protection des personnes faisant l'objet de soins psychiatriques et aux modalités de leur prise en charge* indique que l'examen somatique ne donne pas lieu à un certificat médical et ne constitue pas une des pièces obligatoires à communiquer au JLD lors de son contrôle. La réalisation de cet examen somatique, peut-être simplement tracée dans le dossier médical du patient<sup>424</sup>. Pourtant, cet examen obligatoire depuis la loi de 2011, permet d'écarter l'origine somatique des troubles et garantit aux médecins de s'assurer que les traitements administrés ne sont pas incompatibles

---

421 Cette période d'observation s'inspire d'une recommandation de l'IGAS et de l'IGSJ, Propositions de réforme de la loi du 27 juin 1990 relative aux droits et à la protection des personnes hospitalisées en raison des troubles mentaux et à leurs conditions d'hospitalisation, Rapport n°2005-064 et n°11/05, mai 2005. Assemblée nationale, rapport n°3189 souligne « quelques jours de recul par rapport aux circonstances ayant conduit la personne à l'hôpital, peuvent en effet se révéler utiles pour étayer un diagnostic, engager une démarche thérapeutique, évaluer les réactions du patient après le début d'un traitement ou une mesure de contention », 2 mars 2011, p 64.

422 Article L3211-2-2 du Code de la santé publique

423 Article R6153-3 du Code de la santé publique.

424 Ministère chargé de la santé, Foire aux questions, 1er août 2011.



avec l'état de santé du patient<sup>425</sup>. Cette problématique a été soulevée par la Cour de cassation, mettant en lumière que la simple défaillance dans la réalisation de l'examen, n'est pas un motif de mainlevée de la mesure<sup>426</sup>. Cette décision soulève alors plusieurs questions, puisqu'elle paraît défavorable aux droits du patient hospitalisé sans son consentement notamment si son état somatique semble incompatible avec la mise en œuvre d'une telle mesure de soins.

Du reste, les certificats des vingt-quatre et soixante-douze heures doivent émaner d'un psychiatre de l'établissement d'accueil, plus précisément, de deux psychiatres distincts pour la procédure de soins à la demande d'un tiers en urgence<sup>427</sup> et pour la procédure de soins en péril imminent<sup>428</sup>. Dès lors, il ne peut être l'auteur du ou des deux certificats médicaux à l'origine d'une des admissions précitées. L'objectif d'une telle mesure est de multiplier les évaluations cliniques de ces patients par des professionnels distincts et de garantir une indépendance et une impartialité des médecins intervenant dans cette mesure privative de liberté. Cependant, une telle exigence n'est pas requise concernant les admissions en soins à la demande du représentant de l'Etat alors même qu'un seul certificat médical est nécessaire pour prononcer l'admission. Cécile Castaing le souligne clairement : « cela implique que les contrôles médicaux des vingt-quatre et soixante-douze heures, pourraient être réalisés par le même psychiatre, ce qui est à l'évidence un amoindrissement des garanties procédurales du patient, justifié par l'impératif de sûreté des personnes ou de sauvegarde de l'ordre public »<sup>429</sup>.

A l'issue de cette période, selon l'évolution de l'état clinique et au regard des certificats médicaux, le médecin propose à l'autorité administrative compétente, la prise en charge la plus adaptée à l'état de santé mentale du patient. Concernant en premier lieu les admissions, sur décision du directeur de l'établissement de santé, dans l'hypothèse où les deux certificats médicaux concluent au maintien des soins, le second certificat précise les modalités de la prise en charge<sup>430</sup>. Le directeur prononce le maintien des soins pour une durée d'un mois, sous

---

425 Dès lors comme le souligne Maître Raphaël Mayet, « la Cour de cassation va à l'encontre de l'exigence posée par le Conseil Constitutionnel dans ses décisions des 26 novembre 2010 et 9 Juin 2011 à savoir que le juge judiciaire s'assure que la mesure d'hospitalisation soit nécessaire, proportionnée et adaptée ».

Cour de cassation, Chambre civile 1, 14 mars 2018, 17-13.223, Publié au bulletin.

426 Cour de cassation, Chambre civile 1, 14 mars 2018, 17-13.223, Publié au bulletin.

427 Article L3212-3 al 1 du Code de la santé publique.

428 Article L3212-1 II 2° al 3 du Code de la santé publique.

429 CASTAING C., « Pouvoir administratif versus pouvoir médical ? », AJDA, 2011, p 2055.

430 Le programme de soins a été introduit par la loi du 5 juillet 2011 en tant que mesure de soins sans consentement avec la spécificité d'une prise en charge majoritairement ambulatoire. Cette modalité est une décision administrative individuelle prise par une autorité administrative sur le fondement d'une proposition médicale.

THERON S., « Regards critiques sur une modalité ambivalente de soins psy », AFDS, A. LAUDE (dir.) Consentement et santé, Dalloz, 2017, p 205-218.

En vertu de l'article L3211-2-1 2° du Code de la santé publique, le PDS peut comporter « des soins ambulatoires, des soins à domicile dispensés par un établissement mentionné au même article L. 3222-1 et, le

la forme de la prise en charge proposée par le psychiatre et joint à sa décision, le cas échéant, le programme de soins établi par le psychiatre. Dans le cas contraire, si un des deux certificats médicaux atteste que l'état clinique du patient ne justifie pas une telle mesure de soins, le directeur de l'établissement prononce « immédiatement » une levée de cette mesure.

En conséquence, la compétence du directeur est liée à la décision médicale, ainsi la proposition du psychiatre s'impose au directeur. Ce mécanisme s'observe également lorsque le psychiatre propose une modification des modalités de la prise en charge. De ce fait, le psychiatre, dans ce type d'admission, joue un rôle prépondérant dans le « processus décisionnel » et permet d'assurer la finalité sanitaire de ces mesures, c'est à dire protéger la santé du patient<sup>431</sup>.

Concernant en second lieu, les admissions sur décision du représentant de l'Etat, aux termes de l'article L3213-1 II du Code de la santé publique, suivant la réception du certificat médical des soixante-douze heures, le représentant de l'Etat décide de la forme de la prise en charge au regard des exigences sécuritaires et de la proposition établie par le psychiatre.

Dans un contexte de désaccord entre le psychiatre et le préfet, notamment dans l'hypothèse où le préfet décide de ne pas suivre l'avis médical, il en informe immédiatement le directeur afin qu'il organise un nouvel examen psychiatrique<sup>432</sup>. Ce second avis médical est rendu dans un délai de soixante-douze heures suivant la décision du préfet. À l'issue de ce second examen, soit il confirme l'absence de nécessité de prolonger l'hospitalisation complète, dans ce cas, le préfet aura compétence liée et devra ordonner la levée de la mesure ou décider de modifier les modalités de prise en charge. Si le désaccord persiste entre le psychiatre et le préfet, qu'il existe une procédure de règlement des conflits dans laquelle le JLD peut être amené à intervenir en dernier lieu<sup>433</sup>.

Le législateur ne donne aucune précision quant au type de service hospitalier devant assurer la période d'observation et de soins initiale. Par conséquent, tant le service des urgences psychiatriques que les services de psychiatrie générale seront compétents comme le souligne Olivier Dupuy<sup>434</sup>. Dans l'hypothèse où une personne répond aux conditions pour être admise en soins psychiatriques, selon un des régimes de soins sans consentement et qu'elle est prise en charge aux urgences dans un établissement non autorisé à délivrer des soins sans

---

cas échéant, une hospitalisation à domicile, des séjours à temps partiel ou des séjours de courte durée à temps complet effectués dans un établissement mentionné audit article L. 3222-1. ». Il ne peut être établi et modifié que par un psychiatre de l'établissement d'accueil après qu'il ait recueilli l'avis du patient lors d'un entretien. Le programme de soins définit les types de soins, leur périodicité et les lieux de leur réalisation, dans des conditions déterminées par décret en Conseil d'Etat. Enfin, aucune mesure de contrainte ne peut être mise en œuvre à l'égard d'un patient pris en charge sous la forme prévue au 2° du I ».

431 CASTAING C., « Pouvoir administratif versus pouvoir médical ? », AJDA, 2011, P 2055.

432 Article L3213-9-1 du Code de la santé publique.

433 Article L3213-9-1 du Code de la santé publique.

434 DUPUY O., *Droit et psychiatrie. La réforme du 5 juillet 2011 expliquée*, HDF, 2011, p 37.

consentement, l'article L3211-2-3 du Code de la santé publique prévoit « un transfert dans un établissement habilité, dans un délai adapté à son état, ne pouvant dépasser les quarante-huit heures ». Il faudra attendre que l'état de santé du patient soit stabilisé pour envisager ce transfert et ainsi prononcer la décision d'admission en soins psychiatriques. En pratique, le respect du délai de quarante-huit heures est complexe car les secteurs étant saturés, peu de lits d'aval se libèrent. Les admissions sont alors prononcées directement du service des urgences et certains patients dans l'attente de place peuvent y rester jusqu'au contrôle du JLD.

Au-delà de cette période, la mesure de soins sans consentement fait également l'objet d'un suivi médical renforcé.

## ***2- Des modalités médicales renforcées pour le suivi du patient***

Le législateur a souhaité renforcer le suivi médical du patient admis en soins sans consentement, afin d'éviter toute mesure privative de liberté arbitraire. De ce fait, plusieurs certificats médicaux sont exigés pour démontrer la nécessité de cette mesure de soins.

Tout d'abord, un premier avis médical motivé d'un psychiatre de l'établissement d'accueil doit accompagner la saisine du JLD, qui rappelons-le intervient systématiquement au terme de douze jours d'hospitalisation complète. Il doit décrire avec précision les manifestations des troubles dont est atteinte la personne qui fait l'objet de soins psychiatriques, ainsi que les circonstances particulières, qui toutes deux, rendent nécessaire la poursuite de l'hospitalisation complète au regard des conditions posées par les articles L 3212-1 et L 3213-1 du Code de la santé publique<sup>435</sup>. Le psychiatre peut préciser s'il existe une contre-indication médicale ou un obstacle médico-légal à l'audition de la personne devant le JLD.

Ensuite, le législateur a souhaité une production mensuelle de certificats médicaux, afin d'attester que l'état clinique du patient justifie le maintien d'une hospitalisation complète. L'intérêt de cette multiplication de certificats permet un suivi rapproché de l'état de santé du patient. En effet, cela permet au praticien référent de vérifier tous les mois que les modalités de la prise en charge sont adaptées et de moduler le traitement si nécessaire, mais également d'évaluer la nécessité de poursuivre l'hospitalisation complète. Ainsi selon les termes des articles L3212-7 et L3213-3 du Code de la santé publique, le directeur de l'établissement et le préfet, peuvent prolonger les soins sans consentement, au regard d'un certificat médical

---

<sup>435</sup> Article L3211-12-1 II du Code de la santé publique.

circonstancié, établi par un psychiatre de l'établissement d'accueil. Ce certificat mensuel expose les motifs justifiant la poursuite de cette prise en charge sous la forme d'une hospitalisation complète ; à défaut, il précise si une autre prise en charge paraît plus adaptée à l'état clinique du patient. Cependant, dans l'hypothèse où le psychiatre ne peut, dans ce délai, procéder à l'examen, il établit un avis médical sur la base du dossier. L'avis médical est fréquemment produit lorsque le patient a fugué de l'hôpital et de ce fait ne peut être examiné par le psychiatre. Toutefois, Eric Péchillon souligne que cette disposition interroge, car le législateur ne précise pas le nombre d'avis médicaux pouvant être établis sans que le psychiatre ne puisse examiner le patient<sup>436</sup>. Ainsi, dans certains établissements, des patients « fugueurs » ne réintégrant pas l'établissement d'accueil, voient leur mesure de soins sans consentement maintenue, alors même qu'ils n'ont pas été examinés par le médecin depuis plusieurs mois<sup>437</sup>. Par ailleurs, les certificats doivent être produits dans les délais impartis. Ainsi, le premier certificat est requis dans les trois derniers jours du premier mois suivant la décision d'admission. Par la suite pour les admissions sur décision du directeur de l'établissement, ce contrôle médical aura lieu tous les mois<sup>438</sup>, à la différence des admissions sur décision du représentant de l'Etat qui ont nécessairement un premier contrôle médical à l'issue du premier mois, permettant ainsi au préfet de prolonger la mesure de soins pour une durée de trois mois<sup>439</sup>. Le préfet se prononce ensuite sur cette mesure, pour des périodes de six mois renouvelables dans les mêmes conditions<sup>440</sup>. Selon Éric Péchillon : « cet écrit médical garantit une forme de transparence dans la prise en charge, puisque le psychiatre doit rendre des comptes au directeur de l'établissement sur le bien-fondé du suivi »<sup>441</sup>.

Il est important de prêter une attention particulière à leur rédaction car lors de son contrôle, le JLD y est très attentif. En effet, il peut arriver que pendant plusieurs mois aucune évolution médicale ne soit constatée. Cela laisse supposer une absence d'examen médical ou de modification desdits certificats, pouvant engendrer une levée de la mesure de soins. Il convient également d'être vigilant quant au respect des délais légaux et d'opérer une distinction selon le régime de soins. Dans le cadre des admissions sur décision du directeur, l'absence de certificats ou avis médicaux dans les délais impartis entraînent de facto la levée

---

436 PECHILLON E., « Contrôle de la légalité d'une mesure d'hospitalisation d'un patient en fugue : la difficulté de rédiger les certificats mensuels », RDS, n°78, juillet 2017, p 615.

437 TGI Versailles, 31 janvier 2017, *CH Charcot contre X*, n017/00146. En l'espèce, l'absence du patient ne rend pas caduc l'arrêté préfectoral à l'origine de son admission et encore moins la nécessité de la mesure. PECHILLON E., *op. cit.*

438 Article L 3213-3 du Code de la santé publique.

439 Article L 3213-4 du Code de la santé publique.

440 Article L 3213-4 du Code de la santé publique.

441 PECHILLON E., *op. cit.*

de la mesure de soins<sup>442</sup>. À l'inverse, pour les admissions en SDRE, c'est la défaillance de décision du préfet dans les délais requis qui aura pour conséquence une levée de la mesure de soins.

Dans l'hypothèse où la mesure de soins se poursuit au-delà « d'un an à compter de l'admission en soins », une évaluation médicale approfondie du patient devra être réalisée par un collègue spécifique pour que celle-ci soit maintenue. Conformément à l'article L3211-9 du Code de la santé publique<sup>443</sup>, ce collège est convoqué par le directeur, il est composé de trois membres du personnel de l'établissement d'accueil : un psychiatre participant à la prise en charge du patient, un psychiatre extérieur et un représentant de l'équipe pluridisciplinaire participant à la prise en charge tel que le cadre de santé par exemple. La convocation du collège est toutefois limitée aux admissions sur décision du directeur de l'établissement et sur décision du représentant de l'Etat, à la suite d'une décision judiciaire de reconnaissance d'irresponsabilité pénale. Cette évaluation clinique est réitérée obligatoirement tous les ans et doit recueillir l'avis du patient. Pour Eric Péchillon : « sa réalisation constitue une garantie supplémentaire contre toute mesure de soins arbitraire »<sup>444</sup>. Dans l'hypothèse où il est impossible, dans le délai imparti, d'examiner le patient s'il a fugué par exemple, il est prévu par ce même article « qu'en raison de son absence attestée par le collège, l'évaluation et le recueil de son avis sont réalisés dès que possible ». Dès lors, la réintégration du patient, permettra de régulariser cet examen collégial. A titre exceptionnel, des procédures spécifiques ont été mises en place sur le terrain, afin de respecter les délais légaux, pour réunir ce collège. Ainsi, lorsque la date à laquelle doit se réunir le collège échoit un samedi ou un dimanche, certains établissements ont obtenu une autorisation de l'ARS et du JLD, pour que le bureau des entrées convoque le collège le vendredi précédent le weekend. A défaut de pouvoir le réunir le vendredi, une procédure dégradée pourra être mise en œuvre<sup>445</sup>. Conformément à l'article R 3211-4 du Code de la santé publique : « en cas d'urgence ou pour des raisons organisationnelles, les membres du collège pourront participer aux débats par tout moyen technique de communication permettant de garantir la confidentialité des échanges notamment pour assurer le secret médical ».

---

442 Cour de cassation, Chambre civile 1, 21 novembre 2018, n°1721184.

443 Articles L 3211-12 et L 3211-12-1 et des articles L 3212-7, L 3213-1, L 3213-3 et L 3213-8 du Code de la santé publique.

444 PECHILLON E., « Conditions de maintien d'une décision individuelle de soins sous contrainte : l'importance des documents médicaux permettant d'évaluer l'état de santé du patient », RDS, n°72, juillet 2016, p 642.

445 Le psychiatre ou le cadre de santé avise par mail le directeur de garde de la nécessité de convoquer le collège en précisant : le nom du patient, la date d'admission, l'objet de la demande, l'identité des trois membres du collège et la date de réunion. Le directeur établit par mail la convocation aux trois membres en reprenant les informations précisées dans la demande, conformément à l'article R3211-3 du Code de la santé publique qui dispose que ces documents peuvent être transmis par tout moyen.

D'un point de vue strictement procédural, le défaut de production d'un de ces certificats, avis médicaux ou attestations peut entraîner la mainlevée de la mesure de soins lors du contrôle devant le JLD<sup>446</sup>.

## **B - Un suivi juridictionnel**

À la suite de plusieurs décisions de la CEDH<sup>447</sup>, le Conseil Constitutionnel a censuré le dispositif législatif permettant le maintien d'une personne hospitalisée au-delà de quinze jours sans intervention du juge judiciaire<sup>448</sup>. Dans ce contexte, le législateur en 2011 a introduit un contrôle obligatoire du juge judiciaire des mesures de soins sans consentement. Conformément à l'article 66 de la Constitution : « l'autorité judiciaire est gardienne des libertés individuelles »<sup>449</sup>, le JLD est donc compétent pour contrôler la régularité et le bien-fondé de l'hospitalisation complète (1). Les modalités et les conséquences de son contrôle doivent également faire l'objet d'une attention particulière (2).

### ***1- Le juge des libertés et de la détention, garant de la liberté individuelle***

Le législateur a donné compétence au juge judiciaire pour vérifier la légalité des décisions administratives prises en matière de soins psychiatriques sans consentement<sup>450</sup>. Une saisine obligatoire du JLD doit être réalisée (a). À tout moment de l'hospitalisation complète, le patient et d'autres personnes déterminées peuvent également le saisir de manière facultative (b).

---

446 Article L3212-7 du Code de la santé publique.

447 CEDH, 24 octobre 1979, *Winterwerp c. Pays-Bas*, n° 6301/73.

CEDH, 18 juin 2002, *Delbec c. France*, n° 43125/98.

CEDH, 18 novembre 2010, *Baudoin c. France*, n° 35935/03.

CEDH, 14 avril 2011, *Patoux c. France*, n° 35079/06.

448 Conseil Constitutionnel, Décision n° 2010-71 QPC du 26 novembre 2010, *Mme Danielle S.*

Conseil constitutionnel, Décision n° 2011-135/140 QPC du 9 juin 2011, *Abdellatif B.*

Voir THERON S., *Les soins psychiatriques sans consentement*, DUNOD, 2017, p 15 et suivantes.

449 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.

450 Articles L 3211-12 et L 3216-1 du Code de la santé publique.

Voir en ce sens : PANFILI J-M., thèse *op.cit.*, p193 et suivantes.

PANFILI J-M., « Le juge, l'avocat et les soins psychiatriques sans consentement depuis 2011 », CRPA, 2020.

Site internet du CRPA : [https://psychiatrie.crpa.asso.fr/IMG/pdf/panfili\\_jean-marc\\_2020-09-09\\_mise\\_a\\_jour\\_analyse\\_de\\_la\\_jpdce.pdf](https://psychiatrie.crpa.asso.fr/IMG/pdf/panfili_jean-marc_2020-09-09_mise_a_jour_analyse_de_la_jpdce.pdf)

## a- La saisine obligatoire du juge des libertés et de la détention

La loi du 5 juillet 2011 a introduit un recours obligatoire devant le JLD, afin d'examiner les mesures d'hospitalisation sans consentement<sup>451</sup>. La loi du 27 septembre 2013 a modifié certaines dispositions de la loi du 5 juillet 2011 relatives aux délais et conditions de saisine du JLD<sup>452</sup>. L'une des principales modifications de cette loi est la réduction du délai du contrôle du JLD, qui consiste à statuer sur le maintien ou la levée des soins sans consentement « avant l'expiration d'un délai de douze jours »<sup>453</sup>. Le législateur a réduit a minima le délai de saisine de quinze à douze jours<sup>454</sup>, ce qui pour Sophie Théron peut paraître critiquable<sup>455</sup>. En ce sens, le rapporteur de la mission d'information parlementaire avait proposé un délai de cinq jours et lors du dépôt de la proposition de loi, le délai est passé à dix jours<sup>456</sup>. Le texte prévoit aujourd'hui un délai de douze jours. Ce temps paraît utile, afin de préparer le dossier, de l'étudier et d'ordonner toute mesure d'instruction nécessaire, car la justice est dépourvue d'éléments dans cette matière, « au risque de faire passer au second plan la protection des droits du patient ». De plus, le délai du second contrôle est maintenu, c'est-à-dire à la fin de chaque période de six mois<sup>457</sup>. L'état clinique du patient peut évoluer de manière très positive durant ces six mois.

---

451 Article L 3211-12-1 du Code de la santé publique.

452 Loi n°2013-869 du 27 septembre 2013 modifiant certaines dispositions issues de la loi n°2011-803 du 5 juillet 2011 relative aux droits et à la protection des personnes faisant l'objet de soins psychiatriques et aux modalités de leur prise en charge, JORF du 29 septembre 2013, p 16230.

Décret n°2014-897 du 15 août 2014 modifiant la procédure judiciaire de mainlevée et de contrôle des mesures de soins psychiatriques sans consentement, JORF N°0189 du 17 août 2014, p 13667 et la circulaire du 18 août 2014 NOR : JUSC1418905C.

En termes de procédure de saisine du JLD, il convient de se référer à l'article R 3211-10 et suivants du Code de la santé publique.

Décret n°2014-897 du 15 août 2014 modifiant la procédure judiciaire de mainlevée et de contrôle des mesures de soins psychiatriques sans consentement.

Il convient de préciser que cette liste a été modifiée pour être conforme tant à la décision du CE en date du 13 novembre 2013 qu'à l'unification du contentieux au profit du JLD intervenue depuis le 1er janvier 2013.

453 Article L 3211-12-1 alinéas 1 et 2 du Code de la santé publique.

Auparavant, ce dispositif devait se mettre en œuvre avant l'expiration du quinzième jour de l'hospitalisation à compter de la décision d'admission ou de « ré-hospitalisation », puis à l'issue de chaque période de six mois d'hospitalisation complète. Or, l'absence de saisine à priori du Conseil Constitutionnel a conduit à un contrôle à posteriori qui a alors censuré dans sa décision du 20 avril 2012 certaines dispositions des articles L 3211-12 et L 3213-8 du Code de la santé publique.

DUGNE J., « Judiciarisation de la procédure de soins psychiatriques sans consentement », RDS n° 62, 2014, p 1745-1749.

454 Article L 3211-12-1 alinéa 1 et 2 du Code de la santé publique.

455 THERON S., « La loi du 27 septembre 2013 : une révision partielle du régime des soins psychiatriques », RDSS, 2014, p 133.

456 Mission d'information sur la santé mentale et l'avenir de la psychiatrie, rapport d'information n° 1085, juin 2013, AN, Commission des affaires sociales.

457 Article L 3211-12-1 alinéa 3 du Code de la santé publique.  
THERON S., *op. cit.*, p 133.

Des sanctions sont prévues en cas de non-respect des délais au 4ème alinéa de l'article L 3211-12-1 du Code de la santé publique notamment la mainlevée de l'hospitalisation complète peut être prononcée. Une levée de la mesure de soins dans ces circonstances peut être néfaste pour la protection de la santé de la personne hospitalisée.

Au-delà de ce contrôle obligatoire, le législateur a permis une saisine facultative du JLD, afin de permettre un contrôle à tout moment de la mesure de soins s'il paraît justifié au regard notamment des droits fondamentaux du patient hospitalisé<sup>458</sup>.

### **b- La saisine facultative du juge des libertés et de la détention**

En premier lieu, le patient hospitalisé dispose de la faculté de saisir le juge judiciaire afin qu'il opère un contrôle de régularité et prononce la mainlevée de la mesure de soins dont il fait l'objet, si nécessaire. Selon les dispositions prévues par l'article L3211-12-I du Code de la santé publique : « Le JLD dans le ressort duquel se situe l'établissement d'accueil peut être saisi à tout moment, aux fins d'ordonner, à bref délai, la mainlevée immédiate d'une mesure de soins psychiatriques prononcée en application des chapitres II à IV ». Ce recours facultatif peut émaner directement du patient mais aussi de ses proches tels que le conjoint ou encore le représentant légal. Il peut être mis en œuvre à tout moment de l'hospitalisation complète afin de garantir au patient le respect de ses droits fondamentaux. Cette saisine intervient sur requête et celle-ci doit comporter les mentions prévues pour la saisine obligatoire<sup>459</sup>.

Au regard de l'article 5 de la CEDH, le juge a l'obligation de statuer « à bref délai » car en effet, toute personne « privée de sa liberté » doit avoir la possibilité d'un recours devant un tribunal pour qu'il statue le plus rapidement sur la légalité de la mesure prise à son encontre. La France a été condamnée à plusieurs reprises par la CEDH sur la durée excessive de la procédure pour les demandes de mainlevée de mesures de soins sans consentement<sup>460</sup>.

En deuxième lieu, le JLD dispose de la faculté de se saisir d'office. Dans ce cas, toute personne qui détient des informations qui pourraient être utiles concernant la situation d'un patient hospitalisé doit les lui transmettre<sup>461</sup>. Il arrive parfois que des associations

---

458 Voir en ce sens : PANFILI J-M., « Le juge, l'avocat et les soins psychiatriques sans consentement depuis 2011 », CRPA, 2020.

Site internet du CRPA : [https://psychiatrie.crpa.asso.fr/IMG/pdf/panfili\\_jean-marc\\_2020-09-09\\_mise\\_a\\_jour\\_analyse\\_de\\_la\\_jpdce.pdf](https://psychiatrie.crpa.asso.fr/IMG/pdf/panfili_jean-marc_2020-09-09_mise_a_jour_analyse_de_la_jpdce.pdf)

459 Article R 3211-28 du Code de la santé publique.

460 CEDH, 27 octobre 2005, *Mathieu c. France*, n°68673/01.  
CEDH, 28 novembre 2010, *Baudouin c. France*, n°35935/03.

461 Article L 3211-12 du Code de la santé publique.



représentatives des usagers ou de leurs proches fournissent des éléments afin d'attirer l'attention du juge sur certaines situations qui paraissent alarmantes. La procédure à suivre lorsque le JLD se saisit d'office est prévue à l'article R 3211-29 du Code de la santé publique précité. Lors de l'audience et au regard des éléments fournis, il pourra ordonner la mainlevée de la mesure de soins sans consentement ou confirmer le maintien des soins. Dans l'hypothèse d'une mainlevée, celle-ci prendra effet dans un délai maximal de vingt-quatre heures. Conformément à l'article L 3211-12 III du Code de la santé publique, à la fin de ce délai, l'hospitalisation complète cesse totalement.

Enfin, dans l'hypothèse où le JLD est saisi simultanément d'un recours facultatif et d'un recours obligatoire, le législateur lui autorise de statuer dans une seule décision. La procédure applicable est celle prévue pour la saisine obligatoire.

Il convient à présent d'envisager les circonstances et l'incidence de ce contrôle.

## ***2- Les modalités et les conséquences du contrôle du juge des libertés et de la détention***

Il est nécessaire de préciser comment se déroule l'audience devant le JLD (a) avant de s'attacher aux effets de la décision (b).

### **a- Les audiences du juge des libertés et de la détention**

De nombreuses critiques notamment des professionnels de santé relatives aux difficultés pratiques et humaines de la tenue de l'audience au Tribunal judiciaire ont été émises<sup>462</sup>.

D'un point de vue procédural, les audiences devant le JLD doivent respecter le principe du contradictoire d'où la nécessaire présence du patient lors de la tenue de l'audience, sauf lorsque des motifs médicaux justifient une telle absence<sup>463</sup>.

Depuis la loi du 27 septembre 2013, le recours au conseil d'un avocat est devenu obligatoire. En effet, le patient dans un état de fragilité psychique justifiant la mesure de soins sans consentement, n'est pas apte à contester seul la régularité ou le bien-fondé de cette procédure. Ainsi, l'avocat, par sa présence, permet de garantir l'effectivité de ce principe du contradictoire<sup>464</sup>.

---

462 Article L 3211-12-2-I du Code de la santé publique.

463 Articles R 3211-22 du Code de la santé publique.

Articles 6 § 1er de la Convention de sauvegarde des droits de l'homme et des libertés fondamentales, 4 novembre 1950.

Voir en ce sens PANFILI J-M., thèse *op. cit.*, p 148 et suivantes.

464 Cour de Cassation, Chambre civile 1, 13 septembre 2017, n°16-22819.

Les audiences sont publiques, respectant ainsi le principe de la publicité des débats, l'objectif étant de traiter ces patients comme tout autre personne<sup>465</sup>. Toutefois, des dérogations sont admises à l'article L 3211-12-2 du Code de la santé publique, notamment afin de préserver l'intimité de la vie privée, de prévenir des troubles « à la sérénité de la justice » ou encore à la demande de l'une des parties. Dans le cas où l'une de ces situations se présentent, l'audience peut avoir lieu en chambre du conseil. Le huis clos sera de droit lorsque la demande émane de la partie faisant l'objet de la mesure de soins sans consentement.

Il convient toutefois de se questionner sur le principe de publicité des débats au regard du respect de la vie privée du patient hospitalisé comme le souligne Jean-Marc Panfili<sup>466</sup>. Ainsi lors des audiences devant le JLD, le huis clos est une simple dérogation à ce principe, alors même que des informations confidentielles peuvent être abordées. Dès lors, des patients hospitalisés au sein de l'établissement peuvent se rendre à l'audience et pourraient selon nous réutiliser ces informations à des fins malveillantes, ceci interroge sur l'effectivité de la protection du patient lors de ces audiences.

D'un point de vue matériel, depuis 2013 le lieu de l'audience se situe au sein de l'établissement de santé ou au siège du tribunal. Nous assistons à un renversement du principe du lieu de l'audience, qui devait auparavant se tenir au siège du Tribunal judiciaire. Lorsque le patient a été transféré entre la saisine du juge et la tenue de l'audience, l'établissement visé est « l'établissement d'accueil dans lequel était prise en charge la personne faisant l'objet de soins psychiatriques au moment de la saisine du juge des libertés et de la détention »<sup>467</sup>. De plus, le recours à la visioconférence de plus en plus fréquent jusqu'en 2013 a été aboli par la loi du 27 septembre 2013. Cette méthode permettait d'éviter les transports du patient vers le siège du Tribunal judiciaire et ainsi de lui éviter de se confronter à autrui, on parlait « d'expérience traumatisante »<sup>468</sup>. Pourtant, son usage permettait aux équipes soignantes de se concentrer sur la délivrance de soins et non sur l'accompagnement au tribunal du patient. La circulaire de 2014 explicite le motif de cette suppression par le fait « qu'elle n'était pas adaptée à la particularité de la mission du juge des libertés et de la détention en matière de contrôle des

---

465 Circulaire du 18 août 2014 de présentation des dispositions 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 et du décret n°2014-897 du 15 août 2014 modifiant la procédure judiciaire de mainlevée et de contrôle des mesures de soins psychiatriques sans consentement.

466 PANFILI J.-M., « Publicité des débats et secret médical : deux principes antagonistes à concilier », Dossier « Hospitalisation sans consentement », AJ Famille, 2016, p 27.

467 Circulaire du 18 août 2014 relative au décret n°2014-897 du 15 août 2014 modifiant la procédure judiciaire de mainlevée et de contrôle des mesures de soins psychiatriques sans consentement.

468 DUPUY O., *Droit et Psychiatrie, La réforme du 5 juillet 2011 expliquée*, HDF, p 158.

hospitalisations sous contrainte et que s'agissant de patients, la préservation du lien humain qui s'établit lors d'une audience était essentielle »<sup>469</sup>. Pour ce qui est du lieu de l'audience d'appel celui-ci reste inchangé, c'est à dire qu'elle se tient automatiquement à la Cour d'appel. Le recours à la visioconférence est également supprimé tout comme en première instance. Cette pratique a cependant été réutilisée avec la crise de la covid-19.

Qu'il exerce son contrôle à titre obligatoire ou facultatif, le juge a la possibilité de prononcer soit le maintien soit la levée de la mesure de soins sans consentement.

### **b- Les conséquences du contrôle du juge judiciaire**

Lorsque le JLD estime, au vu des documents fournis, notamment des certificats médicaux, que l'état clinique du patient nécessite encore des soins sous la forme d'une hospitalisation complète, il prononce le maintien de la mesure<sup>470</sup>. Conformément aux articles L 3211-12 III et L 3211-12-1 III du Code de la santé publique, le JLD peut, à défaut, prononcer la mainlevée de la mesure d'hospitalisation complète. Il a la possibilité sur décision motivée, de laisser un délai de vingt-quatre heures au psychiatre traitant, pour mettre en place un programme de soins. En pratique, ce contrôle est complexe car le JLD ne peut se substituer au corps médical comme l'a souligné la Cour de cassation dans une décision du 27 septembre 2017<sup>471</sup>. Ainsi, il apprécie au regard des informations médicales dont il dispose, notamment l'avis psychiatrique, que l'état clinique du patient ne nécessite plus des soins sous la forme d'une hospitalisation complète. Sa décision se fonde principalement sur le certificat médical joint au dossier.

Dans le cas où le JLD se trouve dans l'incapacité de prendre une décision, il peut solliciter deux expertises psychiatriques, afin de l'aider à statuer. Les médecins, habilités par les tribunaux et n'exerçant pas dans l'établissement d'accueil du patient, procèdent alors à l'examen de celui-ci de manière séparée. De plus, lorsqu'un patient a fait l'objet d'une mainlevée à la suite d'une admission irrégulière, ce dernier peut bénéficier d'une

---

469 Circulaire du 18 août 2014 relative au décret n°2014-897 du 15 août 2014 modifiant la procédure judiciaire de mainlevée et de contrôle des mesures de soins psychiatriques sans consentement.

470 Article R 3211-24 du Code de la santé publique.

Le décret de 2014 apporte des précisions concernant la notion de « circonstances particulières » : cela peut faire écho à un état ou à un contexte particulier (risque pour la sécurité du patient ou d'autrui, environnement familial ou social préjudiciable à la santé du patient, etc....) qui contribuent, au moment où le médecin rédige son avis, à rendre nécessaire le maintien en hospitalisation complète. Il indique également si le patient peut être auditionné ou si des motifs médicaux l'en empêchent.

471 Cour de cassation, Chambre civile 1, 27 septembre 2017, n° 16-22.544.

indemnisation pour le préjudice subi. Certains auteurs dont Jean-Marc Panfili, qualifient cette indemnisation du préjudice lié à l'enfermement « comme étant inhérente à la violation d'une liberté fondamentale »<sup>472</sup>.

Le JLD en tant que garant de la liberté individuelle permet de mieux protéger le patient et son intervention peut avoir des incidences directes sur son parcours de soins, il doit en tout état de cause prendre une décision proportionnée au regard de son état clinique et le préserver de toute atteinte arbitraire.

En définitive, la nature psychiatrique des troubles conduit à une différenciation de la protection du patient hospitalisé non seulement par rapport au patient en soins somatiques mais aussi parmi les personnes en soins psychiatriques selon qu'elles sont en soins libres ou en soins sans consentement. Dès lors, la pathologie psychiatrique implique un exercice des droits particulier au cours d'une hospitalisation complète.

Il convient à présent de se demander si le droit reconnaît des particularités liées au statut du patient hospitalisé.

---

472 PANFILI J-M., « L'hospitalisation en soins sans consentement des détenus atteints de troubles mentaux : un dispositif incertain et controversé », Droit, déontologie et soins n°1, mars 2013, éditions Elsevier MASSON, p 9-15.

PANFILI J-M., « L'intervention du juge judiciaire dans les soins psychiatriques sans consentement : analyse de la jurisprudence depuis la loi du 5 juillet 2011 », CRPA, 1er octobre 2014.

## **Titre 2- Des spécificités résultant du « statut » du patient hospitalisé en psychiatrie**

La démonstration qui suit, va s'attacher aux spécificités de la protection résultant du statut du patient hospitalisé en psychiatrie. D'un côté, le parcours de soins d'une personne peut concerner tous les âges de la vie. Elle peut être prise en charge de l'enfance jusqu'à un âge très avancé. De nombreuses singularités apparaissent pour ces deux moments de la vie. Il s'agit donc de s'intéresser aux statuts du mineur et de la personne âgée (Chapitre 1).

D'un autre côté, la situation juridique dans laquelle se trouve le patient influence l'exercice de ses droits notamment lorsqu'elle est incarcérée ou qu'elle fait l'objet d'une protection juridique (Chapitre 2).

## Chapitre 1 - La protection liée à l'âge du patient

Tant le mineur que la personne âgée, bénéficient d'une protection renforcée de leurs droits. La psychiatrie semble faire à cet égard figure d'exception.

Le statut du mineur et les spécificités qui en découlent sont déjà partiellement reconnus par le législateur mais ne semblent pas encore totalement adaptés aux hospitalisations en pédopsychiatrie<sup>473</sup>.

L'impact du vieillissement sur la pathologie psychiatrique, ne peut plus être ignoré, tant le nombre de patients âgés souffrant de troubles mentaux devient important<sup>474</sup>. Les besoins sont identifiés mais les garanties légales reconnues au patient de droit commun ne sont pas adaptées à la perte d'autonomie et à la pathologie dont souffre le sujet âgé.

Il existe donc une différence dans la prise en compte par le droit de l'âge des personnes hospitalisées en psychiatrie. Aussi, après avoir analysé la protection dont bénéficie le mineur (Section 1), nous analyserons celle de la personne âgée (Section 2).

---

473 Voir en ce sens : Défenseur des droits, rapport « Santé mentale des enfants : le droit au bien-être », 2021.

474 HANON C., « La psychiatrie du sujet âgé : mythe ou réalité ? », Le carnet psy, 2014/4, n°180, p 31- 35.

## **Section 1- La spécificité de la protection du mineur**

Il convient d'analyser dans un premier temps dans quelle mesure le droit positif tente de s'adapter au patient mineur hospitalisé en soins psychiatriques en vue de lui assurer la meilleure protection possible (§1). Dans un second temps, nous nous intéresserons à la manière dont cette protection, en partie spécifique se manifeste (§2).

### **§1 - Le constat d'une protection spécifique**

Le droit positif a une conception de la minorité (A)<sup>475</sup>. Cela se traduit notamment par des modes d'admissions en soins psychiatriques spécifiques (B).

#### **A- L'appréhension de la minorité en psychiatrie**

En pédopsychiatrie, les parents en tant que gardiens naturels tiennent une place prépondérante dans le processus décisionnel (1) limitant de fait l'autonomie du patient mineur dans toute prise de décision relative à sa santé (2).

##### ***1- La primauté de l'autorité parentale***

En situation d'incapacité juridique, le mineur, à moins qu'il ne soit émancipé, est soumis à l'autorité parentale<sup>476</sup> (a). Cependant des dérogations sont envisageables en droit médical mais s'appliquent difficilement en psychiatrie infanto-juvénile (b).

---

475 Voir DUPONT M., BERGOIGNAN-ESPER C., *Droit hospitalier*, Dalloz, 11ème édition, 2022, p 865-872.

476 PANFILI J-M, « L'autonomie réduite de l'adolescent en soins psychiatriques », RDS, n°63, février 2015, p 29.

CGLPL, Rapport « Les droits fondamentaux des mineurs en établissement de santé mentale », 2017, p 14.  
CGLPL, Rapport « Les droits fondamentaux des mineurs enfermés », 2021, p 118.

Voir également, Assemblée nationale, rapport d'information n°726 « une adolescence entre les murs : l'enfermement dans les limites de l'éducatif, du thérapeutique et du répressif sous la direction de Michel AMIEL, septembre 2018.

## a- Le principe de la primauté de l'autorité parentale<sup>477</sup>

En vertu des dispositions du Code civil, les représentants légaux ont l'obligation d'assurer la protection de leur enfant « dans sa sécurité, sa santé et sa moralité »<sup>478</sup>. Par analogie, les titulaires de l'autorité parentale doivent garantir la santé physique et psychique de leur enfant mineur ; dès lors, ils leur incombent de prendre toutes les décisions afférentes à sa santé. En pédopsychiatrie, le principe est également celui de l'exercice de l'autorité parentale dévolu aux deux parents <sup>479</sup>. Dans la majorité des cas, « lorsque le couple est marié, l'autorité parentale reste partagée et s'exerce en commun »<sup>480</sup>. Pour les couples non mariés, le CGLPL rappelle que « l'autorité parentale est scindée, à condition que la filiation ait été volontairement établie à l'égard des deux parents dans l'année qui suit la naissance de l'enfant »<sup>481</sup>. La séparation du couple ne change en rien les règles de dévolution de l'autorité parentale<sup>482</sup>. Toutefois, exceptionnellement, dans l'intérêt de l'enfant, le juge des affaires familiales peut décider que l'autorité parentale sera exercée par un seul des parents<sup>483</sup>. Cette décision a des conséquences sur l'effectivité des droits du parent non titulaire de l'autorité parentale. Cette modulation des droits, tels que le droit de visite ou d'hébergement, doit être prise en compte par le tiers en charge du mineur, en l'occurrence l'équipe hospitalière<sup>484</sup>. Au quotidien, cette autorité parentale se traduit par la réalisation d'une pluralité d'actes dans l'intérêt de l'enfant. Il convient de distinguer selon le type d'actes de soins : usuels ou non usuels.

Les actes usuels sont définis par la circulaire du 19 octobre 2009 comme : « les actes de la vie courante sans gravité, tels que les consultations, les vaccinations, ou les gestes de soins courants qui n'induisent pas un danger particulier pour le patient mineur »<sup>485</sup>. Ces derniers peuvent se réaliser sans l'accord des deux parents. En effet, ladite circulaire précise que « chacun d'eux est réputé agir avec l'accord de l'autre, à l'égard du tiers de bonne foi ». Cette bonne foi sous-entend que la tierce personne « n'a pas connaissance d'une opposition entre les

---

477 PANFILI J-M, *op. cit.*, p 31.

LANTUEJOUL E., mémoire Master 2 « Les spécificités des droits de l'enfant en hospitalisation psychiatrique » (sous la direction de BIOY X.), Toulouse : Université Toulouse 1 Capitole, 2014-2015, p 22.

478 Article 371-1 alinéa 2 du Code civil.

479 Dans le cas d'un divorce, l'autorité parentale reste conjointe sauf si le juge l'attribue à l'un des deux parents auquel la résidence est fixée.

480 JONAS C. et SENON J-L., *Responsabilité médicale et droit du patient en psychiatrie*, EMC Référence, 2002, p 48.

481 CGLPL, Rapport « Les droits fondamentaux des mineurs en établissement de santé mentale », 2017, p 7.

482 Article 373-2 du Code civil.

483 Article 373-2-1 du Code civil.

484 CGLPL, Rapport « Les droits fondamentaux des mineurs en établissement de santé mentale », 2017, p 7.

485 Circulaire DHOS/F4 2009/319 du 19 octobre 2009 relative aux règles de facturation des soins dispensés dans les établissements de santé.



parents sur l'acte en cause ». Si un médecin est informé de l'opposition commune des deux parents quant aux modalités de traitement d'une pathologie, il ne répond plus à la condition posée par l'article 372-2 du Code civil. A contrario, la circulaire définit les actes non usuels comme « des actes lourds ayant des conséquences non négligeables sur le devenir du patient mineur ». A cette occasion, « le consentement des deux titulaires de l'autorité parentale est expressément requis même en cas de séparation ou de divorce ». C'est en ce sens que le Conseil d'État a tranché concernant la prescription d'un antidépresseur pour une mineure âgée de seize ans, venue consulter avec un seul de ses parents divorcés<sup>486</sup>. Dès lors, cet acte médical est considéré comme un acte non usuel, nécessitant l'autorisation des deux parents, car ce dernier ne peut être considéré comme « habituel et fréquent »<sup>487</sup>.

Par analogie, l'hospitalisation en pédopsychiatrie peut être assimilée à un acte non usuel, nécessitant l'accord exprès des deux parents<sup>488</sup> ainsi que l'illustre par exemple une décision du Tribunal administratif de Versailles<sup>489</sup>.

Malgré ce principe de primauté de l'autorité parentale, différentes situations conduisent à des dérogations de droit commun, afin d'assurer la protection de la santé mentale du mineur.

## **b- Les dérogations**

Dans le cadre d'une défaillance de l'autorité parentale, notamment du fait de l'action ou de l'inaction des parents mettant en danger la santé du mineur, le juge peut-il agir dans l'intérêt de l'enfant et prendre des mesures d'assistance éducative<sup>490</sup>. Ainsi, le juge des enfants place sur ordonnance de placement provisoire un enfant dans une structure pouvant assurer son accueil et son hébergement, sans considération du statut de la structure (judiciaire, sanitaire, éducatif). Il a donc la possibilité de placer directement un mineur dans une institution psychiatrique s'il estime au regard de l'état clinique que celui-ci nécessite une évaluation, un traitement et une

---

486 Conseil d'Etat, 7 mai 2014, n°359076.

487 JONAS C., « Un arrêt de principe en matière de soins aux mineurs », *Médecine & Droit*, 2014, p 81-82.  
LANTUEJOUL E., *op. cit.*, p 25.

Voir également : CGLPL, Rapport « Les droits fondamentaux des mineurs en établissement de santé mentale », 2017, p 15.

488 CGLPL, *op. cit.*, p 15.

DUPONT M., REY-SALMON C., *L'enfant et l'adolescent à l'hôpital. Règles et recommandations applicables aux mineurs*, Presses de l'EHESP, mai 2014.

LANTUEJOUL E., *op.cit.*, p 25.

489 TA Versailles, 19 février 2016, non publié.

490 Article 375 du Code Civil.

Article 3 de la Convention relative aux droits de l'enfant adopté par l'Assemblée générale de l'Organisation des Nations unies, le 20 novembre 1989.

CGLPL, *op. cit.*, p7.

prise en charge spécialisée. Cette mesure est provisoire et fera l'objet d'un examen périodique<sup>491</sup>. Toutefois, cette décision judiciaire ne prive pas les parents de leur autorité parentale mais le jugement peut définir les modalités et le rythme concernant le droit de correspondance et le droit de visite. Dans le cadre de la protection de l'enfance, les visites peuvent être médiatisées durant une période d'hospitalisation à temps complet. Ceci signifie qu'une tierce personne, en l'occurrence un membre de l'équipe médicale assiste à la visite parentale. Au-delà de ce dispositif, les visites peuvent être suspendues, l'autorité parentale peut être déchuë voire transférée et dans ce cas un jugement est nécessaire. En pratique, la tierce personne à qui est confié l'enfant, peut accomplir tous les actes usuels, tout en informant les parents des conditions d'accueil de leur enfant ; seuls les actes non usuels nécessitent l'accord parental.

Dans le cadre d'une urgence médicale, il est permis de déroger aux règles de droit commun<sup>492</sup>. En effet, le Code de déontologie médicale, autorise le médecin à délivrer des soins urgents au mineur, sans obtenir l'accord préalable des parents<sup>493</sup>. L'urgence ne dispense pas le médecin de tenter de prévenir les parents pour obtenir leur consentement, ainsi que de recueillir celui du mineur<sup>494</sup>. En vertu de l'article L1111-4 alinéa 7 du Code de la santé publique, dans l'hypothèse d'un refus de traitement de la part d'un des parents pouvant entraîner de graves conséquences pour la santé du mineur, le médecin est autorisé à délivrer les soins indispensables<sup>495</sup>. Dans le cas d'une urgence psychiatrique, le législateur n'apporte aucune précision. De ce fait, les médecins appliquent en pratique les dispositions précitées relatives à l'urgence somatique. Ainsi, si l'état de santé mentale du mineur est tel qu'il peut se mettre en danger ou constituer un danger pour autrui, les psychiatres à titre dérogatoire lui délivrent des soins en urgence, sans obtenir au préalable l'accord des titulaires de l'autorité parentale<sup>496</sup>. Le CGLPL recommande cependant la saisine du juge judiciaire sur le fondement de l'article R 1112-35 du Code de la santé publique<sup>497</sup>.

---

491 BOTBOL M., CHOQUET L-H., HAMON H., GOURBIL A., « Ordonnance de placement provisoire et obligation de soins en psychiatrie de l'adolescent », EMC Psychiatrie, volume 16-1, n°177, Janvier 2019.

492 LANTUEJOUL E., *op. cit.*, p 26-27.  
CGLPL, *op. cit.*, p 18.

493 Article 42 du Code de déontologie médicale.

494 Article R4127-42 du Code de santé publique.  
CGLPL, *op. cit.*, p 18.

Circulaire DHOS/F4 2009/319 du 19 octobre 2009 relative aux règles de facturation des soins dispensés dans les établissements de santé.

495 KIMMEL-ALCOVER A., « L'autorité parentale à l'épreuve de la santé des mineurs : chronique d'un déclin annoncé », RDSS, 2005.

PANFILI J-M, « L'autonomie réduite de l'adolescent en soins psychiatriques », RDS, n°63, février 2015, p 33.

496 [Http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/admission\\_mineur\\_dans\\_un\\_etablissement\\_de\\_sante.pdf](http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/admission_mineur_dans_un_etablissement_de_sante.pdf)  
Circulaire DHOS/F4 2009/319 du 19 octobre 2009 relative aux règles de facturation des soins dispensés dans les établissements de santé.

497 CGLPL, Rapport « Les droits fondamentaux des mineurs en établissement de santé mentale », 2017, p 18-19.

Malgré tout, il semble exister comme l'indique certains auteurs, une autonomie décisionnelle limitée du mineur<sup>498</sup>.

## ***2- L'autonomie décisionnelle limitée du patient mineur***

Selon les termes de l'article 371-1 du Code civil : « Les parents associent l'enfant aux décisions qui le concernent, selon son âge et son degré de maturité »<sup>499</sup>. Malgré la prépondérance de l'autorité parentale que nous avons précédemment soulignée, l'autonomie décisionnelle d'un mineur n'est pas totalement exclue. Il s'agit alors d'étudier deux hypothèses au sein desquelles elle peut s'exprimer : lors d'une demande de soins psychiatriques d'une part (a), lors du choix du psychiatre et de l'établissement de santé d'autre part (b).

### **a- L'autonomie décisionnelle du mineur en termes de demande de soins psychiatriques**

Selon Jean-Marc Panfili, la question est celle de savoir si, au regard de l'article L1111-5 du Code de la santé publique, un mineur peut se présenter, sans la présence de ses parents, auprès d'un service de pédopsychiatrie pour recevoir des soins dans le cadre d'une hospitalisation<sup>500</sup>. Pour répondre à cette question, il faut évaluer le degré d'autonomie du mineur<sup>501</sup>.

L'article L3211-10 du Code de la santé publique précise que la demande d'admission relative à un mineur incombe aux titulaires de l'autorité parentale. Le législateur n'apporte aucune précision concernant la démarche autonome d'un mineur, demandeur de soins auprès d'un établissement de santé<sup>502</sup>. Ce silence interroge car il existe des situations familiales dans lesquelles le juge n'est pas encore intervenu pour constater une défaillance parentale, alors même que l'enfant pourrait être demandeur de soins. Le CGLPL souligne en effet que « la loi

---

498 LANTUEJOUL E., *op. cit.*, p 33.

PANFILI J-M, « L'autonomie réduite de l'adolescent en soins psychiatriques », RDS, n°63, février 2015, p 35.

499 Voir en ce sens : CGLPL, Rapport « Les droits fondamentaux des mineurs en établissement de santé mentale », 2017.

500 PANFILI J-M, *op. cit.*, p 35.

Voir en ce sens, LANTUEJOUL E., *op. cit.*, p 45.

501 Voir Assemblée nationale, rapport d'information n°726 « une adolescence entre les murs : l'enfermement dans les limites de l'éducatif, du thérapeutique et du répressif sous la direction de Michel AMIEL, septembre 2018.

502 Question écrite au Gouvernement n°36681, JO du 3 septembre 2013, p 9161, réponse publiée au JO du 17 décembre 2013, p 12169.

n'envisage aucunement l'autonomie du mineur prévue par l'article L1111-5 du Code de la santé publique » en matière de soins psychiatriques<sup>503</sup>. À la lecture de l'article L3211-10 du Code de la santé publique, seule la décision d'admission et la levée de cette mesure peuvent être demandées par les titulaires de l'autorité parentale. En ce sens, le législateur n'a pas explicitement exclu l'autonomie du mineur durant le déroulement de l'hospitalisation psychiatrique<sup>504</sup>. Durant cette période, l'avis du patient mineur peut être pris en compte par le pédopsychiatre et l'équipe de soins. Par analogie, on pourrait alors admettre, une autonomie du mineur durant l'hospitalisation, dès lors qu'il adhère aux soins. Dans ce cas, l'émergence d'une pré-majorité sanitaire s'affirmerait peu à peu, tout en modulant l'exercice de l'autorité parentale<sup>505</sup>. A la différence de l'hospitalisation complète, l'autonomie du mineur semble déjà reconnue lorsqu'il est demandeur de soins en ambulatoire<sup>506</sup>.

Cette autonomie décisionnelle se révèle progressivement à travers le choix du praticien et de l'établissement de soins.

## **b- L'autonomie décisionnelle du mineur en termes de choix du praticien et de l'établissement de santé**

Le législateur reconnaît clairement, selon les termes de l'article L3211-1 du Code de la santé publique, que « toute personne » dispose de la liberté de choix du praticien et de l'établissement de santé. De ce fait, comme l'évoquent certains auteurs, rien n'empêche a priori que le patient mineur puisse choisir son médecin traitant, alors même qu'il a été hospitalisé sur décision parentale<sup>507</sup>. Or, il est précisé dans le même article du Code de la santé publique que « 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 ». Pour interpréter cette disposition, il est alors nécessaire de savoir où l'on se situe dans le parcours de soins du patient mineur. Ainsi, si l'on se positionne lors de la décision d'admission, les parents ont la faculté de choisir le médecin et l'équipe qui prend en charge le

---

503 CGLPL, Rapport « Les droits fondamentaux des mineurs en établissement de santé mentale », 2017, p 18.

504 PANFILI J-M, *op. cit.*, p 35.

505 PANFILI J-M, *op. cit.*, p 35.

Voir en ce sens, LANTUEJOUL E., *op. cit.*, p 45.

506 Conseil d'Etat, 17 novembre 2006, n°270863.

Voir en ce sens, PANFILI J-M, *op. cit.*, p 36.

LANTUEJOUL E., *op.cit.*, p 46.

507 PANFILI J-M, *op. cit.*, p 35.

Voir en ce sens, LANTUEJOUL E., *op.cit.*, p 46.

patient mineur. A l'inverse, si on se place lors du déroulement de l'hospitalisation, Jean-Marc Panfili propose que le mineur ayant un discernement suffisant, puisse exercer seul ce choix<sup>508</sup>.

Dans tous les cas, le législateur prévoit une protection spécifique du mineur en psychiatrie à travers une adaptation des modalités d'admission.

## **B- Des modalités d'admission liées la minorité du patient**

Comme tout patient hospitalisé en psychiatrie, une dualité de la prise en charge psychiatrique existe pour le patient mineur. Ainsi, il peut être admis soit en soins psychiatriques libres (1) soit en soins psychiatriques sans consentement (2).

### ***1- Les soins psychiatriques libres***

Il existe plusieurs régimes d'admission en soins psychiatriques libres, alors même, que le mineur ne peut en toute autonomie y consentir seul<sup>509</sup>. Un mineur peut être admis en soins libres soit à la demande de ses parents (a) soit à la demande de l'aide sociale à l'enfance (b).

#### **a- A la demande des titulaires de l'autorité parentale**

Les soins psychiatriques libres sont considérés pour le patient mineur comme le régime classique d'hospitalisation. Or, comme nous l'avons évoqué précédemment, la primauté de l'autorité parentale implique que seul l'accord des deux parents autorise une hospitalisation<sup>510</sup>. En pratique, le recueil du consentement des deux parents est complexe ce qui conduit parfois à une impossibilité d'hospitaliser le patient mineur. Le médecin et l'équipe soignante doivent tout mettre en œuvre pour recueillir ce dernier et le tracer dans le dossier médical du mineur<sup>511</sup>. Dans les rares cas où l'autorité parentale a été confiée à un seul parent à la suite d'une décision judiciaire, l'autre parent doit être informé et peut s'opposer à l'admission<sup>512</sup>. Dans ce cas, le juge des affaires familiales est compétent pour trancher le litige relatif à

---

508 PANFILI J-M, « L'autonomie réduite de l'adolescent en soins psychiatriques », RDS, n°63, février 2015, p 29-46.

509 Voir Assemblée nationale, rapport d'information n°726 « une adolescence entre les murs : l'enfermement dans les limites de l'éducatif, du thérapeutique et du répressif sous la direction de Michel AMIEL, septembre 2018.

510 Article L3211-10 du Code de santé publique.

511 VIALLA F., « Relation de soin et minorité », Petites affiches, n°57, 20 mars 2015, p 4.

512 CGLPL, Rapport « Les droits fondamentaux des mineurs en établissement de santé mentale », 2017, p 21.

l'hospitalisation psychiatrique du mineur<sup>513</sup>. Lors de l'admission, l'établissement de santé doit procéder à la vérification de l'identité des accompagnants et le régime d'exercice de l'autorité parentale ce qui n'est pas toujours aisé en pratique<sup>514</sup>. Si l'accompagnant n'est pas le détenteur de l'autorité parentale, l'établissement de santé a l'obligation de contacter les parents pour obtenir un accord écrit en tant que titulaires de l'autorité parentale.

Au-delà de ces modalités d'admission, la notion même de soins libres en pédopsychiatrie est discutable<sup>515</sup>. Le CGLPL souligne que le terme « libre » interroge fortement et prête à confusion<sup>516</sup>. En effet, il précise que « l'admission n'est conditionnée ni par la demande du mineur, ni par son accord, mais uniquement par celui de ses représentants légaux »<sup>517</sup>. Pourtant à la lecture de l'article L1111-4 alinéa 7 du Code de la santé publique, le consentement du mineur doit être recherché, s'il est apte à exprimer sa volonté<sup>518</sup>. Cependant, il n'existe aucune disposition relative à la psychiatrie infanto-juvénile. Le CGLPL exprime des inquiétudes quant à la possibilité pour un mineur, de consentir à une hospitalisation : « il faudrait au préalable, qu'il ait conscience de son trouble mental »<sup>519</sup>.

Plus encore, au regard des garanties légales, « un mineur hospitalisé à la demande de ses parents est moins bien protégé qu'un majeur hospitalisé à la demande d'un tiers » pour le CGLPL<sup>520</sup> : « cette procédure ne prévoit pas le certificat médical d'un médecin extérieur à l'établissement, ni la période d'observation de soixante-douze heures, avec les certificats médicaux afférents, ni l'audition devant le JLD »<sup>521</sup>. En effet, le patient mineur hospitalisé en soins libres, autrement dit à la demande de ses parents considérés comme « tiers demandeur » pour le CGLPL, ne peut bénéficier des garanties offertes à un patient majeur hospitalisé sous contrainte<sup>522</sup>.

L'admission du mineur à la demande de l'Aide sociale à l'enfance (ASE), autre modalité de soins libres du mineur mérite aussi une attention particulière.

---

513 Article L3211-10 du Code de la santé publique.

514 CGLPL, *op. cit.*, p 21.

515 SWELNIARZ B., « Soins sans consentement pour les mineurs », *Perspectives Psy*, 2009/1, volume 48, p 38 à 43.

516 CGLPL, Rapport « Les droits fondamentaux des mineurs en établissement de santé mentale », 2017, p 20.

517 *Ibid.*

518 LANTUEJOUL E., *op. cit.*, p 37.

519 CGLPL, Rapport « Les droits fondamentaux des mineurs en établissement de santé mentale », 2017p 21.

Voir également, SWELNIARZ B., « Soins sans consentement pour les mineurs », *Perspectives Psy*, 2009/1, volume 48, p 38 à 43.

520 CGLPL, *op. cit.*, p 21.

521 GUIDI J. et al. « Etudes rétrospective concernant les mineurs hospitalisés en psychiatrie adulte », *L'information psychiatrique*, 2018, n°3, Volume 94, p 183-188.

522 CGLPL, Rapport « Les droits fondamentaux des mineurs en établissement de santé mentale », 2017, p 21-22.

## **b- A la demande de l'Aide sociale à l'enfance**

Dans le cadre d'une demande de l'ASE, l'équipe hospitalière doit se procurer par tout moyen, la décision judiciaire de placement et vérifier les modalités d'exercice de l'autorité parentale. Selon une classification proposée par le CGLPL, plusieurs types de placement sont envisageables et ont des conséquences distinctes sur l'exercice des droits parentaux<sup>523</sup>.

D'abord, sur le fondement de l'article L222-5 alinéa 1 du Code de l'action sociale et des familles, lorsqu'un mineur est confié à l'ASE dans le cadre d'un contrat d'accueil provisoire conclu avec les parents, ces derniers conservent l'ensemble de leurs droits<sup>524</sup>. Les parents restent les seuls décisionnaires de l'admission. A titre exceptionnel, notamment lorsqu'il est impossible de contacter l'un des représentants légaux, l'Aide sociale à l'enfance a la possibilité de se substituer aux titulaires de l'autorité parentale et de demander l'admission<sup>525</sup>. Si les parents sont joignables et refusent les soins psychiatriques qui paraissent indispensables, mais non urgents, l'ASE ou le médecin peut saisir soit le procureur de la République, soit le juge des enfants comme le rappelle le CGLPL<sup>526</sup>.

Ensuite, selon les termes de l'article 375-7 alinéa 1 et 2 du Code civil, dans le cadre d'une procédure d'assistance éducative confiant l'enfant à un tiers par exemple une personne physique, un établissement d'éducation ou l'ASE, les parents conservent l'intégralité de leurs droits et sont compétents pour demander une admission si l'état de santé de leur enfant le nécessite. A titre dérogatoire, le juge des enfants admet la possibilité pour le gardien de l'enfant d'exercer un acte relevant de l'exercice de l'autorité parentale, tel que la délivrance de soins psychiatriques et le placement en établissement de santé<sup>527</sup>. Il faut alors apporter la preuve qu'une telle décision est issue d'un refus injustifié, voire d'une négligence de la part des parents quant à la santé de leur enfant. Pourtant, comme le souligne le CGLPL, la lecture de l'article R1112-34 du Code de la santé publique traduit une articulation complexe avec l'article 375-7 alinéa 1 et 2 du Code civil voire une incompatibilité de ces deux articles. L'article R1112-34 alinéa 2 du Code de la santé publique prévoit en effet que « l'admission d'un mineur est prononcée à la demande du directeur de l'établissement qui prend en charge un enfant placé sur décision judiciaire ou à celle du gardien ». Le CGLPL souhaiterait que

---

523 CGLPL, Rapport « Les droits fondamentaux des mineurs en établissement de santé mentale », 2017, 22 - 23.

524 CGLPL, *op. cit.*, p 23.

525 Article R1112-34 alinéa 3 du Code de la santé publique.

526 CGLPL, *op.cit.*, p 23.

527 CGLPL, *op.cit.*, p 23.

cette disposition réglementaire soit abrogée<sup>528</sup> car elle va à l'encontre de la finalité de l'assistance éducative qui est d'associer obligatoirement les parents au projet de vie et de soins de leur enfant<sup>529</sup>. Cette abrogation n'est toutefois pas intervenue avec la loi du 7 février 2022 *relative à la protection des enfants*<sup>530</sup>.

Enfin, dans le cadre d'une mesure d'Assistance éducative en milieu ouvert (AEMO), le juge des enfants peut décider que le maintien à domicile implique pour l'enfant de répondre à des obligations particulières, notamment la prise en charge dans un établissement sanitaire ou éducatif<sup>531</sup>. Dans cette hypothèse, le juge des enfants impose aux parents de consentir à une telle mesure, lorsqu'elle est justifiée médicalement sans qu'il ait besoin de l'ordonner lui-même<sup>532</sup>.

En définitive, les modalités de soins libres pour le patient mineur sont plus étendues que celles du patient de droit commun. Dans le même sens, des spécificités existent concernant les soins sans consentement.

## ***2- Les soins psychiatriques sans consentement***

En pédopsychiatrie, tant l'autorité judiciaire (a) que l'autorité administrative (b), peuvent être à l'origine d'une admission en soins sans consentement à des fins de protection du mineur. Dans la pratique, l'hospitalisation à la demande de l'autorité judiciaire est la plus fréquente.

### **a- A la demande de l'autorité judiciaire**

Selon le CGLPL, le placement ordonné par le juge des enfants n'est pas inscrit parmi les mesures de soins sans consentement prévues par l'article L3211-1 et suivants du Code de la santé publique et ne fait pas non plus l'objet d'une inscription prévue pour les mesures de soins sans consentement dans le registre de la loi conformément à l'article L 3212-11 du Code de la santé publique<sup>533</sup>. Cette mesure de soins distincte du placement auprès de l'ASE est une mesure de protection, d'assistance, de surveillance et d'éducation, dès lors, que le milieu

---

528 CGLPL, Rapport « Les droits fondamentaux des mineurs en établissement de santé mentale », 2017, 22 - 23.

529 Voir en ce sens les articles L223-1-1 et L223-3 du Code de l'action sociale et des familles.

530 Loi n° 2022-140 du 7 février 2022 relative à la protection des enfants.

531 Article 375-2 alinéa 3 du Code civil.

532 CGLPL, Rapport « Les droits fondamentaux des mineurs en établissement de santé mentale », 2017, p 24.

533 CGLPL, *op. cit.*, p 29.



habituel du mineur ne lui permet pas de garantir sa santé et sa sécurité<sup>534</sup>. Lorsque le juge des enfants prononce une ordonnance de placement provisoire dans un établissement psychiatrique des conditions spécifiques sont nécessaires<sup>535</sup>. Au titre de l'article 375-9 du Code civil, le juge des enfants prononce cette mesure sur la base d'un avis médical circonstancié émanant d'un médecin extérieur à l'établissement d'accueil, pour une durée maximale de quinze jours<sup>536</sup>. Cet avis doit expliciter les éléments attestant de la nécessité de prodiguer des soins psychiatriques. A l'issue de ces quinze jours, la mesure peut être prolongée sur un « avis médical conforme d'un psychiatre de l'établissement d'accueil, pour une durée d'un mois renouvelable »<sup>537</sup>. Le renouvellement est admis uniquement si l'établissement transmet au juge un certificat médical explicitant d'une part, la nécessité de poursuivre les soins et d'autre part, des éléments permettant d'évaluer l'implication des parents pour sauvegarder la santé mentale de leur enfant<sup>538</sup>. Le placement s'impose tant au mineur, à l'hôpital, qu'aux titulaires de l'autorité parentale. Au cours de cette période de placement, les parents, toujours titulaires de leur autorité parentale, doivent pouvoir en exercer tous les attributs qui ne sont pas incompatibles avec cette mesure<sup>539</sup>.

En cas d'urgence, le juge des enfants peut rendre une ordonnance de placement provisoire, sans audition des personnes concernées, notamment si l'enfant se trouve dans une situation de danger imminent. En son absence, le procureur de la République est compétent pour prendre une telle décision, mais doit toutefois saisir le juge des enfants dans un délai de huit jours<sup>540</sup>. Dans ce cas, le juge procède aux auditions des parents et du mineur, dans un délai de quinze jours. En comparaison à l'admission des patients adultes sur demande du représentant de l'Etat, le législateur ne prévoit pas les certificats des vingt-quatre heures et soixante-douze heures et n'offre pas au patient mineur les garanties offertes à tout patient admis en soins sans consentement, qui sont énumérées à l'article L3211-3 du Code de la santé publique. Pour autant, comme le souligne le CGLPL, cette admission en psychiatrie étant prononcée par un juge judiciaire, le patient peut bénéficier de toutes les garanties offertes par la procédure civile<sup>541</sup>.

Le CGLPL rappelle que le placement direct d'un mineur au sein d'un établissement public de

---

534 PANFILI J-M, *op. cit.*, p 44.

LANTUEJOUL E., *op. cit.*, p 71.

535 PANFILI J-M, *op. cit.*, p 43.

536 Voir par exemple : CA de Rioms, chambre des mineurs, 11 mai 2004, n°04/00023.

537 Article 375-9 du Code civil.

Voir en ce sens : CGLPL, Rapport « Les droits fondamentaux des mineurs en établissement de santé mentale », 2017, 22 - 23.

538 Article 375-9 du Code civil.

539 Article 375-7 alinéa 1 du Code civil.

540 Article 375-2 et 375-5 du Code civil.

541 CGLPL, Rapport « Les droits fondamentaux des mineurs en établissement de santé mentale », 2017, p 30.

santé, confère à ce dernier, la qualité de « gardien » disposant ainsi de devoirs et pouvoirs à l'égard du patient<sup>542</sup>. D'une part, il a l'obligation d'informer le patient de ses droits et devoirs en sa qualité de personne hospitalisée mais aussi de citoyen, notamment le droit de rencontrer un avocat, de saisir le juge. D'autre part, sa qualité de gardien lui permet d'accomplir tous les actes usuels nécessaires pour assurer la sécurité et l'éducation du patient mineur<sup>543</sup>. L'établissement doit veiller à respecter les droits des parents, notamment les informer de l'évolution de l'état de santé de leur enfant, le droit de communiquer avec lui et de lui rendre visite<sup>544</sup>. Dans l'hypothèse où l'exercice des droits parentaux portent préjudice à la prise en charge psychiatrique de leur enfant et détériorent son état clinique, l'établissement a la faculté d'en informer le juge. Sur décision judiciaire, les communications peuvent être suspendues, pour une durée déterminée dans l'intérêt de l'enfant, ou encore, les visites plus espacées. Dans le cas où les parents refusent la délivrance d'un traitement, ou d'un autre acte médical, l'établissement peut également avertir le juge des enfants. Sur le fondement de l'article 375-7 du Code civil, il peut accorder à l'établissement l'exercice de prérogatives rattachées à l'autorité parentale, toujours dans l'intérêt de l'enfant.

Le représentant de l'Etat est également compétent pour admettre un patient mineur en soins sans consentement.

### **b- A la demande du représentant de l'État**

Les admissions en soins sans consentement du patient mineur à la demande du représentant de l'Etat doivent répondre aux mêmes conditions que celles prévues pour les adultes<sup>545</sup>, tant pour la procédure de droit commun<sup>546</sup>, que pour la procédure dérogatoire<sup>547</sup>. Conformément à l'article L3213-1 du Code de la santé publique, les soins psychiatriques doivent être nécessaires au regard de l'état clinique du mineur, attestés dans un certificat médical émanant d'un psychiatre n'exerçant pas dans l'établissement d'accueil. De plus, les troubles mentaux du mineur doivent compromettre la sûreté des personnes, ou porter atteinte à l'ordre public. Le formalisme attendu est également similaire à celui prévu pour le régime des patients adultes. Cette transposition du régime des SDRE aux patients mineurs offre les mêmes garanties de

---

542 CGLPL, Rapport « Les droits fondamentaux des mineurs en établissement de santé mentale », 2017, p 31.

543 *Ibid.*

544 *Ibid.*

545 CGLPL, Rapport « Les droits fondamentaux des mineurs enfermés », 2021, p 124.

546 Article L3213-1 du Code de santé publique.

547 Article L3213-2 du Code de santé publique.

protection, ainsi que les mêmes voies de recours. Selon Eve Lantuejoul : « une simple transposition n'est toutefois pas suffisamment protectrice puisqu'aucune disposition ne prévoit des modalités spécifiquement adaptées pour les mineurs »<sup>548</sup>.

Si le droit positif prévoit, on vient de l'étudier, une protection a priori spécifique de l'enfant hospitalisé, il reste à analyser ses manifestations concrètes pour en mesurer son étendue exacte.

## **§2 - Les manifestations d'une protection spécifique**

L'hospitalisation complète d'un mineur nécessite une adaptation de ses droits d'une part (A), et met en lumière le développement insuffisant de son droit au recours d'autre part (B).

### **A- Des droits adaptés**

Malgré l'exercice de l'autorité parentale sur sa personne, le mineur pris en charge en soins psychiatriques est titulaire de droits<sup>549</sup>. Il bénéficie d'une adaptation de ces derniers, au regard de sa capacité, de sa maturité et de son discernement. Des aménagements dans l'exercice de sa liberté d'aller et venir et de sa vie privée sont fréquemment mis en œuvre et sont considérés comme un gage de protection<sup>550</sup> (1). D'autres droits font l'objet d'une limitation lors d'une l'hospitalisation notamment le droit à l'éducation et celui concernant la confidentialité des informations relatives à la santé du mineur car ils sont plus complexes à mettre en œuvre (2).

#### ***1- Des aménagements nécessaires à des fins de protection du mineur***

Du fait de sa minorité, le patient fait l'objet de nombreuses restrictions de ses droits fondamentaux justifiées uniquement par son statut de mineur et non par son régime de soins. Tant la liberté d'aller et venir (a) que le droit au respect de sa vie privée (b) sont particulièrement concernés.

---

548 LANTUEJOUL E., *op.cit.*, p 51.

549 La convention internationale des droits de l'enfant a été adoptée par l'assemblée générale des Nations Unies le 20 novembre 1989, elle est entrée en vigueur en France l'année suivante.

550 BOURRET R., FAURE M., MARTINEZ E., VIALLA F., « Mineur et secret médical », RDS, n°65, 2015, p374-379.

## a- La liberté d'aller et venir

Conformément à l'article L3211-2 du Code de la santé publique, le patient admis en soins libres dispose de sa liberté d'aller et venir. Initialement, la possibilité légale de restreindre cette liberté est conditionnée par l'état de santé et la mise en œuvre du traitement. Tel ne semble pas être le cas pour le patient mineur. La plupart des services de pédopsychiatrie sont fermés et ce, pour assurer la protection et la sécurité du mineur mais aussi pour éviter les sorties sans autorisation<sup>551</sup>. Ces pratiques répondent bien souvent aux attentes de l'administration afin d'éviter par exemple une action en responsabilité pour défaut de surveillance d'un mineur<sup>552</sup>. Une telle fermeture des services interroge quant à la proportionnalité de l'atteinte à la liberté d'aller et venir. Il serait opportun d'engager une réflexion sur l'ouverture de ces services, par exemple en portant une attention particulière à l'adhésion du mineur aux soins qui lui sont délivrés et en les sensibilisant sur les risques d'une rupture de soins.

La question des sorties et des mesures d'isolement et de contention sont particulièrement sensibles au regard du respect de la liberté individuelle et donc d'aller et venir du patient.

Les sorties ont une finalité thérapeutique et fréquemment en pédopsychiatrie, seules celles qui sont accompagnées sont autorisées. En effet, au regard de l'état clinique du patient mineur, le médecin peut en accorder sous certaines conditions. Les sorties ne peuvent être prononcées que sur un avis médical et sur autorisation parentale comme dans toute autre discipline médicale<sup>553</sup>. Des modalités de sortie spécifiques peuvent également être mises en œuvre sur décision parentale. Dans tous les cas, l'autorisation parentale doit faire l'objet d'un écrit consigné dans le dossier médical du patient afin d'assurer une traçabilité en cas de contentieux. Ainsi, lors d'une permission d'un mineur et dans l'hypothèse d'un non-respect des horaires, l'équipe peut déclencher une procédure de fugue. Une déclaration est établie auprès de la famille ou des tuteurs légaux, de l'administration hospitalière et des services de police. Toute sortie hors de l'unité non autorisée est considérée comme une fugue et fait l'objet de la procédure évoquée précédemment. Ces constats issus de la pratique démontrent à quel point la liberté d'aller et venir d'un mineur est aménagée durant sa prise en charge hospitalière.

La mise en œuvre des mesures d'isolement et de contention est également un parfait exemple de ces aménagements à la liberté d'aller et venir du patient mineur<sup>554</sup>. L'instruction du ministère des

---

551 CGLPL, Rapport « Les droits fondamentaux des mineurs en établissement de santé mentale », 2017, p 39. LANTUEJOUL E., *op. cit.*, p 88.

552 CGLPL, Rapport « Les droits fondamentaux des mineurs en établissement de santé mentale », 2017, p 39.

553 Article R 1112-64 du Code de la santé publique.

554 CGLPL, Rapport « Les droits fondamentaux des mineurs en établissement de santé mentale », 2017, p 39.

Solidarités et de la Santé en date du 29 mars 2017<sup>555</sup> rappelle que « le patient admis en soins libres ne peut faire l'objet d'une mesure d'isolement ou de contention qu'en cas d'urgence, pour une durée limitée, afin de résoudre une situation clinique urgente ou le temps de modifier la modalité de soins »<sup>556</sup>. Il est opportun de s'interroger sur l'usage de ces pratiques en pédopsychiatrie puisqu'à ce jour, il n'existe aucune disposition législative ou réglementaire interdisant le recours à ces mesures pour le patient mineur en soins sans consentement<sup>557</sup>. Le CGLPL préconise de « ne pas y recourir pour les enfants de moins de 13 ans »<sup>558</sup>. Selon lui, une réflexion doit être engagée pour encadrer juridiquement le recours à de telles mesures pour le patient mineur afin de lui offrir une protection efficiente<sup>559</sup>.

Le respect de la vie privée du mineur hospitalisé semble aussi poser des difficultés.

## **b- Le respect de la vie privée**

Comme toute personne selon l'article 9 du Code civil, le mineur est titulaire du droit au respect de sa vie privée<sup>560</sup>. D'ailleurs l'article 10 de la Charte de l'enfant hospitalisé le rappelle : « l'intimité de chaque enfant doit être respectée. Il doit être traité avec tact et compréhension en toute circonstance »<sup>561</sup>. Pour des raisons de confidentialité, de respect de droit à l'image et de sécurité, les photos et vidéos sont formellement interdites dans les unités de pédopsychiatrie<sup>562</sup>. En effet, comme le précise les articles 414-3 du Code civil et 226-1 du Code pénal, la responsabilité civile et pénale de l'adolescent peut être engagée en cas de non-respect de la loi. Or, le rôle éducatif des soignants est primordial et il est opportun de sensibiliser les enfants et adolescents sur cette thématique plutôt que de leur interdire toute communication durant leur hospitalisation. La gestion des autres effets personnels est

---

555 Instruction DGOS/R4/DGS/SP4/2017/109 du 29 mars 2017 relative à la politique de réduction des pratiques d'isolement et de contention au sein des établissements de santé autorisés en psychiatrie et désignés par le directeur général de l'agence régionale de santé pour assurer des soins psychiatriques sans consentement.

556 HAS, Recommandations de bonnes pratiques, Février 2017, p 10.

Voir également : Senat, rapport d'information de Michel Amiel « Situation de la psychiatrie des mineurs en France », n° 494, 2017.

557 LANTUEJOUL E., *op.cit.*, p 107.

558 CGLPL, Rapport « Les droits fondamentaux des mineurs en établissement de santé mentale », 2017, p 56.

559 CGLPL, Rapport « Les droits fondamentaux des mineurs en établissement de santé mentale », 2017, p 48-49.

560 Article 9 du Code civil.

Article L1110-4 du Code de la santé publique.

Article 8 de la Convention de sauvegarde des droits de l'homme et des libertés fondamentale, 4 novembre 1950.

561 Charte Européenne des Droits de l'Enfant Hospitalisé adoptée par le Parlement Européen le 13 mai 1986.

562 LANTUEJOUL E., *op.cit.*, p 90.

similaire à celle prévue pour le patient adulte, ainsi que pour les objets jugés dangereux, substances illicites et interdites<sup>563</sup>.

Le respect de la vie privée durant l'hospitalisation se manifeste également par un droit de visite du mineur. Celui-ci est autorisé au sein de l'unité, mais reste soumis à l'autorité parentale et aux souhaits du patient<sup>564</sup>. Selon la circulaire du 1er août 1983 *relative à l'hospitalisation des enfants*, ce droit peut être modulé en pratique et faire l'objet de restrictions afin de respecter le projet de soins personnalisé du mineur<sup>565</sup>.

L'usage du tabac est un droit qui peut être aménagé au cours d'une hospitalisation. Conformément à la loi dite *Évin* en date du 10 janvier 1991<sup>566</sup>, l'usage est interdit à l'intérieur des locaux et selon l'article L3513-6 du Code de la santé publique, le vapotage y est également interdit. En tout état de cause, la consommation de tabac et du vapotage nécessite une autorisation parentale préalable ce qui limite considérablement la liberté du mineur de consommer du tabac ou de vapoter<sup>567</sup>.

Certains éléments issus de la pratique, témoignent de la mise en place de restrictions strictes, quant au respect de la vie privée durant un séjour en pédopsychiatrie. Par exemple, dans les services de pédopsychiatrie en Haute-Garonne, certains droits liés à la vie privée du mineur sont suspendus pour une durée de quarante-huit heures après l'admission. Ce temps est justifié pour permettre une évaluation clinique et s'assimilerait de fait à la période d'observation et de soins de soixante-douze heures, prévue initialement pour les majeurs hospitalisés. Le droit d'accès au téléphone<sup>568</sup>, le droit de visite et les sorties sont alors interdites, alors même qu'une telle pratique n'est pas prévue par les textes<sup>569</sup>. D'après les équipes médicales, cette « coupure thérapeutique » permet de rompre avec l'environnement et permet d'accroître l'adhésion aux soins<sup>570</sup>. Au-delà de cette période, les droits du mineur sont à nouveau pleinement effectifs, ou peuvent faire l'objet d'aménagement, selon son état clinique. Par exemple, dans un service de pédopsychiatrie de l'hôpital Gérard Marchant, les équipes mettent à disposition du patient avec l'autorisation des parents un portable, le temps d'une hospitalisation.

---

563 Article R1112-48 du Code de santé publique.

564 LANTUEJOUL E., *op.cit.*, p 92-93.

565 Circulaire n° 83-24 du 1er août 1983 relative à l'hospitalisation des enfants.

566 Loi n° 91-32 du 10 janvier 1991 relative à la lutte contre le tabagisme et l'alcoolisme.

567 Article L3511-2-1 du Code de santé publique.

Voir en ce sens, CGLPL, Rapport « Les droits fondamentaux des mineurs en établissement de santé mentale », 2017, p 42.

568 CGLPL, Rapport « Les droits fondamentaux des mineurs en établissement de santé mentale », 2017, p 42.

569 LANTUEJOUL E., *op.cit.*, p 90.

570 CGLPL, *op. cit.*, p 41.

LANTUEJOUL E., *op.cit.*, p 91.

Si des restrictions sont mises en place dans un intérêt certain de protection du mineur, d'autres sont davantage liées à une difficulté de mise en œuvre des droits ce qui pose évidemment question.

## ***2- Des restrictions inhérentes à des difficultés de mises en œuvre des droits***

Les prérogatives décisionnelles des représentants légaux en matière médicale ont nécessairement un impact sur l'application et le respect des droits du mineur. Il en est ainsi en particulier du respect de la confidentialité des informations relatives à sa santé d'une part (a), de celui du droit à l'éducation d'autre part (b).

### **a- Le droit à la confidentialité des informations relatives à la santé du mineur**

On le sait, comme tout autre patient, le mineur a droit au secret médical<sup>571</sup>. Mais étant soumis à l'autorité parentale, les informations médicales le concernant sont partagées avec ses représentants légaux dans la majorité des cas. Pourtant, à titre dérogatoire, un mineur a la possibilité de conserver le secret par exemple concernant l'accès à l'interruption volontaire de grossesse ou à la contraception<sup>572</sup>. Selon les termes de l'article L1111-5 du Code de la santé publique, le mineur peut faire valoir son droit d'opposition<sup>573</sup>. Pour le CGLPL : « cette dérogation à l'article 371-1 du Code civil permet au médecin de dispenser un traitement, afin de sauvegarder la santé du mineur sans obtenir le consentement des titulaires de l'autorité parentale dès lors que le mineur s'oppose à la consultation du ou des titulaires de l'autorité parentale de manière expresse »<sup>574</sup>. Dans ce cas, le mineur est obligatoirement accompagné d'une personne majeure de son choix. L'absence de précision quant à la notion de traitement à l'article 371-1 du Code civil, sous-entend que le niveau de gravité des pathologies ou de difficultés des actes de soins n'est pas un frein. Le secret médical est conservé, pour tous les actes, dès lors qu'ils s'imposent pour préserver la santé du patient mineur. Il existe également

---

571 LANTUEJOUL E., *op.cit.*, p 39.

572 Article L2212-7 alinéa 3 du Code de santé publique.

Voir en sens, LANTUEJOUL E., *op.cit.*, p 27.

573 Article L1111-5 du Code de santé publique.

Le législateur a prévu d'autres exceptions relatives à l'autonomie du mineur c'est le cas de l'émancipation définie par l'article 413-7 du code civil et des mineurs dont les liens de famille sont rompus. Dans ce cas, les règles de droit commun s'appliqueront tant en soins somatiques qu'en soins psychiatriques. En conséquence, le régime des admissions pour les adultes s'appliquera pour les patients mineurs émancipés.

574 CGLPL, Rapport « Les droits fondamentaux des mineurs en établissement de santé mentale », 2017, p 43-44.

des hypothèses dans lesquelles le patient mineur peut consulter un médecin, sans accompagnement d'un majeur et sans autorisation parentale, par exemple pour des problématiques de maltraitance<sup>575</sup>. Le médecin tenu au secret médical à l'égard du patient mineur, ne peut délivrer aucune information relative à son état de santé, sans son accord préalable sauf dérogations prévues par l'article 226-13 du Code de procédure pénale.

Pourtant, de nombreuses interrogations se posent en pratique pour les équipes soignantes qui doivent concilier à la fois la protection du mineur et le droit d'accès à l'information des parents<sup>576</sup>. Dans le cas, par exemple, d'une relation sexuelle consentie entre deux patients mineurs, il convient de se questionner sur les obligations légales qui incombent aux professionnels de santé, afin de respecter d'une part, le respect de la vie privée du mineur, le secret médical et d'autre part, le droit d'information des parents à l'égard de la santé de leur enfant<sup>577</sup>. Il est nécessaire au préalable, de qualifier l'information relative à une relation sexuelle entre mineurs d'un même service. La relation sexuelle n'est pas considérée comme un traitement médical ou une intervention relevant de l'exercice du médecin, mais elle peut constituer une information médicale, si celle-ci a été confiée à un soignant. Comme l'indique Eve Lantuejoul, en pédopsychiatrie : « lorsque l'équipe est confrontée à un mineur qui manifeste sa volonté de garder le secret médical sur une information qu'il vient de lui confier, le plus judicieux est d'effectuer une évaluation bénéfices-risques en collégialité »<sup>578</sup>. Si l'équipe estime que le mineur ne se trouve pas dans une situation dangereuse, elle doit alors respecter la volonté du mineur, ou du moins l'inciter à se confier auprès de ses représentants légaux, sans interférer dans la relation familiale. Dans l'hypothèse où les soignants estiment que le mineur est en danger, ils peuvent alors outrepasser le secret, afin d'assurer sa protection. Le plus souvent, le choix de garder le secret médical ou de délivrer des informations aux parents, se fait en fonction de la nécessité, pour l'équipe médicale, d'établir une relation de confiance patient-médecin<sup>579</sup>. Dans tous les cas, l'intérêt supérieur de l'enfant doit être la priorité. Il est intéressant de souligner, qu'à ce jour, le législateur n'a prévu aucune sanction spécifique en cas de violation du secret médical pour le patient mineur<sup>580</sup>. Cependant, selon les propos de

---

575 Article 389-3 du Code civil.

576 REY-SALMON C., « Secret médical et personnes vulnérables : le cas du mineur », Recueil Dalloz Siney, n°39, 2009, p 2651.

Voir Sénat, rapport d'information de Michel Amiel « Situation de la psychiatrie des mineurs en France », n° 494, 2017.

577 CGLPL, *op. cit.*, p 43- 44.

578 LANTUEJOUL E., *op.cit.*, p 42.

579 A titre informatif, dans un établissement visité par le CGLPL, les rapports sexuels étaient interdits par le règlement intérieur doivent être signalés aux parents, à la direction de l'hôpital et aux autorités judiciaires. CGLPL, Rapport « Les droits fondamentaux des mineurs en établissement de santé mentale », 2017, p 44.

580 Article 226-13 du Code pénal.



l'auteur : « ce secret existe, mais il porte rarement sur l'hospitalisation en elle-même, mais davantage sur ses motifs, ou sur des éléments révélés au cours de celle-ci »<sup>581</sup>.

Aux côtés du respect de la confidentialité, celui du droit à l'éducation doit également être évoqué.

## **b- Le droit à l'éducation**

L'éducation doit être assurée par les titulaires de l'autorité parentale<sup>582</sup>. Elle est considérée comme un devoir des parents et un droit fondamental de l'enfant entendu dans le sens d'un droit à l'instruction<sup>583</sup>. Selon l'article L1110-6 du Code de la santé publique : « Dans la mesure où leurs conditions d'hospitalisation le permettent, les enfants en âge scolaire ont droit à un suivi scolaire adapté au sein des établissements de santé. »<sup>584</sup>. De plus, en vertu des articles L111-1 et L112-1 du Code de l'éducation, l'instruction est une obligation de l'État en tant qu'obligation de résultat<sup>585</sup>. Les enseignants sont les garants de l'enseignement au sein de l'hôpital<sup>586</sup>. Au sein d'une structure hospitalière, il est possible de mettre en place un dispositif de scolarisation interne, ou un partenariat étroit avec l'éducation nationale, voire avec des institutions spécialisées, telles que les instituts médico-éducatifs ou encore de créer des partenariats avec des instituts thérapeutiques éducatifs et pédagogiques<sup>587</sup>. Au sein des unités de pédopsychiatrie, le CGLPL constate une

---

581 LANTUEJOUL E., *op.cit.*, p 43.

SENAT, rapport d'information de Michel Amiel « Situation de la psychiatrie des mineurs en France », n° 494, 2017.

582 BONFILS P., GOUTTENOIRE A., *Droits des mineurs*, Dalloz, 3ème édition, 2021, p 450.

Voir en ce sens, LANTUEJOUL E., *op.cit.*, p 94.

583 Articles 28 et 29 Convention internationale des droits de l'enfant adoptée à l'unanimité par l'assemblée générale de l'ONU le 20 novembre 1989.

Article 13 du Pacte international relatif aux droits économiques et sociaux de 1966.

Article 2 du Protocole additionnel à la CEDH n°1.

Article 17 de la Charte sociale européenne.

Article 14 de la Charte européenne des droits fondamentaux.

Alinéa 13 du Préambule de la Constitution de 1946.

584 Article L1110-6 du Code de santé publique.

Voir en ce sens : Défenseur des droits, rapport « Santé mentale des enfants : le droit au bien-être », 2021.

585 Loi n° 2005-380 du 23 avril 2005 d'orientation et de programme pour l'avenir de l'école.

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

Voir en ce sens, LANTUEJOUL E., *op.cit.*, p 96.

586 DUPONT M. et REY SALMON C., *L'enfant, l'adolescent à l'hôpital*, Les guides de l'AP-HP 2002, §105, p53.

Conseil d'Etat, 23 février 2011, n°346844, n°346845 et n°346845.

Conseil d'Etat, 15 décembre 2010, n°344729.

587 CGLPL, Rapport « Les droits fondamentaux des mineurs en établissement de santé mentale », 2017, p 47.

grande hétérogénéité des pratiques<sup>588</sup>. La difficulté réside alors dans l'inégalité d'accès à ce droit au cours d'une hospitalisation psychiatrique. Cependant, la finalité de ces dispositifs est d'éviter toute rupture du cursus scolaire durant l'hospitalisation<sup>589</sup>. Ainsi, l'enseignant peut faire le lien entre l'établissement scolaire de rattachement, ce qui favorise la réinsertion du mineur. Cet enseignement doit être individualisé, le rythme scolaire ainsi que les modalités, doivent être adaptées aux besoins de l'enfant, à son état de santé mentale et à la durée de son hospitalisation. L'enseignant devient alors un membre de l'équipe de soins, participant à l'évaluation clinique et à l'individualisation de la prise en charge du mineur.

Il convient à présent d'analyser le droit au recours qui semble insuffisamment développé à l'égard du patient mineur et peut amoindrir sa protection.

## **B - Un droit au recours insuffisamment développé**

Entre incapacité et autonomie, le patient mineur peine à exercer seul ses droits. Il en est ainsi du droit au recours<sup>590</sup>. Les carences se manifestent en ce qui concerne tant l'accès au juge (1) que les droits de la défense, une fois le recours déclenché (2).

### ***1- Un droit d'accès au juge limité***

Le JLD est compétent pour contrôler les décisions d'admission en soins sans consentement sans considération du statut juridique du patient ainsi que les décisions d'isolement et de contention. Ainsi, lorsque le patient mineur est admis sur décision du représentant de l'État celui-ci bénéficie d'un contrôle de plein droit comme tout autre patient et intervient avant le douzième jour d'hospitalisation complète<sup>591</sup>. Toutes les hospitalisations dites « libres », sont alors exclues de ce contrôle<sup>592</sup>. En pédopsychiatrie, il n'y a donc de contrôle ni pour les admissions à la demande des titulaires de l'autorité parentale, ni pour les admissions judiciaires prononcées sur le

---

588 *Ibid.*

589 LANTUEJOUL E., *op.cit.*, p 96.

590 PANFILI J-M, « L'autonomie réduite de l'adolescent en soins psychiatriques », RDS, n°63, février 2015, p 39.

591 Article L3212-2 et suivants du Code de santé publique.  
Voir en ce sens, LANTUEJOUL E., *op.cit.*, p 67.

592 LANTUEJOUL E., *op.cit.*, p 65.

PANFILI J-M, « L'autonomie réduite de l'adolescent en soins psychiatriques », RDS, n°63, février 2015, p 42.

fondement de l'article 375-9 du Code Civil, alors même qu'elles peuvent être considérées comme un régime de soins sans consentement, puisque ce dernier est simplement recherché sans être pris réellement en compte. De plus, comme le souligne Jean-Marc Panfili, la loi du 5 juillet 2011, instaurant le contrôle systématique du JLD n'a pas modifié l'article 375-9 du Code civil, mais n'a pas non plus prévu de contrôle facultatif pour le patient mineur<sup>593</sup>. En conséquence, le mineur hospitalisé ne peut, contrairement à un patient adulte admis en soins sans consentement, saisir à tout moment le JLD, pour demander la levée de la mesure de soins<sup>594</sup>. Sur ce constat, le CGLPL recommande pour accroître la protection du mineur admis à la demande des titulaires de l'autorité parentale, la mise en place, postérieurement à l'admission, d'une action permettant au patient mineur d'exprimer son désaccord<sup>595</sup> auprès du JLD, qui serait en l'espèce, le juge compétent<sup>596</sup>. Il convient de rappeler qu'en toutes circonstances, un mineur qui s'estime en danger, notamment dans une unité de soins infanto-juvénile peut saisir le juge des enfants<sup>597</sup>. Toutefois, cette possibilité est tributaire de l'information qui lui a été délivrée par le personnel de l'établissement.

Au-delà de cette défaillance constatée dans l'absence de systématisme du contrôle du JLD des mesures de soins dont le mineur fait l'objet, et donc du droit au recours, les droits de la défense semblent insuffisamment développés.

## ***2- Un difficile respect des droits de la défense lors du contrôle du JLD***

Lors du contrôle du JLD, tant le principe du contradictoire (a) que la publicité des débats (b) doit retenir notre attention.

### **a- Le difficile respect du contradictoire**

Selon les termes de l'article 388-1 du Code civil, le mineur doté de discernement, dispose de la faculté d'être entendu par le juge, dans toute procédure le concernant. Cette audition est de droit, lorsque le mineur en fait la demande. Le juge doit s'assurer que l'enfant a été informé de son droit d'être entendu et d'être assisté par un avocat comme le rappelle Eve

---

593 PANFILI J-M, *op. cit.*, p 41.

594 Articles L3211-12 et L3211-12-1 du Code de santé publique.

595 Article 388-1 du Code civil.

596 CGLPL, Rapport « Les droits fondamentaux des mineurs en établissement de santé mentale » 2017, p 21-22.

LANTUEJOUL E., *op.cit.*, p 65.

597 Article 375 du Code civil.

Lantuejoul<sup>598</sup>. Toute procédure, quelle que soit sa nature, doit garantir le principe du contradictoire<sup>599</sup>. Ainsi, la Cour européenne des droits de l'homme rappelle que « ce principe assure à toute partie, qu'elle ne peut être jugée, sans avoir été sinon entendue, du moins appelée. Cela signifie que chaque partie a le droit de prendre connaissance des arguments de fait, de droit, sur lesquels elle sera jugée, ou simplement de la mesure dont elle fait l'objet »<sup>600</sup>. Néanmoins cette garantie paraît fréquemment défailante en pédopsychiatrie. Le CGLPL a en effet souligné que « la communication des pièces au mineur, n'est pas toujours réalisée lors de son hospitalisation en pédopsychiatrie, alors même, que certaines d'entre elles dont la décision d'admission en soins sans consentement, sont le fondement de la privation de liberté de liberté »<sup>601</sup>. Certes, ces dernières sont systématiquement transmises aux représentants légaux, mais comme nous l'avons évoqué précédemment, il existe parfois des intérêts opposés entre les parents et l'enfant<sup>602</sup>. Ainsi, le CGLPL préconise que la notification de ces décisions soit réalisée, dès que l'âge ou la maturité du mineur le permet. Il recommande également, que cette notification soit systématique dès l'âge de treize ans, accompagnée d'une information adaptée<sup>603</sup>.

Afin de renforcer la protection du mineur et de garantir le respect du contradictoire, le législateur a mis en place une procédure singulière dans l'hypothèse d'une opposition entre les droits du mineur et ceux de ses parents et dans le cas où ces derniers ne seraient pas en mesure de défendre convenablement les intérêts du mineur. Dans ce cadre, comme le rappelle le CGLPL, celui-ci dispose de la faculté de désigner un administrateur *ad hoc*<sup>604</sup>. Cette nomination est également envisageable lors du contrôle du JLD dans le cadre d'une mesure de soins psychiatriques. Pourtant, le CGLPL constate que cette procédure est très peu utilisée en pratique<sup>605</sup>.

L'administrateur *ad hoc* est désigné par le juge des tutelles, ou tout autre juge saisi de l'instance. Cet administrateur *ad hoc*, a pour mission de représenter l'enfant, il peut alors se constituer partie civile dans une procédure pénale, par exemple si l'enfant fait l'objet de mauvais traitements<sup>606</sup>. Selon les propos du CGLPL, la désignation de l'administrateur *ad hoc*,

---

598 LANTUEJOUL E., *op.cit.*, p 111.

599 Défenseur des droits, Rapport « L'enfant et sa parole en justice », 2013, p 2.

600 CEDH, 27 mars 1998, J.J. C/ Pays-Bas, n°21351/93.

601 CGLPL, rapport « Les droits fondamentaux des mineurs en établissement de santé mentale », 2017, p 28.

602 LANTUEJOUL E., *op.cit.*, p 109.

Voir également, GOUTTENOIRE A., L'enfant et les procédures judiciaires, thèse de droit (sous la direction de Jacqueline Rubellin-Devichi), Lyon : Université Lyon 3, 1994.

603 CGLPL, *op. cit.*, p 28.

604 Article 388-2 du Code civil.

605 CGLPL, Rapport « Les droits fondamentaux des mineurs en établissement de santé mentale », 2017, p 9.

606 Loi n° 89-487 du 10 juillet 1989 relative à la prévention des mauvais traitements à l'égard des mineurs et à la protection de l'enfance.

fait l'objet d'une information auprès des parents, qui peuvent la contester par voie d'appel<sup>607</sup>. Cette procédure constitue une garantie supplémentaire pour l'enfant, en terme de droit de la défense comme le souligne le CGLPL<sup>608</sup>. Il dispose alors de l'assistance d'un avocat et peut être entendu par un juge. En cette occasion, il peut solliciter des actes, voire demander et percevoir des dommages-intérêts. Dans le cadre d'une mesure d'assistance éducative, cette désignation est obligatoirement prévue. Cependant, cet administrateur doit être indépendant de la personne ou du service auquel l'enfant a été confié<sup>609</sup>.

Reste à analyser la question relative à la publicité des débats.

### **b- La publicité des débats**

Conformément à l'article L3211-12-2 du Code de la santé publique, le JLD statue publiquement lors de son contrôle. Il est toutefois possible, à la demande du patient, de l'avocat ou du juge, de statuer en chambre du conseil, notamment si la publicité des débats risque de porter atteinte à la vie privée<sup>610</sup>. Il est fort probable en pratique, comme le précise Eve Lantuejoul que le huit-clos soit acquis, dès lors que le patient est mineur<sup>611</sup>. Cependant, aucune disposition ne le prévoit expressément dans le Code de la santé publique alors même que les textes l'imposent pour les procédures judiciaires, notamment en matière civile ou pénale<sup>612</sup>. Ainsi, il serait opportun de le reconnaître expressément pour le patient mineur lorsqu'il est hospitalisé en pédopsychiatrie et en particulier lorsqu'il doit faire l'objet d'un contrôle devant le JLD. Le huit clos serait justifié d'une part, par son jeune âge et la vulnérabilité de son état clinique et d'autre part, en raison des informations médicales qui peuvent être délivrées lors de ce contrôle.

Incontestablement les aménagements dans la prise en charge témoignent d'une protection spécifique qui n'est pas toujours en faveur du patient mineur. Il reste à s'attacher à la manière dont le sujet âgé est protégé.

---

607 CGLPL, *op. cit.*, p 8.

608 *Ibid.*

609 *Ibid.*

610 Article L 3211-12-2 du Code de la santé publique.

Voir en ce sens, PANFILI J-M, « L'autonomie réduite de l'adolescent en soins psychiatriques », RDS, n°63, février 2015, p 41.

611 LANTUEJOUL E., *op.cit.*, p 67 et p 75.

612 Articles 306 et 400 du Code de procédure pénale.  
Article 435 du Code de procédure civile.

## **Section 2- La spécificité de la protection du sujet âgé**

Depuis plusieurs années, la population française est confrontée au défi du vieillissement. En 2018, on comptait environ quatorze millions de personnes de plus de 65 ans. La pratique démontre qu'il existe des spécificités dans l'exercice des droits du patient âgé pris en charge en psychiatrie<sup>613</sup>. Pourtant, celles-ci ne sont pas reconnues explicitement par le législateur<sup>614</sup> (§1). Ce défaut de reconnaissance ne permet pas d'assurer une protection adaptée du sujet âgé (§2).

### **§1 - La nécessité d'une protection spécifique reconnue par la loi**

L'allongement de l'espérance de vie a des incidences médicales, sociales et économiques<sup>615</sup>. Le vieillissement s'accompagne inévitablement d'un accroissement des pathologies liées à l'âge avancé des personnes (A). Ce constat implique alors un aménagement dans l'exercice de leurs droits (B).

#### **A- Les liens entre le vieillissement et les troubles psychiatriques**

L'âge avancé d'une personne constitue en soi une spécificité puisqu'il peut accentuer certains troubles psychiatriques, voire en développer (1). C'est pourquoi, il paraît opportun de lui garantir des soins spécialisés et de proposer une prise en charge s'adaptant au mieux à ses besoins (2).

#### ***1- Le constat d'une spécificité***

Selon Michel Borgetto, il est difficile de définir ce qu'est « une personne âgée, un senior, un aîné... »<sup>616</sup>. A ce jour, il précise qu'« aucun consensus n'a été trouvé, tant au niveau international que national. Le législateur ne donne pas de définition juridique uniforme »<sup>617</sup>.

---

613 HANON C., « La psychiatrie de la personne âgée : contours et perspectives », Rhizome n°74, décembre 2019.

614 Depuis 1996, la section de psychiatrie de l'âge de l'association mondiale de psychiatrie en collaboration avec la division de santé mentale de l'OMS a proposé plusieurs textes de référence définissant la psychiatrie sujet âgé, décrivant les principes généraux d'organisations du soin en psychiatrie de l'âge.  
HANON C., CAMUS V., « Formation à la psychiatrie du sujet âgé : quels enjeux ? », L'information psychiatrique 2010/1 (volume 86), p15-20.

615 La proportion de sujets âgés de plus de 75 ans pourrait atteindre 12,3% de la population en 2030 et 16,2% en 2060.

Institut national de la statistique et des études économiques. Projections de population à l'horizon 2060. Insee Première n°1320- Octobre 2010.

616 BORGETTO M., « La personne âgée, sujet de protection du droit », RDSS, 2018, p 757.

617 *Ibid.*

Cependant, comme le souligne l'auteur : « le législateur attribue certains avantages sociaux, juridiques ou financiers à ces personnes, à des âges différents selon les textes »<sup>618</sup>.

En 2018, le Comité consultatif national d'éthique, tente de définir le vieillissement : « celui-ci résulte d'une perte de moyens, d'une perte d'autonomie, d'une dépendance à autrui qui s'accroît au fil du temps ». Le vieillissement est donc source de vulnérabilité<sup>619</sup>. Plusieurs études démontrent « une forte prévalence des troubles psychiatriques chez les personnes âgées, en particulier des troubles dépressifs »<sup>620</sup>. Le risque de dépression, sinon de suicide, est un marqueur significatif chez les personnes âgées qui sont en proportion la catégorie la plus touchée par ce phénomène<sup>621</sup>. La personne âgée aurait des symptômes cliniques dépressifs, distincts des autres patients, avec notamment des plaintes somatiques importantes, des troubles du comportement avec hostilité ou hétéro-agressivité<sup>622</sup>. Les symptômes psychiatriques du sujet âgé sont moins évidents et plus difficiles à identifier que pour les autres patients. Le taux de suicide est également révélateur de la souffrance psychique de ces personnes, puisqu'en France il est très élevé <sup>623</sup>.

Jusqu'à présent, la santé mentale des personnes âgées était peu prise en compte par les pouvoirs publics et le législateur<sup>624</sup>. Pourtant, l'évolution démographique et l'allongement de

---

618 *Ibid.*

Par exemple, 65 ans pour obtenir l'allocation de solidarité aux personnes âgées (ASPA).

619 CCNE, Avis n° 128 « Enjeux éthiques du vieillissement. Quel sens à la concentration des personnes âgées entre elles, dans des établissements d'hébergement ? Quels leviers pour une société inclusive pour les personnes âgées ? », 15 février 2018.

620 Troubles de l'humeur sont fréquents notamment au sein des USLD et EHPAD ou un résident sur cinq présenterait les critères d'épisode dépressif majeur.

SCHUSTER JP., MANETTI A., AESCHIMANN M., LIMOSIN F., « Troubles psychiatriques du sujet âgé : données épidémiologiques et morbi-mortalité associée ». *Geriatr Psychol Neuropsychiatr Vieil* 2013 ; 11(2) : 181-5.

En France, une étude a été réalisée au sein d'un échantillon de 1873 sujets de 65 ans ou plus, non institutionnalisés, des prévalences ponctuelles de troubles anxieux de 14,2%, d'EDM de 3% et des troubles psychotiques de 1,7%.

RITCHIE K., ARTERO S., BELUCHE I., ANCELIN ML., MANN A., DUPOUYAM. Et al., « Prevalence of DMS-IV psychiatric disorders in the French elderly population », *Br J Psychiatry* 2004, n°184, p 147-152.

CAMPION T. et BENSADOUN N., « Le rôle d'une équipe de géronto-psychiatrie », *Soins psychiatrie*, n°322, Mai/Juin 2019, p31.

621 Site internet de l'INSERM : <https://www.cepidc.inserm.fr>

Environ 3 000 personnes de plus de 65 ans se donnent la mort chaque année en France, ce qui représente près d'un tiers des suicides (28,3 % du total des décès par suicide déclaré).

622 TESSIER J-F, LEGER J-M, CHARLES E. et FAUGERON P., « La psychiatrie a-t-elle sa place aujourd'hui dans la prise en charge médicale du sujet âgé ? Réflexions faites au travers de l'évolution des pratiques de soins », *Gérontologie et psychiatrie*, n°104, mars 2003, p 59.

623 KABBAJ S., MARQUES J-M., LUDWIG C., Repérer les personnes âgées à risque de suicide : une évaluation des instruments à l'usage de l'infirmière à domicile, Mémoire de Bachelor : Haute école de santé Genève, 19 juillet 2019, p 109.

CLEMENT J-P., CALVET B., *Psychiatrie de la personne âgée*, Lavoisier, janvier 2019, p 720.

CHAULIAC N., « Prévenir le suicide des personnes âgées institutionnalisées », Thèse de doctorat en Épidémiologie, Santé publique, Recherche sur les services de santé, soutenue le 20 novembre 2019.

624 CAMPION T. et BENSADOUN N., « Le rôle d'une équipe de gérontopsychiatrie », *Soins psychiatrie*, n°322, mai/juin 2019, p31.

l'espérance de vie font émerger progressivement la psychiatrie de la personne âgée, discipline médicale devenue aujourd'hui un enjeu de santé publique<sup>625</sup>.

## ***2- L'émergence d'une psychiatrie dédiée aux personnes âgées***

Sous l'empire de la loi du 30 juin 1838, une confusion existait entre les établissements d'accueil pour personnes âgées et les asiles d'aliénés. En effet, de nombreux patients âgés, souffrant de maladies neurodégénératives, autrement dit des patients déments et agités, étaient admis au sein des institutions psychiatriques. La gratuité des soins au sein des hôpitaux psychiatriques n'a fait qu'amplifier ce phénomène d'admission dans les années 1950<sup>626</sup>. Lucien Bonnafé s'est intéressé aux troubles mentaux de la sénilité, démontrant alors que « l'environnement dans lequel évolue la personne âgée est un facteur d'aggravation des troubles mentaux et joue un rôle de dépendance iatrogénique important »<sup>627</sup>. Le patient âgé est exposé à une pluralité de facteurs de stress, pouvant être source de troubles tels que : « le développement de pathologies somatiques, la perte d'autonomie et les événements de vie »<sup>628</sup>.

L'émergence d'une psychiatrie dédiée à la personne âgée est apparue nécessaire afin de prendre en considération les spécificités de cette catégorie de patients. La gérontopsychiatrie a pour objet l'évaluation et la prise en charge des pathologies psychiatriques chez la personne âgée<sup>629</sup>. Elle s'exerce soit auprès de patients âgés souffrant de troubles mentaux depuis l'âge adulte et nécessitant une prise en charge psychiatrique sur le long terme, soit auprès de personnes âgées, ayant des pathologies psychiatriques émergentes, du fait de leur âge avancé, mais elle s'adresse aussi aux patients ayant des troubles somatiques avec des complications d'allure psychiatrique dans le cas de maladies neurodégénératives.

Les troubles psychiatriques du sujet âgé engendrent inévitablement un exercice particulier de ses droits.

---

625 HANON C., CAMUS V., « Formation à la psychiatrie du sujet âgé : quels enjeux ? », *L'information psychiatrique* 2010/1 (volume 86), p15-20.

626 TESSIER J-F., LEGER J-M., CHARLES E. et FAUGERON P., « La psychiatrie a-t-elle sa place aujourd'hui dans la prise en charge médicale du sujet âgé ? Réflexions faites au travers de l'évolution des pratiques de soins », *Gérontologie et société*, n°104, mars 2003, p 47.

627 TESSIER J-F., LEGER J-M., CHARLES E. et FAUGERON P., *op. cit.*, p 48.

628 TESSIER J-F., LEGER J-M., CHARLES E. et FAUGERON P., *op. cit.*, p 59.

629 La psychiatrie du sujet âgé est une sur spécialisation relativement récente de la psychiatrie dont la définition proposée par l'OMS en 1996 indique qu'elle « est une branche de la psychiatrie qui a pour objectifs généraux de dépister, traiter, évaluer, prévenir tous les types de pathologies psychiatriques du sujet âgé et leurs conséquences ».



## **B- Des droits restreints en raison des troubles du sujet âgé**

A des fins de protection, la prise en charge d'une personne âgée souffrant de troubles psychiatriques conduit parfois à une limitation de sa liberté d'aller et venir (1) ainsi qu'à une adaptation du recueil du consentement, qui peut, en certaines circonstances, être complexe à obtenir (2).

### ***1- La liberté d'aller et venir***

La liberté d'aller et venir connaît une application différenciée selon que le sujet âgé est pris en charge en établissement sanitaire ou en établissement médico-social (a). Néanmoins, quel que soit le lieu il fait l'objet de mesures coercitives (b).

#### **a- Une application différenciée selon la nature de la prise de charge**

Au sein du secteur sanitaire deux disciplines médicales se distinguent juridiquement : la psychiatrie et la gériatrie. La première traite des troubles mentaux tandis que la seconde, délivre de soins somatiques à la personne âgée. Le principe en matière médicale est le consentement aux soins. Le législateur a reconnu en psychiatrie à titre dérogatoire, une limitation de la liberté d'aller et venir uniquement dans le cadre des soins sans consentement<sup>630</sup>. En gériatrie, le principe des soins librement consentis s'applique et aucune restriction des droits n'est admise. Pourtant, lors d'une hospitalisation, l'établissement de santé a l'obligation d'assurer la sécurité du patient ce qui peut avoir des conséquences sur l'exercice de la liberté d'aller et venir<sup>631</sup>. En principe, un patient en soins libres peut aller et venir sans restriction, dans l'enceinte de l'hôpital<sup>632</sup>. Cependant, lors d'une conférence de consensus de la Fédération hospitalière de France (FHF) des 24 et 25 novembre 2004, trois motifs aux limitations ont été identifiées et proposées concernant spécifiquement la liberté d'aller et venir<sup>633</sup>. Ce peut être pour des raisons sécuritaires seulement si elles sont : « justifiées,

---

630 Article L3211-3 du Code de santé publique.

631 Article L1110-1 du Code de santé publique : « l'ensemble du secteur sanitaire est invité à assurer la meilleure sécurité possible à la personne malade ».

Article R1112-56 du Code de santé publique.

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

633 HAS, Conférence de consensus, « Liberté d'aller et venir dans les établissements sanitaires et médico-sociaux, et obligation de soins et de sécurité », 24 et 25 novembre 2004.

précisées et connues »<sup>634</sup>. Ensuite, une limitation peut intervenir pour des motifs médicaux, par exemple pour une bonne administration du traitement, il est préférable que le patient ne se déplace pas durant une durée déterminée. Enfin, une restriction peut être mise en place pour des raisons organisationnelles liées au fonctionnement du service ou de l'hôpital<sup>635</sup>. Malgré l'identification de ces trois limitations par la Conférence, il n'existe toujours pas de disposition particulière dans le Code de santé publique pour limiter la liberté d'aller et venir du sujet âgé<sup>636</sup>. En pratique, de nombreux services de gériatrie restreignent cette liberté par divers moyens tels que la fermeture des portes du service par un digicode, ou la mise en place du bracelet électronique permettant une géolocalisation du patient<sup>637</sup>. Ces contraintes sont présumées être consenties par les personnes âgées qui y sont admises en soins libres.

Le respect de la liberté d'aller et venir du sujet âgé atteint de troubles psychiatriques diffère lorsqu'il est pris en charge dans un établissement médico-social. L'article L311-3 alinéa 1 du Code de l'action sociale et des familles (CASF) rappelle expressément que toute personne prise en charge par des établissements et services sociaux et médico-sociaux conserve « son droit d'aller et venir librement »<sup>638</sup>. Cependant, au regard des pathologies dont souffrent les résidents, les équipes se trouvent souvent confrontées à la difficile conciliation entre protection du résident et respect de sa liberté d'aller et venir<sup>639</sup>. La loi relative à *l'Adaptation de la Société au Vieillissement* du 28 décembre 2015<sup>640</sup> a créé un nouveau dispositif : l'annexe au contrat de séjour. Elle définit les mesures particulières à prendre pour garantir l'intégrité physique et la sécurité du résident, en prenant des mesures restrictives de circulation. La mise

---

634 *Ibid.*

635 *Ibid.*

636 LACOUR C. et LECHEVALIER HURARD L., « Restreindre la liberté d'aller et venir des personnes âgées ? L'épineuse question de la capacité à consentir des personnes atteintes de troubles cognitifs », RDSS, 2015, p 983.

637 CNCDH, Assemblée plénière, « Avis sur l'effectivité des droits des personnes âgées », 27 juin 2013, p 5. Défenseur des droits, rapport « Les droits fondamentaux des personnes âgées accueillies en EHPAD », 2021, p 24.

638 La jurisprudence admet que de telles mesures soient mises en œuvre dans le secteur médico-social.

CA d'Aix en Provence, 15 février 2012, n°09/04252.

CA de Versailles 27 avril 1990.

TGI Grenoble 16 janvier 1997.

LACOUR C., « La liberté d'aller et venir en EHPAD », in F. GZIL et HIRSCH, *Alzheimer, éthique et société*, édition ERES 2012. 375-376 ; F. VIALLA, *Jurisprudence du secteur social et médico-social*, Dunod, 2012, P233.

CNDCH, Avis sur le consentement des personnes vulnérables, avril 2015, JORF n°0158 du 10 juillet 2015.

639 Défenseur des droits, rapport « Les droits fondamentaux des personnes âgées accueillies en EHPAD », 2021, p 23.

640 Loi n° 2015-1776 du 28 décembre 2015 relative à l'adaptation de la société au vieillissement.

Assemblée nationale, rapport d'information n°2075, en conclusion des travaux d'une mission d'information sur les droits fondamentaux des majeurs protégés sous la direction de Caroline ABADIE et Aurélien PRADIE, 2019.

en œuvre de cette annexe, reste à la discrétion du médecin coordonnateur, du directeur d'établissement et de l'équipe soignante conformément à l'article L311-4-1 du CASF. Trois hypothèses doivent être envisagées lors de sa mise en place.

Dans le premier cas, le résident doit donner son consentement lors de la signature de l'annexe. Dans le second cas, s'il est dans l'impossibilité manifeste de signer l'annexe et que son état clinique le nécessite, des mesures restrictives de la liberté d'aller et venir sont prises provisoirement avec une obligation d'informer le représentant légal, ou la personne de confiance désignée. Enfin, si le résident est dans l'impossibilité de signer le document et nécessite une mesure de protection, il est possible de mettre en place des mesures restrictives de la liberté d'aller et venir, ayant un effet immédiat. Dans ce cas, la signature intervient postérieurement à la mise en place d'une mesure de protection juridique<sup>641</sup>. Tout ceci pose question, d'une part quant à la gradation de l'altération du consentement de la personne âgée, et d'autre part, au regard de sa capacité à consentir à une mesure restrictive de sa liberté individuelle. De plus, au sein de cette annexe, les mesures médico-administratives restrictives de liberté individuelle, ne font l'objet d'aucun contrôle de la part d'une autorité judiciaire ou administrative. Le Défenseur des droits évoque en effet ses préoccupations au regard de la protection des droits fondamentaux de la personne âgée<sup>642</sup>.

En outre, le recours aux mesures d'isolement et de contention quel que soit le lieu où se trouve le sujet âgé est généralisé en pratique.

## **b. Un recours généralisé à la contention**

La mise en œuvre de l'isolement et de la contention est encadrée seulement pour les soins sans consentement en psychiatrie, par les lois du 26 janvier 2016 et celle du 22 janvier 2022 *renforçant les outils de gestion de la crise sanitaire et modifiant le code de la santé publique*<sup>643</sup> et non pas en dehors de ces hypothèses ce qui pose question pour le sujet âgé. Il doit théoriquement être considéré comme un patient de droit commun.

---

641 Décret n°2016-1743 du 15 décembre 2016 relatif à l'annexe au contrat de séjour dans les établissements d'hébergement sociaux et médico-sociaux pour personnes âgées.

642 Défenseur des droits, rapport « Les droits fondamentaux des personnes âgées accueillies en EHPAD », 2021, p 24.

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

Loi n° 2022-46 du 22 janvier 2022 renforçant les outils de gestion de la crise sanitaire et modifiant le code de la santé publique.

Voir également, Décret n° 2022-419 du 23 mars 2022 modifiant la procédure applicable devant le juge des libertés et de la détention en matière d'isolement et de contention mis en œuvre dans le cadre de soins psychiatriques sans consentement.

En gériatrie ou dans les établissements médico-sociaux, il n'existe pas de cadre légal pour le recours à la contention du sujet âgé, alors même que ces pratiques sont très fréquentes. A ce jour, seul le Défenseur des droits fait état de ce constat dans son rapport relatif aux « Droits fondamentaux des personnes âgées accueillies en EHPAD »<sup>644</sup>. Les équipes y ont recours pour prévenir les risques de chute et pour limiter les déambulations ainsi que les agitations. L'ANESM en 2000 avait proposé des recommandations précises de recours à la contention de la personne âgée, afin de pallier cette absence de cadre légal. Cette mesure coercitive est mise en œuvre uniquement sur prescription médicale et doit être inscrite dans le dossier médical du patient, justifiée par une raison médicale et limitée dans le temps. Une surveillance accrue est nécessaire, car ce genre de mesures peut avoir des risques iatrogènes pour la personne âgée, notamment somatiques et psychiques<sup>645</sup>.

A la différence de la psychiatrie<sup>646</sup>, aucune traçabilité dans un registre n'est exigée, il n'est donc pas possible de comptabiliser le nombre de patients âgés faisant l'objet de ces mesures non encadrées juridiquement. De plus, aucun contrôle administratif ou judiciaire n'est pratiqué ; ainsi ni la durée, ni le motif médical qui en sont à l'origine ne sont véritablement connus des pouvoirs publics. A ce titre, le Défenseur des droits souligne également dans son dernier rapport que le recours à ces mesures « peut ainsi s'effectuer sans analyse de proportionnalité, sans prescription médicale, sans limite dans le temps et sans être tracé »<sup>647</sup>. De fait, la gériatrie peut officieusement contraindre et priver de liberté les patients âgés, qui par ailleurs, ne bénéficient d'aucune garantie légale spécifique. Dès lors, est-ce un oubli de la part du législateur ou est-ce simplement que la gériatrie par nature n'est pas une discipline autorisée à recourir à ce type de pratiques. Cette question devrait selon nous faire l'objet d'une étude approfondie par une mission parlementaire. Si la liberté d'aller et venir est une préoccupation majeure lors de la prise en charge du sujet âgé, le recueil du consentement de ce patient pose aussi des difficultés pratiques.

---

644 Défenseur des droits, *op. cit.*, p 25.

645 Voir ANAES, Guide « Limiter les risques de la contention physique de la personne âgée », Octobre 2000.

646 Article L3222-5-1 du Code de la santé publique.

647 Défenseur des droits, *op. cit.*

## *2- Le recueil du consentement*

De la perte de mémoire occasionnelle à l'altération plus marquée des facultés cognitives, il est souvent complexe de recueillir un consentement libre et éclairé de la personne âgée<sup>648</sup>, lors d'une prise en charge sanitaire ou médico-sociale<sup>649</sup>. Selon l'article L 1111-4 du Code de santé publique : « aucun acte médical, ni aucun traitement, ne peut être pratiqué, sans le consentement libre et éclairé de la personne ». Pour cela, comme nous l'avons étudié précédemment, une information claire, loyale et adaptée doit lui être délivrée. L'adhésion aux soins n'est cependant pas la même que pour le patient adulte souffrant de troubles mentaux : la personne âgée doit donc être accompagnée dans le recueil du consentement<sup>650</sup>.

Il est possible de mettre en œuvre un « consentement assisté » comme le préconise Farida Arhab-Girardin c'est-à-dire, une aide à la décision médicale<sup>651</sup>. Le législateur reconnaît alors plusieurs dispositifs.

Il peut s'agir d'une part, de l'intervention de « protecteurs naturels » tels que le médecin, la personne de confiance ou les proches lorsque la personne âgée n'est pas bénéficiaire d'une mesure de protection juridique. Le médecin est considéré comme le premier protecteur naturel, il doit adapter l'information qu'il délivre à ce patient âgé et s'assurer de sa compréhension en tant que professionnel de santé<sup>652</sup>. Dans ces cas-là, la personne âgée prend seule les décisions relatives à sa santé.

Si ce n'est pas le médecin, ce peut être la personne de confiance. Nous le savons, toute personne majeure peut en désigner une : un parent, un proche ou bien un médecin<sup>653</sup>. Celle-ci a une double mission selon la situation médicale dans laquelle est placée le patient. Si la personne âgée peut exprimer sa volonté, la personne de confiance peut l'accompagner dans sa prise de décision concernant les soins et l'assister aux entretiens médicaux si elle le souhaite.

---

648 Voir CNDCH, Avis sur le consentement des personnes vulnérables, avril 2015, JORF n°0158 du 10 juillet 2015.

Site internet de Légifrance : <https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000030862460/>

649 FAVIER Y., « Vulnérabilité et fragilité : réflexions autour du consentement des personnes âgées », RDSS, 2015, p702.

650 LEFEBVRE DES NOETTES V., « Enjeux éthiques du consentement à l'entrée en Ehpad », Rhizome n°74, décembre 2019.

651 ARHAB-GIRARDIN F., « L'aide à la décision médicale de la personne âgée vulnérable », RDSS, 2018, p779.

CCNE, Rapport sur la vieillesse, n°59, 25 mai 1998.

Voir également : CNDCH, Avis sur le consentement des personnes vulnérables, avril 2015, JORF n°0158 du 10 juillet 2015.

652 Article L 1111-4 alinéa 1 du Code de la santé publique.

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

Loi n° 2005-370 du 22 avril 2005 relative aux droits des malades et à la fin de vie.

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

A défaut, elle est considérée comme le porte-parole de la volonté de la personne âgée<sup>654</sup>. Dans ce cas, la personne de confiance est consultée par l'équipe soignante, elle devient l'interlocuteur privilégié pour adapter au mieux le traitement médical par exemple. Le législateur incite les médecins traitants et toutes les institutions à mettre en place ce dispositif auprès des patients, afin de garantir le respect de leurs droits et libertés<sup>655</sup>.

Si ce n'est ni le médecin, ni la personne de confiance, le « protecteur naturel » peut-être le proche aidant, consacré par la loi relative à *l'adaptation de la société au vieillissement* en date du 29 décembre 2015<sup>656</sup>. Il aide le patient âgé à prendre une décision médicale et l'accompagne dans ses démarches. Il est un soutien essentiel dans l'aide à la compréhension de l'information et le recueil du consentement de la personne âgée, mais ne dispose d'aucune prérogative de substitution pour consentir aux soins, comme cela arrive fréquemment en pratique<sup>657</sup>. Se pose aujourd'hui la question du vieillissement des aidants et de la disparition de ceux-ci dans le parcours de soins et de vie de la personne âgée souffrant de troubles psychiatriques, car peu de projets institutionnels ou de dispositions juridiques prennent en compte ce type de situations.

A côté des « protecteurs naturels », il peut s'agir d'autre part de « protecteurs judiciaires », dès lors que la personne âgée est bénéficiaire d'une mesure de protection juridique<sup>658</sup>. Outre la tutelle, la curatelle et la sauvegarde de justice, un dispositif juridique peu utilisé et peu connu mais très utile pour ce patient âgé, mérite de se développer : le mandat de protection future<sup>659</sup>. Toute personne majeure, ne faisant l'objet ni d'une mesure de protection juridique ni d'une habilitation familiale, peut anticiper et désigner par convention la personne qui pourra la représenter dans le cas où elle viendrait à souffrir d'une altération de ses facultés mentales ou physiques. Le mandat prend effet lorsque la personne âgée ne peut plus pourvoir seule à ses intérêts personnels et/ou patrimoniaux. Cette mesure constitue une garantie supplémentaire de la protection de la personne âgée en matière médicale.

---

654 Article L1111-6 du Code de santé publique.

655 CNDCH, Avis sur le consentement des personnes vulnérables, avril 2015, JORF n°0158 du 10 juillet 2015.

Voir également : Assemblée nationale, rapport d'information n°2075, en conclusion des travaux d'une mission d'information sur les droits fondamentaux des majeurs protégés sous la direction de Caroline ABADIE et Aurélien PRADIE, 2019.

656 Loi n° 2015-1776 du 28 décembre 2015 relative à l'adaptation de la société au vieillissement.

657 Article L113-1-1 du Code de l'action sociale et des familles.

REBOURG M., « La notion de « proche aidant » issue de la loi du 28 décembre 2015 : une reconnaissance sociale et juridique », RDSS, 2018, p 693.

658 Nous étudierons ces spécificités dans la partie 1, Titre 2, Chapitre 4.

659 Articles 477 à 488 du Code civil.

Le mandat de protection future est introduit par la loi du 5 mars 2007.

CNCDH, Assemblée plénière « Avis sur l'effectivité des droits des personnes âgées », 27 juin 2013, p 5.

En conséquence, la spécificité de la prise en charge du sujet âgé en psychiatrie existe mais elle n'est pas prise en compte par le droit positif.<sup>660</sup>

## **§2 - Le constat d'une spécificité non encore protégée**

La pratique démontre le défaut de protection de la personne âgée souffrant de troubles psychiatriques et ce à plusieurs niveaux. D'une part, il existe une coordination insuffisante entre les différents dispositifs et acteurs (A). D'autre part, les textes existants semblent inadaptés à la situation (B).

### **A- Le défaut d'articulation dans le parcours de soins du sujet âgé**

Le patient âgé en psychiatrie souffre fréquemment de poly-pathologies, il est donc indispensable de lui assurer un accès aux soins somatiques. Pourtant, l'articulation entre les acteurs du soin somatique et psychiatrique est à améliorer (1). Il est également nécessaire d'offrir à ce patient âgé, un parcours de soins et de vie adapté ; or, la coordination entre les acteurs sanitaires, sociaux et médico-sociaux est là encore insuffisante (2).

#### ***1- Une coordination insuffisante entre les acteurs des soins somatiques et psychiatriques***

Plusieurs études soulèvent que les troubles mentaux causent des difficultés fonctionnelles et cognitives pour le sujet âgé et ont un impact sur la morbi-mortalité somatique<sup>661</sup>. Dès lors, il est essentiel que la prise en charge tienne compte des pathologies somatiques associées et des

---

660 Voir DUPONT M., BERGOIGNAN-ESPER C., Droit hospitalier, Dalloz, 11ème édition, 2022, p 721-723.

661 LEBOWITZ BD., PEARSON JL0., SCHNEIDER LS., REYNOLDS CF 3rd, ALEXOPOULOS GS, BRUCE ML., « Diagnosis and treatment of depression in late life. Consensus statement update », JAMA 1997, n° 278, p 1186-1190.

CHARNEY DS., REYNOLDS CF 3rd, LEWIS L., LEBOWITZ BD., SUNDERLAND T., ALEXOPOULOS GS. « Depression and bipolar support alliance consensus statement on the unmet needs in diagnosis and treatment of mood disorders in late life », Arch Gen Psychiatry 2003; 60: 664-72.

SUTCLIFFE C., BURNS A., CHALLIS D., GODLOVE MOZLEY C., CORDINGLEY L., HEATHER BAGLEY H., et al., « Depressed mood, cognitive impairment and survival in older people admitted to care homes in England », Am J Geriatr Psychiatry 2007; 15: 708-15.

FUHRER R., DUFOUIL C., ANTONUCCI T., SHIPLEY M., HELMER C., DARTIGUES JF, J Epidemiol, 1999, n°149, p 116-126.

CUIJPERS P., « Mortality and depressive symptoms in inhabitants of residential homes », Int J Geriatr Psychiatry 2001; 16: 131-8.

altérations cognitives liées à son âge avancé. La présence de médecins généralistes au sein des unités psychiatriques doit être développée ; tout du moins un contrôle somatique régulier de ce patient permettrait d'améliorer le suivi durant l'hospitalisation psychiatrique. La coordination des prescriptions est alors devenue primordiale afin d'éviter des interactions médicamenteuses<sup>662</sup>. Ainsi, dans certaines institutions, un pharmacien opère une supervision, lorsqu'un patient fait l'objet de poly-médication. Une telle pratique, pourrait être mise en place systématiquement lors d'une entrée d'un patient âgé dans une unité psychiatrique. En effet, l'usage des psychotropes chez le sujet âgé est un véritable enjeu à la fois individuel et de santé publique, notamment en raison du risque iatrogène important<sup>663</sup>. L'utilisation des médicaments se justifie d'une part, par un accroissement des troubles psychiatriques chez ce patient et d'autre part, par la nécessité de prescrire ces traitements, pour éviter un délitement de la qualité de vie, de l'autonomie fonctionnelle et prévenir un risque suicidaire de la personne âgée. Néanmoins, les prescriptions inadaptées de psychotropes restent très fréquentes. Les psychotropes sont sous-utilisés pour certains troubles, ou au contraire à l'origine d'une sur-prescription dans d'autres. En l'occurrence, seul le développement d'une prise en charge coordonnée permettrait d'améliorer le suivi de ces patients, car aujourd'hui les acteurs de terrain constatent une fracture entre la prise en charge des troubles psychiatriques et des troubles somatiques. Le Défenseur des droits souligne en effet que « les transmissions d'informations n'apparaissent ni homogènes, ni régulières dans le temps ; elles sont parfois simplement absentes. Sans information à jour, la continuité et la qualité des soins sont gravement compromises »<sup>664</sup>. C'est pourquoi, une des solutions serait sans doute de créer des unités de gérontopsychiatrie avec, en leur sein, la collaboration de psychiatres du sujet âgé et de gériatres.

Ce manque de coordination dans le parcours de soins du sujet âgé entre les acteurs du secteur sanitaire, se traduit de manière plus large, par une articulation insuffisante entre le secteur sanitaire et le secteur médico-social.

---

662 Les études épidémiologiques montrent une inadéquation entre diagnostic psychiatrique et traitement psychotrope.

TESSIER J-F., LEGER J-M., CHARLES E. et FAUGERON P., « La psychiatrie a-t-elle sa place aujourd'hui dans la prise en charge médicale du sujet âgé ? Réflexions faites au travers de l'évolution des pratiques de soins », *Gérontologie et psychiatrie* n°104, mars 2003, p52.

663 HAS, Programme Pilote 2006-2013, « Prescription des Psychotropes chez le Sujet âgé ».

664 Défenseur des droits, rapport « Les droits fondamentaux des personnes âgées accueillies en EHPAD », 2021, p 18.



## ***2- Une articulation défaillante entre les acteurs du secteur sanitaire et du secteur médico-social***

La gérontopsychiatrie déploie un corpus de pratiques et de partenariats qui lui sont propres. En pratique, de nombreux patients âgés dénommés pour certains des « *bed-blockers* », font l'objet d'une prise en charge au long court inadaptée au sein d'une institution psychiatrique.<sup>665</sup> Contrairement aux autres patients, le projet de vie et les objectifs de réinsertion sont distincts, puisque la réhabilitation sociale n'a pas la même finalité, du fait de leur grand âge. A titre d'illustration, la recherche d'un emploi est bien souvent proscrite pour ces patients. De plus, ses objectifs de réinsertion sont nettement amoindris particulièrement l'accès à un logement, à cause du faible nombre de structures d'aval habilitées à les prendre en charge. Ainsi, l'offre de soins psychiatriques au sein des Unités de soins de longue durée (USLD) et des Établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD) est insuffisamment développée, alors même que 69% des patients souffrant d'une maladie d'Alzheimer ont des complications psychiatriques associées<sup>666</sup>. Les difficultés de placement de ces patients, nous paraissent relever de plusieurs causes. Tout d'abord l'âge de ces personnes : ces problématiques d'hébergement pour patients psychiatriques apparaissent aux alentours de 65 ans, alors que la moyenne d'âge des patients en EHPAD se situe autour de 80-85 ans, soit presque une génération d'écart. Il y a donc un décalage entre le rythme de vie, les animations proposées, mais aussi les actions de prévention propres à la gériatrie, telles que les chutes ou la dénutrition, ce qui entraîne une incompréhension réciproque patients-soignants. Ainsi quand les patients gériatriques avec altération cognitive commencent à perdre leur autonomie, ce phénomène est difficilement réversible, alors que c'est moins souvent le cas pour ces personnes handicapées vieillissantes, qui récupèrent une autonomie. Il arrive également de constater des blocages dans les admissions en EHPAD « classiques », quand il y a concomitance de troubles somatiques, telles que des pathologies neurologiques avec des pathologies psychiatriques. C'est pourquoi, il nous paraît important, que cette double prise en charge soit inscrite dans les projets de construction des unités géronto-psychiatriques ou des EHPAD géronto-psychiatriques.

L'absence d'articulation se traduit également par un partage d'informations insuffisant entre

---

665 On nomme également ces hospitalisations de longue durée, des hospitalisations inadéquates. D'après MASSE G., les patients faisant l'objet d'une hospitalisation inadéquate représentent environ deux tiers des hospitalisés de longue durée soit environ 9000 patients en 2012. JOVELET G., « Admission d'un sujet psychotique en EHPAD et continuité des soins psychiatriques ». Soins psychiatrie, n°322, mai/juin 2019.

666 SCHUSTER J-P., MANETTI A., AESCHIMANN M., LIMOSIN F., « Troubles psychiatriques du sujet âgé : données épidémiologiques et morbi-mortalité associée », *Geriatr Psychol Neuropsychiatr Vieil*2013 ; 11(2) : 181-5.

ces deux secteurs<sup>667</sup>. Comme le recommande le Défenseur des droits, il serait opportun de développer un dossier médical partagé permettant d'assurer un suivi adapté, ainsi qu'une traçabilité de tous les actes de soins réalisés sur ce même patient<sup>668</sup>. L'intervention de psychiatres au sein des EHPAD et des USLD, le déploiement d'équipes mobiles spécialisées ou de liaison se développent mais restent encore peu utilisées<sup>669</sup>. Pourtant, ces équipes constituent un soutien indéniable pour les équipes soignantes de ces institutions qui sont insuffisamment formées au repérage, au diagnostic et à la prise en charge des troubles mentaux et permettent de favoriser la coordination entre les soins psychiatriques et somatiques<sup>670</sup>. En effet, la formation en gérontopsychiatrie émerge peu à peu tant au sein de la formation initiale médicale et paramédicale qu'au niveau des stages proposés<sup>671</sup>. Pour accroître également la coordination entre le secteur sanitaire et médico-social, il faudrait développer les commissions d'admission communes entre les Centres hospitaliers, les USLD et les EHPAD. Ceci permettrait d'affiner les critères d'adressage des patients et assurerait une meilleure visibilité pour les acteurs du premier recours particulièrement les médecins traitants. Des plateformes à cet effet existent mais sont encore insuffisamment utilisées.

Au-delà de l'hospitalisation complète, la continuité du suivi psychiatrique lors d'un transfert entre deux structures est indispensable. Pour cela, le sujet âgé doit fréquenter régulièrement le centre médico-psychologique, le centre d'activité thérapeutique à temps partiel, ou un hôpital de jour spécialisé. Si la nouvelle structure médico-sociale dans laquelle il est pris en charge est trop éloignée de son secteur psychiatrique de rattachement, une nouvelle équipe de secteur

---

667 Depuis la loi de modernisation de notre système de santé du 26 janvier 2016, le partage d'informations entre les professionnels des trois secteurs d'activité est encadré. Ainsi, il est possible de partager des informations entre les professionnels de santé, les professionnels du social et du médico-social.

Voir, article R1110-2 du Code de santé publique.

Article 2 de la Charte de partenariat entre EHPAD et établissement spécialisé de psychiatrie : « Les équipes concernées de l'EHPAD et de l'établissement spécialisé s'échangent réciproquement les informations médicales et sociales nécessaires aux soins et à l'accompagnement de la personne accueillie dans le respect du secret professionnel. À ce titre, les médecins concernés, praticien hospitalier de l'établissement hospitalier spécialisé, médecin traitant et médecin coordonnateur de l'EHPAD partagent les informations utiles aux soins et à l'accompagnement dans le respect du choix de la personne ou de son représentant légal ou de la personne de confiance désignée. »

668 Défenseur des droits, rapport « Les droits fondamentaux des personnes âgées accueillies en EHPAD », 2021, p 18.

669 Circulaire DGS/SD 6C/DHOS/02/DGAS/CNSA no 2007-84 du 1er mars 2007 relative aux modalités concertées de mise en œuvre de l'allocation de ressources 2007 relative au plan psychiatrie et santé mentale.

670 Unité mobile de psychiatrie du sujet âgé (UMPSA), CHU de Toulouse

671 Diplôme universitaire de psychopathologie et neuropsychiatrie de la personne âgée, référent universitaire Professeur Arbus, CHU de Toulouse.

peut faire le relai et le prendre en charge<sup>672</sup>. Il convient de préciser qu'aucune étude à ce jour ne donne de visibilité sur l'articulation des parcours de soins, entre le secteur sanitaire et médico-social, pour ces patients âgés. En tout état de cause, la reconnaissance de la prise en charge spécifique du sujet âgé se justifie par « l'intrication des pathologies somatiques et psychiatriques, des effets de l'âge et du temps sur la relation thérapeutique transgénérationnelle, l'importance des connaissances médicales générales et les conséquences pharmacologiques du vieillissement »<sup>673</sup>.

Cette absence d'articulation dans le parcours de soins du patient âgé, reflète le décalage entre le cadre législatif et la pratique.

## **B- L'inadaptation des textes à la pratique**

Le placement non consenti d'une personne âgée souffrant de troubles mentaux dans une structure médico-sociale ou sanitaire est à ce jour pratiqué, alors même, que ce régime de soins ne fait l'objet d'aucun cadre légal (1). Afin de leur garantir une protection efficace, il serait opportun de dupliquer le régime des soins sans consentement dans ce type de structures (2).

### ***1- Le constat de pratiques non encadrées***

Actuellement en droit positif, aucun dispositif juridique ne permet un placement non volontaire d'une personne dans un établissement d'hébergement pour personnes âgées (EHPAD), dans une unité de soins de longue durée (USLD), ou dans un service de gériatrie comme cela peut être le cas en psychiatrie. Pourtant, de nombreuses structures sanitaires et médico-sociales, accueillent sans leur consentement de plus en plus de patients âgés souffrant de troubles mentaux.

Il est donc essentiel de développer une offre de soins psychiatriques, adaptée au sein de ces différentes institutions, tout du moins de prendre en compte l'impossibilité pour ce patient de

---

672 JOVELET G., « Admission d'un sujet psychotique en EHPAD et continuité des soins psychiatriques », Soins Psychiatrie, n°322, mai/juin 2019, p17.

673 BRIAND K. et FROUIN V., « Accueil en USLD : entre psychose, fantasme et défi », Soins psychiatrie, n°322, mai/juin 2019, p18.

HANON C., Camus V., « Formation à la psychiatrie du sujet âgé : quels enjeux ? », L'information psychiatrique 2010/1 (volume 86), p15-20. Par exemple, la création de stage au sein des structures de soins spécialisés voire en intégrant des équipes de liaison de la psychiatrie du sujet âgé. Ce qui permettrait de former les internes à cette discipline médicale encore peu développée et peu enseignée.

consentir à la prise en charge proposée. Il serait peut-être plus opportun de parler comme le précise Véronique Lefebvre des Noettes : « d'assentiment et non de consentement, lorsque l'on parle de la personne âgée »<sup>674</sup>, mais en tout état de cause, des patients hospitalisés en soins psychiatriques sans consentement, sont fréquemment transférés au sein d'un EHPAD ou d'une USLD, en raison de leur grand âge, d'une perte d'autonomie et de l'inadaptation du lieu de prise en charge.

Certes, un EHPAD et une USLD n'ont pas le même statut juridique, puisque la première est une structure médico-sociale<sup>675</sup> et la seconde une structure hybride, à la fois sanitaire et médico-sociale<sup>676</sup>. Pour autant, la prise en charge d'un patient âgé souffrant potentiellement de poly-pathologies en fait des structures complémentaires, puisqu'elles hébergent des personnes âgées ayant perdu leur autonomie de vie et dont l'état nécessite une surveillance et des soins médicaux constants. C'est pourquoi, la stabilité psychiatrique d'un patient âgé est considérée comme un motif de transfert dans l'une de ces deux structures. Dans ce cadre, le médecin propose une prise en charge dans un établissement médico-social, pour offrir au patient des soins continus, de qualité, et surtout plus adaptés à ses besoins.

Or, conformément à l'article L311-3 alinéa 3 du Code de l'action sociale et des familles et à l'article L 1111- 4 du Code de la santé publique, les admissions au sein de ces deux structures doivent être librement consenties. Dans ce cadre, il est alors nécessaire d'engager une réflexion sur la mise en œuvre d'un régime des soins sans consentement.

## ***2- La nécessité d'un régime de placement en soins sans consentement en dehors des établissements psychiatriques***

Dans l'hypothèse d'un placement d'une personne âgée au sein de l'une des structures ou services précités et dans l'impossibilité de recueillir son consentement, au regard de sa pathologie psychiatrique et de son âge avancé, il serait souhaitable de mettre en place un régime de soins sans consentement et de reconnaître les garanties légales afférentes. La mise en œuvre de cette modalité d'admission se ferait de préférence à la demande d'un tiers, qui peut être un membre de la famille, le tuteur, le proche aidant ou la personne de confiance qui sont fréquemment présents lors des admissions en EHPAD ou en USLD.

---

674 LEFEBVRE DES NOETTES V., « Enjeux éthiques du consentement à l'entrée en Ehpad », Rhizome n°74, décembre 2019.

675 Article L 312-1 et suivants du Code de l'action sociale et des familles.

676 MONTIGNY-FRAPY C., « Les unités de soins de longue durée, à la jonction du sanitaire et du médico-social Comment en garantir la spécificité dans un centre hospitalier gériatrique ? », EHESP, décembre 2008.

Ce régime de soins sans consentement permettrait alors d'encadrer les restrictions de droits et libertés qui sont actuellement pratiquées au sein de ces institutions. Dans l'hypothèse d'un tel changement de régime, l'intervention d'une autorité administrative<sup>677</sup> ou judiciaire, décisionnaire de l'admission, impliquerait de facto, le contrôle obligatoire du JLD. Ce dernier permettrait d'accroître considérablement la protection de la personne et de s'assurer de l'effectivité de ses droits, en prenant en compte les spécificités relatives à son grand âge. De plus, le contrôle du CGLPL, en tant qu'autorité administrative indépendante, serait également admis, car jusqu'alors, il ne peut intervenir que dans les lieux au sein desquels les personnes sont privées de liberté sur décision judiciaire ou administrative<sup>678</sup>. Plus encore, ce régime de soins pourrait se mettre en place à travers la création de plusieurs EHPAD spécialisées ou au sein d'unités spécifiques se trouvant dans les EHPAD pour les patients âgés de plus de 65 ans souffrant de pathologies psychiatriques<sup>679</sup>. Ce type de structures pourrait alors proposer deux types de prises en charge comme les établissements autorisés en psychiatrie : les soins libres et les soins sans consentement.

Toutefois, ce dualisme dans la recherche du consentement est peut-être à réinterroger pour le patient âgé souffrant de poly-pathologies. A la différence du patient de droit commun, celui-ci présente potentiellement des troubles neurodégénératifs, qu'il est impératif de prendre en compte. Du fait de la combinaison de troubles de nature distincte, le consentement peut présenter des nuances selon les moments où l'on souhaite le recueillir. De plus, il semble que l'annexe au contrat de séjour ne soit pas l'outil le plus adapté pour protéger ce patient. Il faudrait peut-être envisager la mise en place d'un nouveau mécanisme de protection, qui prendrait en compte, comme pour les irresponsables pénaux, soit l'abolition, soit l'altération du discernement de la personne âgée, sur la base d'une expertise psychiatrique<sup>680</sup>. Ainsi, par le biais de cette expertise et selon les résultats obtenus, il serait possible de proposer au sujet âgé une prise en charge adaptée à l'intensité de ses troubles. Il faudrait toutefois garantir une

---

677 Le directeur de la structure médico-sociale, le directeur de l'établissement de santé, le préfet.

678 SENAT, Projet de loi de finances pour 2019 : Direction de l'action du Gouvernement, publications officielles et information administrative. Avis n° 153 (2018-2019) de M. Jean-Yves LECONTE fait au nom de la Commission des lois, déposé le 22 novembre 2018.

679 JOVELET G., « Admission d'un sujet psychotique en EHPAD et continuité des soins psychiatriques », Soins Psychiatrie, n°322, mai-juin 2019, p17.

A titre d'exemple, le regroupement des résidents psychotiques au sein d'une unité pour handicapés psychiques vieillissants (UPHV) permet de regrouper les personnes selon leur pathologie et leur âge en proposant un environnement adapté. Ce type d'unité psychiatrique pour sujets âgés souffrant de pathologies psychiatriques aurait pour modèle les unités d'Alzheimer mises en place au sein des EHPAD. GALLIC L., « Une unité spécifique pour les résidents présentant des troubles psychiatriques », Soins psychiatrie, n°322, mai/juin 2019, p 22

680 Article 122-1 du Code pénal.

information obligatoire de la personne de confiance sur la mise en œuvre de mesures limitatives de liberté individuelle, afin qu'elle exerce au besoin, un recours si elle estime que les mesures prises sont disproportionnées, au regard de l'état clinique du patient.

Après avoir mis en lumière les spécificités de la protection liées à l'âge du patient hospitalisé en psychiatrie, il s'agit à présent d'étudier la manière dont la situation juridique dans laquelle est placée un patient a des incidences sur l'effectivité de ses droits.

Le Doyen Gérard Cornu voit dans la situation juridique un « état dans lequel se trouve une personne sous un rapport déterminé et qui fondé sur une donnée de fait, peut être caractérisé au regard du droit mais qui constitue une situation juridique pour peu que certains effets de droit, favorables ou défavorables, lui soient attachés »<sup>681</sup>. Le droit positif prend en considération la situation juridique d'une personne pour y attacher des conséquences juridiques. Aussi, la mise en œuvre d'une incarcération ou d'une mesure de protection juridique constituent deux situations ayant des conséquences sur l'exercice des droits de la personne concernée. Ces dernières situées dans le contexte particulier d'une hospitalisation complète en psychiatrie présentent des enjeux spécifiques en termes de protection.

---

681 CORNU G., *Vocabulaire juridique*, association H. Capitant, PUF, 13ème édition, 2020, v° situation.

## Chapitre 2 - La protection liée à la situation juridique du patient

L'objet de cette démonstration est d'aborder d'une part, les spécificités de la protection reconnues au majeur protégé<sup>682</sup>. Dès l'Antiquité, il a fait l'objet d'un intérêt particulier avec l'instauration de la curatelle à des fins de protection<sup>683</sup>. Le patient bénéficiant d'une mesure de protection juridique est soumis à un régime distinct puisque, bien souvent, c'est le représentant légal qui sera consulté dans la prise en charge psychiatrique ainsi que dans le processus décisionnel médical. Dès lors, il est intéressant de s'interroger sur la manière dont le droit protège ce patient et les enjeux quant à l'exercice de ses droits au cours d'une hospitalisation (Section 1).

Il s'agit d'autre part, d'étudier la protection spécifique reconnue au patient détenu. La psychiatrie en milieu pénitentiaire là aussi présente de nombreuses particularités et se développe depuis la loi du 18 janvier 1994 *relative à la santé publique et à la protection sociale*<sup>684</sup>. La délivrance des soins en détention est désormais sous la responsabilité du ministère de la Santé, ce qui est une considérable avancée puisqu'auparavant, elle se trouvait sous la responsabilité du ministère de la Justice<sup>685</sup>. Le législateur reconnaît au patient détenu les mêmes droits et libertés que tout autre patient hospitalisé. Malgré cette consécration, les contraintes carcérales pèsent encore sur l'effectivité des droits du patient<sup>686</sup> (Section 2).

---

682 Voir DUPONT M., BERGOIGNAN-ESPER C., *Droit hospitalier*, Dalloz, 11ème édition, 2022, p 873-880.

683 LECA A., « Introduction historique à la place du fou sur l'échiquier juridique », Actes et séminaires sous la direction Alexandre LUNEL, « *Folie et déraison* » : regards croisés sur l'évolution juridique des soins psychiatriques en France, *Pouvoir, santé et société*, LEH Edition, 2015, p15.

LUNEL A., *Le fou, son médecin et la société. La folie à l'épreuve du droit de l'Antiquité à nos jours*, LEH Edition, 2019, p 22-23.

684 Loi n° 94-43 du 18 janvier 1994 relative à la santé publique et à la protection sociale.

685 Voir Ministère de la Justice, Ministère des affaires sociales de la santé, Guide méthodologique « Prise en charge sanitaire des personnes placées sous-main de justice », 2012.

686 PECHILLON E., Sécurité et droit du service public pénitentiaire, thèse de doctorat en Droit Public (sous la direction de Francis Chauvin), Rennes : Université Rennes 1, 1997, p 227.

HARRAR MASMOUDI W. « Le statut du détenu malade », *Droit, Santé et Société*, 2018/5, n°5-6, p 59 - 77.

## **Section 1- La spécificité de la protection du majeur protégé**

La mise en œuvre d'une protection juridique n'est pas systématique pour le patient hospitalisé en psychiatrie. De nombreux patients en font toutefois l'objet, dès lors que leur pathologie les fragilise de manière trop importante au quotidien. Le législateur reconnaît une pluralité de mesures de protection (§1). Cette protection juridique se manifeste à travers un exercice singulier des droits fondamentaux du majeur protégé hospitalisé (§2).

### **§1 - Le constat d'une protection juridique des personnes majeures souffrant de troubles psychiatriques**

Toute personne majeure souffrant d'une altération de ses facultés mentales ou corporelles peut bénéficier d'une mesure de protection juridique (A). Selon la gravité du trouble mental, la mesure de protection juridique sera plus ou moins importante (B).

#### **A- Les motifs de recours à une mesure de protection juridique**

La mise en œuvre d'une mesure de protection juridique se justifie premièrement, par la reconnaissance de troubles psychiatriques dont souffre la personne majeure (1) et deuxièmement, par la nécessité de la protéger dans la vie quotidienne, et particulièrement durant son hospitalisation en psychiatrie<sup>687</sup> (2).

##### ***1- La reconnaissance des troubles psychiatriques***

La maladie mentale constatée médicalement est une source d'altération qui peut avoir des effets préjudiciables dans la gestion des actes civils par le patient au quotidien. Dans ce cadre, une mesure de protection juridique peut être mise en place à des fins de protection de sa personne et de ses biens. Selon les termes de Sophie Guigue : « la maladie mentale peut en effet venir altérer l'expression de la volonté de la personne, sa capacité à décider objectivement et en conséquence, affecter son autonomie »<sup>688</sup>.

---

687 Direction régionale de la jeunesse, des sports et de la cohésion sociale de Bretagne, Guide régional « Accompagnement des majeurs protégés : la mise en place d'une mesure de protection », mars 2019.

688 GUIGUE S., thèse de droit « L'approche juridique du trouble mentale », Université Montpellier 1, 2011, p 25.



Les liens entre la mise en place d'un régime de protection juridique et la prise en charge des personnes souffrant de troubles mentaux ont fortement évolué<sup>689</sup>. La loi dite *Esquirol*<sup>690</sup> a instauré une administration provisoire des biens dès que la personne malade était hospitalisée<sup>691</sup>. La loi du 3 janvier 1968 portant *réforme du droit des incapables majeurs* a abrogé cette disposition<sup>692</sup>. Depuis, la loi du 5 mars 2007 *portant réforme de la protection juridique des majeurs* tend à réviser les divers régimes de protection juridique issus de la loi du 3 janvier 1968 qui paraissaient alors inadaptés aux réalités sociales et aux besoins de la population concernée<sup>693</sup>. Ce texte vise un accroissement du respect des droits et libertés des personnes protégées. Elle a notamment rétabli le droit de vote des majeurs sous tutelle, en faisant de la privation de ce droit civique non plus la règle, mais l'exception<sup>694</sup>. Elle renforce également les droits de la défense et réaffirme la recherche du consentement du majeur protégé, aux décisions le concernant y compris lors d'une hospitalisation en psychiatrie<sup>695</sup>.

## ***2- La nécessité de protection de la personne majeure***

La personne qui se trouve « incapable » du fait de ses troubles mentaux doit être protégée juridiquement. Comme le rappelle Sophie Guigue, cette incapacité peut être « momentanée ou perdurée dans le temps »<sup>696</sup>. La mesure de protection permet un exercice adapté de ses droits tout en garantissant son autonomie. Pour l'auteur, il peut s'agir de « l'autonomie d'action, de l'autonomie de pensée ou encore de l'autonomie de la volonté »<sup>697</sup>. En aucun cas, la mise en œuvre de la mesure de protection juridique n'est

---

689 Assemblée nationale, rapport d'information n°2075, en conclusion des travaux d'une mission d'information sur les droits fondamentaux des majeurs protégés sous la direction de Caroline ABADIE et Aurélien PRADIE, 2019, p11.

690 Article 425 du Code civil.  
Article L3211-6 du Code de la santé publique.  
VOIRIN P., GOUBEAUX G., *Droit Civil*, Tome 1, LGDJ, 41<sup>ème</sup> édition, 2021, p 277.

691 VERHEYDE T., Dossier « Hospitalisation sans consentement », « Personnes faisant l'objet de soins psychiatriques : dispositions particulières concernant les majeurs protégés », *AJ Famille*, 2016, p 30.

692 Loi n°68-5 du 3 janvier 1968 portant réforme du droit des incapables majeurs.

693 Loi n°2007-308 du 5 mars 2007 portant réforme de la protection juridique des majeurs.  
Sur ces questions, voir aussi PANFILI J-M., thèse *op. cit.*, p 157 et suivantes.

694 Article L5 du Code électoral.

695 BENIA F., « La réforme des tutelles renforce le droit des personnes vulnérables », *Journal du droit des jeunes*, 2007/8, n°268, p 32 à 36.

Voir également : Ordonnance n° 2020-232 du 11 mars 2020 relative au régime des décisions prises en matière de santé, de prise en charge ou d'accompagnement social ou médico-social à l'égard des personnes majeures faisant l'objet d'une mesure de protection juridique.

696 GUIGUE S., *op. cit.*

697 GUIGUE S., *op. cit.*

automatique<sup>698</sup> durant une hospitalisation psychiatrique et ne prive le patient majeur protégé de la jouissance de ses droits<sup>699</sup>. Il convient de rappeler que l'avis du médecin traitant joue un rôle important dans la mise en place de la mesure notamment pour les décisions les plus graves, il est nécessaire de fournir un « certificat médical circonstancié rédigé par un médecin choisi sur une liste établie par le procureur de la République »<sup>700</sup>.

Toutefois, la mesure doit être adaptée, autrement dit, elle est plus ou moins protectrice selon la gravité de la pathologie psychiatrique de la personne<sup>701</sup>.

## **B- La gradation des mesures selon l'intensité des troubles psychiatriques**

Il existe actuellement en droit positif, une gradation de l'incapacité juridique en fonction de l'altération, plus ou moins profonde, des facultés mentales. Les mesures de protection sont donc plus ou moins étendues<sup>702</sup> : la mise sous sauvegarde de justice (1), la curatelle (2) et la tutelle (3). L'habilitation familiale<sup>703</sup> ne fera pas l'objet de développements car il ne s'agit pas d'une mesure de protection judiciaire comme le sont les trois mesures de protection précitées<sup>704</sup>. En effet, une fois l'habilitation familiale délivrée, il n'y a plus de contrôle du juge. De plus, cette mesure est rarement utilisée en psychiatrie au regard de l'intensité des troubles dont souffrent les personnes hospitalisées.

---

698 Principe repris par la loi du 3 janvier 1968 de l'absence d'effet automatique des soins psychiatriques sur l'ouverture éventuelle d'une mesure de protection juridique.

VERHEYDE T., *op. cit.*

699 Article L3211-5 du Code de la santé publique.

700 VOIRIN P., GOUBEAUX G., *Droit Civil*, Tome 1, LGDJ, 41<sup>ème</sup> édition, 2021, p 278.

Assemblée nationale, rapport d'information n°2075, en conclusion des travaux d'une mission d'information sur les droits fondamentaux des majeurs protégés sous la direction de Caroline ABADIE et Aurélien PRADIE, 2019, p 25.

CNDCH, Avis sur le consentement des personnes vulnérables, avril 2015, JORF n°0158 du 10 juillet 2015.

701 FILIPPI I. et HERRERIA M., *La protection juridique de l'incapable à l'hôpital*, LEH Edition, 2001.

Voir également : Direction régionale de la jeunesse, des sports et de la cohésion sociale de Bretagne, Guide régional « Accompagnement des majeurs protégés : la mise en place d'une mesure de protection », mars 2019.

702 BATTEUR A., *Droit des personnes, des familles et des majeurs protégés*, 10<sup>ème</sup> édition, LGDJ, Août 2019.

703 L'habilitation familiale permet à un proche de représenter une personne dès lors qu'elle n'est pas en mesure d'exprimer sa volonté au quotidien, de faire ou de comprendre des actes de la vie courante. Elle permet donc à celui qui le représente d'agir en son nom.

VOIRIN P., GOUBEAUX G., *Droit Civil*, Tome 1, LGDJ, 41<sup>ème</sup> édition, 2021, p 291 et suivantes.

Voir également site internet du ministère des solidarités et de la santé :

<https://solidarites-sante.gouv.fr/affaires-sociales/personnes-vulnerables/protection-juridique-des-majeurs/article/mandataires-judiciaires-a-la-protection-des-majeurs>

704 Assemblée nationale, rapport d'information n°2075, en conclusion des travaux d'une mission d'information sur les droits fondamentaux des majeurs protégés sous la direction de Caroline ABADIE et Aurélien PRADIE, 2019, p 15.

## ***1- La mise sous sauvegarde de justice***

La mise sous sauvegarde de justice<sup>705</sup> est une mesure judiciaire temporaire pour les majeurs dont les facultés mentales ne sont pas suffisamment altérées pour faire l'objet d'un placement sous curatelle ou tutelle<sup>706</sup>. Elle sera ouverte pour un acte déterminé ou dans l'attente de la mise en place d'une autre mesure plus restrictive et plus protectrice. Le patient majeur protégé conserve l'exercice de ses droits, sauf exception prévue par le juge des tutelles<sup>707</sup>. Cette mesure concerne les personnes majeures souffrant d'une altération de leurs facultés mentales, d'une infirmité ou un affaiblissement dû à l'âge ou d'une altération de leurs facultés physiques et/ou psychiques empêchant l'expression de leur volonté<sup>708</sup>. Il existe deux types de mesures de sauvegarde de justice : médicale et judiciaire<sup>709</sup>.

En premier lieu, la sauvegarde par déclaration médicale résulte d'une déclaration faite au procureur de la République. Cette déclaration est réalisée, soit par le médecin de la personne, accompagnée de l'avis conforme d'un psychiatre soit par le médecin psychiatre de l'établissement de santé où se trouve la personne<sup>710</sup>. De nombreux services de psychiatrie générale, notamment au CHU de Toulouse et au Centre hospitalier Gérard Marchant utilisent cette procédure. Elle permet à un psychiatre d'effectuer une demande en urgence à l'appui d'un certificat médical circonstancié, s'il constate que l'état de santé du patient met en péril son patrimoine. Dès lors, le mandataire judiciaire désigné ou celui de l'hôpital, est considéré comme le gérant d'affaires du patient hospitalisé. Il doit prendre toute mesure conservatoire urgente afin de protéger la personne concernée ou les biens.

En second lieu, la sauvegarde de justice sur décision du juge des tutelles<sup>711</sup> ne peut être demandée au juge que par certaines personnes : « le patient, son conjoint, un parent, une personne ayant des relations étroites ou son représentant légal ». Le procureur de la République peut également formuler cette demande lui-même ou à la suite de la demande d'un tiers.

---

705 Articles 433 à 439 du Code civil.

706 VOIRIN P., GOUBEAUX G., *op. cit.*, p 281.

707 Site internet du service-public : <https://www.service-public.fr/particuliers/vosdroits/F2075>

708 Articles 433 à 439 du Code civil.

Articles 1248 à 1252-1 du Code de procédure civile.

709 VOIRIN P., GOUBEAUX G., *Droit Civil*, Tome 1, LGDJ, 41<sup>ème</sup> édition, 2021, p 281.

710 Article L 3211-6 alinéa 2 du Code de la santé publique.

Article 434 du Code civil.

711 BATTEUR A., *Droit des personnes, des familles et des majeurs protégés*, 10<sup>ème</sup> édition, LGDJ, Août 2019.

Dans les deux cas, la durée de la sauvegarde de justice, qu'elle soit judiciaire ou médicale, est d'un an renouvelable une fois par le juge des tutelles<sup>712</sup>. La cessation de cette mesure de protection intervient par la levée de la mesure par le juge des tutelles ou la mise en œuvre d'une curatelle ou tutelle<sup>713</sup>.

La curatelle, autre mesure de protection juridique intervient dans le cas où la mesure de sauvegarde de justice ne suffirait pas au regard de l'aggravation de la pathologie psychiatrique.

## ***2- La curatelle***

La curatelle est une mesure judiciaire mise en place afin de protéger un majeur ayant besoin d'être conseillé, assisté ou surveillé dans certains actes de la vie courante<sup>714</sup>. Cette mesure entraîne une incapacité civile partielle<sup>715</sup>. Elle n'est prononcée que s'il est établi par certificat médical que la mesure de sauvegarde de justice serait une protection insuffisante<sup>716</sup>.

Il existe différents degrés de curatelle destinés à protéger la personne selon son état de santé<sup>717</sup>. Premièrement, la curatelle simple permet au patient d'assurer de manière autonome les actes courants de la vie quotidienne, par exemple, la gestion de son compte bancaire durant une hospitalisation ; toutefois, dans certaines situations comme la contraction d'un emprunt, il doit obtenir obligatoirement l'accord du curateur<sup>718</sup>. Deuxièmement, la curatelle renforcée permet au patient de gérer seul les actes courants mais les actes importants devront être co-signés par le majeur sous curatelle et son représentant légal. Enfin, la curatelle aménagée est une mesure protection « personnalisée », puisque le juge définit, au regard de l'état clinique du patient, soit dans le jugement initial ou dans un jugement postérieur, les actes qu'il pourra réaliser seul ou accompagné<sup>719</sup>.

Dans ces trois cas, la durée de la mesure est de cinq ans maximum, renouvelable pour une même durée<sup>720</sup>. La mesure peut prendre fin pour les mêmes motifs que pour la tutelle.

---

712 Article 439 du Code civil.

713 *Ibid.*

714 Article 440 du Code civil.

Voir en ce sens : VOIRIN P., GOUBEAUX G., *Droit Civil*, Tome 1, LGDJ, 41<sup>ème</sup> édition, 2021, p 283.

715 LUNEL A., *Le fou, son médecin et la société. La folie à l'épreuve du droit de l'Antiquité à nos jours*, LEH Edition, 2019, p 37- 40.

716 La procédure est la même que pour la mise en œuvre de la tutelle.

Article 440 du Code civil et articles 467 à 472 du Code civil.

Articles 1220 à 1257 du Code de procédure civile.

717 Site internet du service public : <https://www.service-public.fr/particuliers/vosdroits/F2075>

718 *Ibid.*

719 *Ibid.*

720 Article 441 du Code civil.

Cependant, elle cesse systématiquement, si une mesure de tutelle la remplace pour renforcer la protection du patient.

Une autre mesure de protection juridique doit donc être abordée, présentant un degré supérieur par rapport à l'intensité des troubles.

### **3 - La tutelle**

La tutelle, mesure judiciaire la plus contraignante, est mise en œuvre afin de protéger une personne majeure, lorsque celle-ci se trouve dans l'incapacité de protéger sa personne et ses biens<sup>721</sup>. Cette mesure entraîne une incapacité civile complète<sup>722</sup>. Le juge peut énumérer les actes que la personne peut réaliser seule ou en présence obligatoire de son tuteur<sup>723</sup>. L'ouverture d'une tutelle peut être demandée au juge des tutelles par plusieurs personnes : « le patient lui-même, son conjoint, un parent ou une personne entretenant des relations étroites avec le patient ». Un tiers peut être également à l'origine de cette demande, tels qu'un psychiatre, un travailleur social ou un directeur d'établissement de santé, en adressant un signalement au procureur de la République<sup>724</sup>. Ce dernier examine, au regard d'un certificat médical circonstancié, établi par un médecin habilité par le Procureur, s'il est nécessaire ou non de saisir le juge des tutelles. Si cela lui paraît opportun, le dossier est transmis au juge des tutelles du Tribunal judiciaire du domicile de la personne à protéger. Ce dernier détermine la durée de la mesure, qui est limitée à cinq ans ou dix ans si l'altération des facultés personnelles de la personne sous tutelle, n'apparaît manifestement pas susceptible de s'améliorer selon les données acquises par la science<sup>725</sup>.

En tout état de cause, divers motifs peuvent mettre fin à celle-ci dès lors que le juge estime qu'elle n'est plus justifiée au regard de l'amélioration de l'état clinique du patient.

En toutes circonstances, le juge va favoriser l'exercice de la mesure de protection et ce quelle qu'en soit sa nature, par un membre de la famille de la personne à protéger. A défaut, il est possible de faire appel à une tierce personne, mandataire judiciaire à la protection des majeurs, associatif, privé ou hospitalier.

---

721 Article 440 du Code civil.

722 VOIRIN P., GOUBEAUX G., *Droit Civil*, Tome 1, LGDJ, 41ème édition, 2021, p 287.

723 Articles 425 à 427 du Code civil.

Articles 1211 à 1216 du Code de procédure civile.

724 Site internet du service public : *op.cit.*

725 Article 441 alinéa 2 du Code civil.

Il convient à présent d'étudier les conséquences de la mise en œuvre de ces mesures de protection sur l'effectivité des droits de la personne protégée hospitalisée.

## **§2 - Les manifestations d'une protection spécifique**

En vertu de l'article 1er de la Charte des droits et libertés de la personne majeure protégée<sup>726</sup> et en conformité avec l'article 415 du Code civil, toute mesure de protection juridique doit être « exercée dans le respect des libertés individuelles et des droits fondamentaux et civiques de la personne ». En tant que patient majeur protégé, des particularités sont nécessairement constatées dans l'exercice et le respect de ses droits<sup>727</sup> (A). De plus, des difficultés liées à la mise en œuvre de la mesure de protection juridique existent (B).

### **A- Le constat de spécificités dans l'exercice des droits et libertés**

L'étude des droits du majeur protégé en psychiatrie se fera à travers la classification proposée par la Charte de la personne hospitalisée. Seuls les droits faisant l'objet de spécificités du fait de cette situation juridique seront abordés, à savoir le consentement du majeur protégé (1), le droit au respect de sa vie privée (2) et le droit d'accès à son dossier médical (3).

#### ***1- Le consentement du majeur protégé***

Récemment, une ordonnance du 11 mars 2020 est intervenue afin d'harmoniser les dispositions du Code civil avec les dispositions particulières du Code de la santé publique et du Code de l'action sociale et des familles, en conformité avec la loi de référence du 5 mars 2007 portant *réforme de la protection juridique*<sup>728</sup>. Cette ordonnance prend en compte la

---

726 Charte des droits et libertés de la personne majeure protégée. Annexe 4-3 du Code de l'action sociale et des familles.

727 Assemblée nationale, rapport d'information n°2075, en conclusion des travaux d'une mission d'information sur les droits fondamentaux des majeurs protégés sous la direction de Caroline ABADIE et Aurélien PRADIE, 2019, p18.

728 Ordonnance n° 2020-232 du 11 mars 2020 relative au régime des décisions prises en matière de santé, de prise en charge ou d'accompagnement social ou médico-social à l'égard des personnes majeures faisant l'objet d'une mesure de protection juridique. Le gouvernement a été habilité à prendre cette ordonnance par l'article 9 de la loi du 23 mars 2019 de programmation 2018-2022 et de réforme pour la justice. L'habilitation porte sur "toute mesure relevant du domaine de la loi visant à modifier, dans un objectif d'harmonisation et de simplification, les dispositions fixant les conditions dans lesquelles est prise une décision portant sur la personne d'un majeur qui fait l'objet d'une mesure de protection juridique et, selon les cas, intervenant en matière de santé ou concernant sa prise en charge ou son accompagnement social ou médicosocial".

nouvelle conception de la place du majeur protégé dans la prise de décisions concernant sa santé<sup>729</sup>. Les informations nécessaires à la prise de décision doivent être adressées en priorité au majeur protégé. Le consentement aux actes médicaux doit, en outre, émaner du majeur à chaque fois qu'il est apte à exprimer sa volonté, sauf pour des actes médicaux particulièrement graves ou invasifs. La personne chargée de la mesure de protection peut toutefois intervenir dans certains cas et seulement dans l'intérêt du majeur protégé. En l'occurrence pour les soins psychiatriques, le consentement du majeur protégé doit systématiquement être recherché s'il a dûment été informé, s'il est apte à exprimer sa volonté et à participer à la décision. En effet, selon les termes des articles 459 du Code civil et L 1111-4 du Code de la santé publique, le législateur reconnaît une réelle autonomie de décision au patient majeur protégé sous sauvegarde de justice et sous curatelle, dans la limite de ce que lui permet son état de santé.

Toutefois, l'article L3211-1 du Code de la santé publique posant le principe des soins librement consentis, rappelle que « la personne ne peut sans son consentement ou le cas échéant sans l'autorisation (...) de la personne chargée de la protection s'il s'agit d'un majeur faisant l'objet d'une mesure de protection juridique avec représentation relative à la personne, faire l'objet de soins psychiatriques ». Ainsi, pour les majeurs protégés sous tutelle, l'autorisation du tuteur est requise mais en aucun cas, le tuteur ne peut prendre de décisions ayant pour effet de porter gravement atteinte à l'intimité de la vie privée du majeur protégé. Dès lors, l'ordonnance du 11 mars 2020 modifie l'article L1111-4 du Code de la santé publique et insère l'alinéa suivant : « Le consentement, mentionné au quatrième alinéa, de la personne majeure faisant l'objet d'une mesure de protection juridique avec représentation relative à la personne doit être obtenu si elle est apte à exprimer sa volonté, au besoin avec l'assistance de la personne chargée de sa protection. Lorsque cette condition n'est pas remplie, il appartient à la personne chargée de la mesure de protection juridique avec représentation relative à la personne de donner son autorisation en tenant compte de l'avis exprimé par la personne protégée ». A ce titre, pour les soins psychiatriques sans consentement, le tuteur ou le curateur peut être à l'origine de la demande de soins, s'il estime que l'état de santé de la personne majeure protégée le nécessite à des fins de protection, en fournissant à titre de preuve, un extrait du jugement de mise sous tutelle ou curatelle<sup>730</sup>.

---

729 Site internet vie publique : <https://www.vie-publique.fr/loi/273928-ordonnance-du-11-mars-2020-sur-les-desicions-de-sante-majeurs-proteges>

Assemblée nationale, rapport d'information n°2075, en conclusion des travaux d'une mission d'information sur les droits fondamentaux des majeurs protégés sous la direction de Caroline ABADIE et Aurélien PRADIE, 2019.

730 Articles L3212-1, L3212-2 et L3212-3 du Code de la santé publique.

La désignation d'une personne de confiance est un autre dispositif juridique qui entre parfois en conflit avec la mesure de protection juridique. Un patient sous curatelle ou sous sauvegarde de justice hospitalisé peut désigner une personne de confiance selon la procédure classique. En revanche, lorsque le patient fait l'objet d'une mesure de tutelle, la procédure est particulière<sup>731</sup>. Si la désignation de la personne de confiance est intervenue antérieurement à la mise en place de la tutelle, le juge des tutelles peut confirmer ou révoquer la désignation en vertu de l'article L1111-6 alinéa 5 du Code de la santé publique. Si cette désignation intervient ultérieurement à la mise sous tutelle, il faut obtenir obligatoirement l'accord du juge des tutelles ou du conseil de famille. La personne de confiance comme nous l'avons évoqué précédemment est une aide à la décision médicale et ne peut en aucun cas se substituer à la personne malade. Son rôle et ses prérogatives sont distincts de celles de la personne en charge de la mesure de protection juridique (tuteur, curateur). Le champ d'intervention est donc différent.

Au-delà de la recherche du consentement du patient majeur protégé, le droit au respect de la vie privée doit également se concilier avec la mise en œuvre de la mesure de protection juridique.

## ***2- Le droit au respect de la vie privée***

Au regard de l'article L3211-3 du Code de la santé publique tant l'émission ou la réception du courrier ainsi que les activités religieuses relèvent de la sphère privée d'une personne et ne peuvent être exercées que par le patient lui-même. Comme l'indique Valérie Doumeng : « aucune substitution par la personne chargée de sa protection n'est envisageable »<sup>732</sup>.

Le législateur a également souhaité assurer en toutes circonstances, la protection du logement de la personne protégée<sup>733</sup>, des meubles, des objets et souvenirs à caractère personnel<sup>734</sup>. Ainsi,

---

Le représentant de l'État informe également la personne chargée de la protection juridique du maintien ou de la levée de la mesure de soins sans consentement conformément à l'article L3213-9 du Code de la santé publique.

BARBIER L., « La réforme des soins sans consentement vue d'un service MJPM », Dossier « Hospitalisation sans consentement », AJ Famille, 2016, p33.

731 Ministère des solidarités et de la santé, Fiche 9 : la personne de confiance », 2019.

732 DOUMENG V., La vie privée du majeur malade mental ou déficient intellectuel, thèse de droit privé (sous la direction de Claire Neirinck), Toulouse : Université Toulouse 1, 2002.

733 Article L 3211-7 du Code de la santé publique.

Article 8 de la Charte des droits et libertés de la personne majeure protégée.

734 Article 426 du Code civil.



en cas d'entrée dans un établissement psychiatrique, il est impossible de disposer du domicile de la personne sous quelle que forme que ce soit<sup>735</sup>, sans obtenir au préalable l'autorisation spéciale du juge des tutelles, accordée sur avis médical d'un médecin expert.

Il reste cependant, quelques domaines qui échappent à la vigilance du législateur. Ainsi en est-il de la gestion du tabac qui, lors d'une hospitalisation, soulève indéniablement des questions quant au respect de la sphère privée du patient. Si la consommation de tabac est un droit strictement personnel qui ne peut être exercé par autrui, son financement, quant à lui, dépend uniquement de la personne chargée de la mesure de protection. De ce fait, ayant en charge la gestion des comptes bancaires de la personne hospitalisée et protégée, cette dernière doit lui allouer une somme déterminée lui permettant de réaliser les actes de la vie civile, notamment celui d'acheter du tabac si tel est son besoin. Pour autant, le patient n'est pas forcément en mesure de pouvoir les acheter lui-même. De ce fait, les soignants doivent contrôler voire limiter le nombre de cigarettes que le patient peut consommer dans la journée ou la semaine. Ce qui a pour conséquence d'accentuer davantage l'atteinte à la marge d'autonomie et aux libertés octroyées à ces patients fumeurs.

Reste à souligner les spécificités pour le majeur protégé en matière d'accès au dossier médical.

### ***3- Le droit d'accès au dossier médical***

Le majeur protégé a la faculté de consulter l'intégralité des informations relatives à sa santé. Cependant, des modalités d'accès différentes existent selon la nature de la mesure de protection juridique<sup>736</sup>.

Pour ce qui est de la sauvegarde de justice et de la curatelle, la personne chargée de la protection ne peut accéder au dossier médical sans l'accord préalable du patient majeur protégé. Il est considéré comme apte à pouvoir prendre lui-même les décisions médicales, voire chirurgicales, qui le concerne. Dans le cadre de la tutelle, conformément à l'article 447 du Code civil, le juge a la possibilité de dissocier la mesure de protection entre un tuteur chargé de la protection de la personne et un autre chargé de la gestion patrimoniale. Il s'agit de s'interroger sur la nature du tuteur qui dispose d'un droit d'accès au dossier médical du

---

735 En particulier : la location, la vente et la résiliation de bail.

736 Assemblée nationale, rapport d'information n°2075, en conclusion des travaux d'une mission d'information sur les droits fondamentaux des majeurs protégés sous la direction de Caroline ABADIE et Aurélien PRADIE, 2019, p 53 et suivantes.

majeur protégé.

Selon l'article L1111-7 du Code de la santé publique : « la personne en charge de l'exercice de la mesure, lorsqu'elle est habilitée à représenter ou à assister l'intéressé dans les conditions prévues à l'article 459 du Code civil, a accès à ces informations dans les mêmes conditions ». En tout état de cause, l'article 459 du Code civil se réfère aux effets de la tutelle chargée de la protection de la personne. De toute évidence, un tuteur chargé de la gestion patrimoniale d'un patient ne peut avoir accès à ses données médicales au regard de ses prérogatives et du respect du secret médical. Un avis de la Commission d'accès aux documents administratifs (CADA) en date du 12 janvier 2017 a confirmé cette interprétation<sup>737</sup>. Pour la CADA, le droit d'accès au dossier médical par un tuteur aux biens ne peut s'exercer de plein droit. Il nécessite soit l'accord préalable du patient protégé, soit celui du tuteur à la personne qui a été également désigné en lui délivrant un mandat spécifique<sup>738</sup>.

Au-delà de cette application particulière des droits du patient majeur protégé, il convient de mettre en lumière les difficultés liées à la mise en œuvre de la mesure de protection juridique.

## **B- Le constat de difficultés dans l'exercice des droits**

En certaines circonstances, la mise en œuvre de la mesure de protection peut avoir des conséquences préjudiciables pour le majeur hospitalisé (1). Pour mieux répondre à ces difficultés, il est essentiel que les droits de la défense soient garantis au patient majeur protégé (2).

### ***1- L'hypothèse d'une mauvaise gestion par le représentant légal***

Le législateur a prévu initialement le réexamen des mesures de protection dans un délai de cinq ans par le juge des tutelles<sup>739</sup>. Pourtant, ce contrôle reste aujourd'hui très faible en raison de la saturation du système judiciaire actuel et du manque de moyens des tribunaux. La Cour des comptes constate une gestion très disparate des dossiers, tant par les tuteurs familiaux que

---

737 CADA, Avis n°20165439 du 12 janvier 2017.

738 CADA, Avis n°20165439 du 12 janvier 2017.

739 Assemblée nationale, rapport d'information n°2075, en conclusion des travaux d'une mission d'information sur les droits fondamentaux des majeurs protégés sous la direction de Caroline ABADIE et Aurélien PRADIE, 2019, p 39 et p 65.

par les mandataires professionnels<sup>740</sup>. Malgré tout, elle mérite une attention particulière<sup>741</sup>. Certaines situations montrent que le mandataire judiciaire dans l'exercice de ses fonctions, porte parfois préjudice au majeur protégé hospitalisé, ou qu'il ne remplit pas ses missions conformément à la loi. Dans ce cas, le médecin psychiatre ou l'assistante du service social ayant connaissance de tels comportements, peut réaliser un signalement auprès du juge des tutelles. Il s'agit d'alerter ce dernier des difficultés rencontrées, résultant de l'exercice défaillant du représentant légal dans le cadre de ses missions.

Le CGLPL a ainsi relevé, lors d'une audience de contrôle devant le JLD, un exemple concret de ce type de carence. Un patient admis en soins sans consentement depuis plusieurs années n'a pu obtenir la levée de la mesure de soins alors même que les certificats médicaux attestaient de la stabilité de son état clinique. Ce patient n'avait plus de logement lui permettant de sortir de l'hôpital. Aucune autre solution d'aval n'avait été trouvée. De nombreuses démarches avaient été réalisées au cours de l'hospitalisation avec un accompagnement soignant pour rechercher un appartement. Après avoir trouvé un logement adéquat pour ce patient, les soignants se sont tournés vers le tuteur. Face au silence du tuteur, le patient n'a pu obtenir le logement. Cette défaillance de la part du représentant légal a été soulignée lors de l'audience par le témoignage de plusieurs soignants. Cependant, le JLD n'a eu d'autre choix que de prolonger la mesure de soins sans consentement afin de laisser un temps supplémentaire pour la recherche de logement du patient qui se trouvait de facto sans domicile fixe. Le juge a rappelé au tuteur que l'une de ses missions est précisément l'accompagnement du patient dans ses démarches administratives, qu'à défaut des mesures pourraient être prises à son encontre<sup>742</sup>.

Cette situation démontre le préjudice porté aux droits de ce patient et, ce, à plusieurs égards. L'inaction du tuteur ne lui permet pas de sortir, de se réinsérer socialement et d'accéder à un logement. De plus, la mesure de soins sans consentement perdure pour des raisons non médicales alors même que celle-ci est privative de liberté. Dans l'hypothèse d'un appel, cette hospitalisation pourrait être qualifiée d'abusive.

---

740 Cour des comptes, Rapport « La protection juridique des majeurs, une réforme ambitieuse, une mise en œuvre défaillante » du 4 octobre 2016.

741 CGLPL, rapport de visite du Pôle de psychiatrie du centre hospitalier universitaire de Saint-Étienne, 2 au 6 décembre 2019, p 47.

742 Tenue d'une audience devant le Juge des libertés et de la détention dans le cadre d'une journée de recherche au Centre hospitalier de Lavaur.

Reste à envisager les réponses possibles face à ce genre de situations<sup>743</sup>.

## **2- Le renforcement des droits de la défense pour pallier ces difficultés**

En 2016, le Défenseur des droits a préconisé que la personne à protéger soit davantage associée au prononcé de la mesure de protection juridique, qu'elle ait la possibilité de désigner d'office un avocat<sup>744</sup>, de désigner un administrateur *ad hoc* ou un mandataire judiciaire durant l'instruction<sup>745</sup>, ce qui n'est pas le cas aujourd'hui. Il suggère également lors de l'instruction du dossier, d'auditionner les proches pour favoriser la connaissance du contexte familial et l'environnement du patient<sup>746</sup>. En tout état de cause, le patient majeur protégé a le droit d'être entendu auprès de toute autorité administrative et judiciaire<sup>747</sup>, notamment s'il estime que la mise en œuvre de la mesure de protection juridique porte atteinte à ses droits fondamentaux. Dès lors, le patient tout comme la personne chargée de sa protection peut prendre contact auprès de la CDU de l'établissement ainsi qu'auprès de la CDSP pour faire valoir ses observations relatives à l'exercice des droits du patient et à sa protection. En principe, la personne chargée de la protection du malade est réputée agir dans son intérêt conformément à l'article 415 alinéa 3 du Code civil.

Dans l'hypothèse d'une atteinte aux droits en raison de la mise en œuvre de la mesure de protection juridique défailante, le patient a également la possibilité d'en faire part au JLD lors du contrôle de la mesure de soins<sup>748</sup>. En comparaison avec la procédure relative à la protection des majeurs, l'assistance d'un avocat est obligatoire lors de cette audience<sup>749</sup>. Comme Thierry Verheyde le souligne : « il serait intéressant que le législateur harmonise ces deux procédures en rendant la représentation d'un avocat obligatoire pour le majeur protégé, notamment dans le cas où le juge des tutelles n'auditionnerait pas le majeur à protéger ou protégé »<sup>750</sup>. Cette

---

743 Suite à la réforme du 23 mars 2019, le juge des tutelles n'intervient plus, sauf s'il est saisi pour un désaccord entre le majeur protégé et son tuteur au sujet d'un acte médical portant gravement atteinte à l'intégrité physique de la personne sous tutelle.

744 Article 432 du Code civil.  
Article 1214 du Code de procédure civile.

745 Défenseur des droits, Rapport « Protection juridique des majeurs vulnérables », Septembre 2016, p 27-28.

746 Défenseur des droits, Rapport « Protection juridique des majeurs vulnérables », Septembre 2016, p 28.  
Responsable santé, Protection des majeurs vulnérables, n°268, jeudi 3 novembre 2016.

747 Assemblée nationale, rapport d'information n°2075, en conclusion des travaux d'une mission d'information sur les droits fondamentaux des majeurs protégés sous la direction de Caroline ABADIE et Aurélien PRADIE, 2019, p 34.

748 Article L3211-12 du Code de la santé publique.

749 Article L3211-12-2 du Code de la santé publique et article 432 du Code civil.

750 Cour de cassation, Chambre civile 1, 8 juillet 2015, n°15.11.002.  
VERHEYDE T., Dossier « hospitalisation sans consentement » Personnes faisant l'objet de soins psychiatriques : dispositions particulières concernant les majeurs protégés », AJ Famille, 2016, p 30.

proposition présente l'avantage de renforcer la protection du majeur protégé comme le rappelle également l'Assemblée nationale dans un rapport relatif aux droits fondamentaux des majeurs protégés en 2019<sup>751</sup>.

Après avoir étudié la spécificité de la protection du majeur protégé hospitalisé en psychiatrie, nous allons à présent aborder celle de la personne détenue.

## **Section 2- La spécificité de la protection de la personne détenue**

Toute personne détenue peut bénéficier de soins psychiatriques lors d'une incarcération, que ce soit au sein d'un établissement pénitentiaire ou d'un établissement santé autorisé en psychiatrie. Cette situation juridique privative de liberté individuelle engendre une protection adaptée des droits fondamentaux de la personne détenue souffrant de troubles mentaux lors de son hospitalisation<sup>752</sup> (§1). La particularité de cette protection se dégage essentiellement des contraintes carcérales. Celles-ci ont indéniablement des conséquences sur l'application des droits du patient détenu ainsi que sur la coordination de son parcours de soins (§2).

### **§1- Le constat d'une protection spécifique**

La compatibilité entre la détention et les troubles mentaux est complexe à appréhender (A). La condition carcérale a nécessairement une incidence sur l'état de santé de la personne détenue, ce qui justifie une protection spécifique à son égard<sup>753</sup> (B).

#### **A- La compatibilité discutable de la détention avec les troubles psychiatriques du patient**

Une personne souffrant de troubles mentaux peut être tenue responsable de ses actes ou reconnue irresponsable pénalement de ces derniers, en fonction de l'intensité de ses troubles et de l'abolition ou de l'altération de son discernement au moment de la commission de

---

751 Assemblée nationale, rapport d'information n°2075, en conclusion des travaux d'une mission d'information sur les droits fondamentaux des majeurs protégés sous la direction de Caroline ABADIE et Aurélien PRADIE, 2019, p 28.

752 Voir MALATERRE J., mémoire Master 2 « Quelle prise en charge pour les détenus souffrant de troubles mentaux ? », Université Toulouse 1 Capitole, 2015-2016.  
Voir DUPONT M., BERGOIGNAN-ESPER C., *Droit hospitalier*, Dalloz, 11ème édition, 2022, p 723.

753 Ministère de la Justice, Ministère des affaires sociales de la santé, Guide méthodologique « Prise en charge sanitaire des personnes placées sous-main de justice », 2012, p 79 - 102.

l'infraction<sup>754</sup>. Pourtant, la pratique démontre une forte responsabilisation de cette catégorie de personnes<sup>755</sup> (1) alors même que la pathologie psychiatrique est potentiellement aggravée par l'enfermement (2).

### ***1- La responsabilisation des personnes souffrant de pathologies psychiatriques***

La personne détenue peut bénéficier de soins psychiatriques de qualité en détention ce qui aurait pour effet, d'après certaines études, de diminuer le prononcé de l'irresponsabilité pénale<sup>756</sup>. Depuis quelques années, nous assistons à un accroissement de la responsabilisation des personnes prévenues souffrant de troubles mentaux<sup>757</sup>, alors que les règles pénitentiaires européennes préconisent le non-placement en établissement pénitentiaire de ces personnes en particulier<sup>758</sup>. Le Comité consultatif national d'Éthique rappelle que « le nombre de pathologies psychiatriques est vingt fois plus élevé en prison que dans la population générale. Les 20% de détenus atteints de troubles mentaux devraient se trouver à l'hôpital, seul compétent pour les soigner ou les accompagner »<sup>759</sup>. Plusieurs facteurs justifient ce phénomène et nous conduisent à s'interroger sur la compatibilité de la prise en charge psychiatrique avec la détention<sup>760</sup>.

Tout d'abord, il serait lié en premier lieu aux experts psychiatres qui reconnaissent de moins en moins l'abolition du discernement conduisant à l'irresponsabilité pénale<sup>761</sup>. Mais

---

754 Article 122-1 du Code Pénal.

755 Voir MALATERRE J., mémoire Master 2 *op cit.*, p 10 et suivantes.

756 C'est ainsi que le taux d'irresponsabilité pénale qui atteignait 17% dans les années 1980, a chuté à 0,17% en 1997 et à ce jour ce taux ne varie quasiment plus.

MERMAZ L. et FLOCH J., « La France face à ses prisons, rapport fait au nom de la commission d'enquête sur la situation dans les prisons françaises », Les documents d'information de l'Assemblée nationale, n° 2521.

PRADIER P., « La Gestion de la santé dans les établissements du programme 13000 : évaluation et perspectives documents, visites, entretiens, réflexions », Ministère de la justice, 30 septembre 1999.

ROUILLON F., DUBURCQ A., FAGNANI F., FALISSARD B., Etude épidémiologique sur la santé mentale des personnes détenues en prison, étude DGS, 2004.

757 BENSUSSAN P., « La pénalisation de la folie », Santé mentale, 2018, n°227, p 74-77.

758 LAFAYE C., LANCELEVEE C., PROTAIS C., « L'irresponsabilité pénale au prisme des représentations sociales de la folie et de la responsabilité des personnes souffrant de troubles mentaux ». Mission de recherche Droit et Justice, 2016, p 265.

759 CCNE, Avis « La santé et la médecine en prison », n°94, 2006.

760 Ministère de la Santé, ministère de la Justice, Rapport IGAS/IGSJ « Santé des détenus », juin 2001.

761 SENON J-L., « Troubles mentaux et prison », AJ Pénal 2007, p 155.

VIOUJAS V., « Les soins psychiatriques aux détenus : des modifications mineures pour une problématique de santé publique majeure », RDSS, 2011 p1071.

BENSUSSAN P., « La pénalisation de la folie ou l'arbitraire en pratique expertale », Actualité juridique pénal, 2021, n°10, p 456-459.

GUIVARCH J., PIERCECCHI-MARTI M-D., GLEZER D., CHABANNES J-M., « Divergences dans l'expertise de responsabilité des personnes schizophrènes accusées d'homicide volontaire : enquête auprès des experts de la cour d'appel d'Aix-en-Provence », Encéphale, 2016, volume 42, n°4, p 296-303.

ils ne peuvent être tenus seuls pour responsables de l'augmentation de l'incarcération des détenus atteints de troubles mentaux. Il convient de rappeler que les expertises psychiatriques ne s'imposent pas obligatoirement dans toutes les procédures<sup>762</sup>. Si elles sont obligatoires en matière criminelle<sup>763</sup>, elles sont à la discrétion du juge en matière correctionnelle, notamment lors des comparutions immédiates<sup>764</sup>. Comme le rappelle la sociologue Caroline Protais : « 74% des détenus sont jugés en correctionnelle »<sup>765</sup>. Au sein des procédures de jugement rapide, notamment les comparutions immédiates, l'expertise psychiatrique est facultative<sup>766</sup>. Il est cependant prévu, à l'initiative du procureur de la République, une enquête sociale, qui n'implique pas pour autant une expertise psychiatrique<sup>767</sup>. Dans ce type de procédure, le prévenu ne peut être jugé immédiatement que s'il y consent. Si celui-ci refuse ou si l'affaire n'est pas en état d'être jugée, le tribunal peut renvoyer l'affaire à une audience ultérieure qui devra avoir lieu dans un délai qui ne peut être inférieur à deux semaines en vertu des articles 397 et 397-1 du Code de procédure pénale<sup>768</sup>. Dans cette hypothèse de renvoi, le prévenu ou son avocat peut demander au tribunal, d'ordonner tout acte d'information relatif à la personnalité dont une demande d'expertise psychiatrique. Celle-ci pourra être prise en compte lorsque le prévenu sera déféré devant la juridiction<sup>769</sup>. Dès lors, le défaut de systématisme de l'expertise psychiatrique dans ce type de procédure peut constituer un motif à l'origine de la hausse de responsabilisation de la maladie mentale<sup>770</sup>.

De plus, selon le Professeur Jean-Louis Senon : la présence de dispositifs de soins

---

JAMET L., NEVEUX P., SENON J-L., NABHAN ABOU N., « Abolition du discernement : état des lieux des pratiques des experts psychiatres dans l'ouest de la France, Annales médico-psychologiques, 2020, volume 178, n°2, p 105-109.

Voir en ce sens PANFILI J-M., thèse de doctorat en Droit Public « Les instruments de protection des droits et libertés des malades mentaux », Université Toulouse 1, 2013, p 58 à 73.

762 LUNEL A., « La médecine judiciaire d'hier à aujourd'hui », *La médecine judiciaire d'hier à aujourd'hui : regards croisés*, sous la direction Sylvie HUMBERT, Philippe GALANOPOULOS, Alexandre LUNEL, LEH Edition, 2019, p 9-12.

Voir également, MALATERRE J., mémoire Master 2 *op cit.*, p 14.

763 Article 706-47-1 du Code de procédure pénale.

764 Article 434 et article 395 du Code de procédure pénale.

Voir également, MALATERRE J., mémoire Master 2 *op cit.*, p 14.

765 PROTAIS C., « Sous l'emprise de la folie ? - L'expertise judiciaire face à la maladie mentale (1959-2009) », EHESS, 2017.

766 PROTAIS C., « Irresponsabilité pénale : les enjeux de l'expertise », Santé mentale, 2018, n°227, p 78-83.

767 Voir Sénat, rapport d'information n° 434 « Prison et troubles mentaux : comment remédier aux dérives du système français ? », mai 2010.

768 Voir également, MALATERRE J., mémoire Master 2 *op cit.*, p 14 et suivantes.

769 *Ibid.*

770 MANZANERA C. et SENON J-L, Psychiatrie de liaison en milieu pénitentiaire : organisation, moyens, psychopathologies et réponses thérapeutiques, Annales médico psychologiques, n°162, 2004, p 686-699.

psychiatriques en prison<sup>771</sup> serait un second motif de responsabilisation. D'un côté, les magistrats estiment qu'il est plus sûr de condamner cette personne au regard de la protection de l'ordre public<sup>772</sup>. D'un autre côté, le système judiciaire pense, sûrement par méconnaissance que l'évolution du dispositif de soins en détention depuis la loi de 1994<sup>773</sup>, permet une prise en charge et une délivrance des soins pour les détenus égale à celle offerte en milieu libre. En effet, dès lors que l'état de santé psychique d'un détenu est jugé incompatible avec la détention, celui-ci sera pris en charge en hospitalisation de jour par un Service médico-psychologique régional (SMPR), ou sous la forme d'une hospitalisation complète en Unité pour malades difficiles (UMD) ou en Unité hospitalière spécialement aménagée (UHSA)<sup>774</sup>.

Cette combinaison de facteurs conduit alors des personnes souffrant de troubles mentaux en détention, alors même que les conditions d'incarcération perturbent l'accès aux soins psychiatriques et peuvent aggraver la pathologie.

## ***2- La condition carcérale, un impact sur la santé mentale du patient détenu***

La condition carcérale est un facteur ayant un impact sur la santé mentale de la personne détenue. La pathologie psychiatrique préexistante est potentiellement exacerbée par la détention. Divers rapports mettent en avant l'existence de troubles nouveaux liés à la détention<sup>775</sup>. Au niveau européen, la condition carcérale est considérée comme un motif d'aggravation de la santé mentale, souvent jugée par la Cour européenne des droits de l'Homme comme des traitements inhumains et dégradants sur le fondement de l'article 3 de la CEDH. Il appartient donc aux autorités pénitentiaires de veiller à ce que les conditions matérielles de détention soient décentes et que le patient détenu bénéficie d'une prise en charge adaptée à sa pathologie<sup>776</sup>. La CEDH considère que le placement en cellule

---

771 SENON J-L, « Troubles mentaux et prison », AJ Pénal, 2007, p 155.

Ministère de la Santé, ministère de la Justice, Rapport IGAS/IGSJ « Santé des détenus », juin 2001.

772 HENNION-JACQUET P., « Dignité et détention des personnes souffrant de troubles mentaux et si la justice s'arrêtait aux portes des prisons ? », RDSS, 2009, p 509.

773 Loi n°94-43 du 18 janvier 1994 relative à la santé publique et à la protection sociale.

774 Sénat, Rapport d'information fait par le groupe de travail sur la prise en charge des personnes atteintes de troubles mentaux ayant commis des infractions, n°434, session 2009-2010, 5 mai 2010.

775 Étude pour le ministère de la Santé et le ministère de la Justice, décembre 2004, référence 2001-148.

776 IGAS/IGSJ, Rapport « Santé des détenus », juin 2001, p 7.

FORT F-X, « La protection de la dignité de la personne détenue », AJDA, 2010 p 2249.

CERE J-P, « Le détenu malade : le traitement du droit européen », AJ Pénal, 2010, p 325.



disciplinaire constitue un risque pour la santé mentale. La durée de placement dans ce dispositif doit, notamment, être adaptée à l'état clinique de la personne détenue<sup>777</sup>. Elle a, dans plusieurs cas jugés, que le placement était disproportionné et constitutif de traitements inhumains et dégradants sur le fondement de l'article 3 de la CEDH, comme l'illustre l'arrêt *Koutcherouk contre Ukraine*<sup>778</sup>. Si au départ ces mesures sont justifiées, elles peuvent, par leur durée et leur multiplication, devenir dégradantes et inhumaines pour le détenu malade mental qui les subit<sup>779</sup>. La condition carcérale conduit fréquemment des détenus souffrant de pathologies psychiatriques à se suicider<sup>780</sup>. Ainsi, comme le relèvent Sophie Baron-Laforet et Betty Brahmy : « le taux de mortalité par suicide en prison est sept fois plus élevé qu'en milieu libre : 140 suicides pour 100 000 détenus, 22 pour 100 000 en milieu libre »<sup>781</sup>. Le Conseil d'État, qui attache une particulière importance aux droits de la personne détenue notamment pour la préservation de leur santé, a adopté la même position que la CEDH<sup>782</sup>. La Cour de Strasbourg, sur le fondement de l'article 2 de la CEDH, a statué et condamné la France à plusieurs reprises concernant le suicide de personnes détenues<sup>783</sup>. Face à ce

---

777 Articles R 57-7-33 et R 57-7-43 du Code de procédure pénale.

BIENVENU N., *Le médecin en milieu carcéral, étude comparative France/ Angleterre et pays de Galles*, LeHarmattan, 2006.

Rapport au Gouvernement de la République française relatif à la visite en France effectuée par le Comité européen pour la prévention de la torture et des peines ou traitements inhumains ou dégradants (CPT) du 14 au 26 mai 2000.

Il convient de préciser que le placement au sein du quartier d'isolement est une mesure non punitive et relève d'un régime distinct de celui du quartier disciplinaire. La mise en isolement permet à titre préventif d'éviter que le détenu tente de nuire à autrui ou inversement. Les conséquences sur la santé mentale du détenu sont moins préjudiciables contrairement à celles constatées lors du placement en cellule disciplinaire.

778 HENNION-JACQUET P., « Soins en prison, troubles psychiques, suicide, droit à la vie, traitements inhumains et dégradants, responsabilité », RDSS, 2009, p 363.

VAUTHIER J-P., « Conditions de détention des personnes fragiles psychiquement ; la Cour européenne des droits de l'Homme affine sa jurisprudence », RDS, n°70, mars 2016, p 298.

CEDH, *Renolde contre France*. CERE J-P., note, AJ Pénal, 2006, p 500.

CEDH, 6 septembre 2007, *Koutcherouk contre Ukraine*, n°2570/04.

779 VAUTHIER J-P., « Conditions de détention des personnes fragiles psychiquement ; la Cour européenne des droits de l'Homme affine sa jurisprudence », RDS, n°70, mars 2016, p 298.

A l'inverse, elle a conclu à la non-violation de l'article 3 dans un arrêt *Cocaign contre France*.

CEDH, 3 novembre 2011, *Cocaign contre France*, n° 32010/07.

780 HENNION-JACQUET P., « Dignité et détention des personnes souffrant de troubles mentaux et si la justice s'arrêterait aux portes des prisons ? », RDSS, 2009, p 509.

VIOUJAS V., « Les soins psychiatriques aux détenus : des modifications mineures pour une problématique de santé publique majeure », RDSS, 2011, p 1071.

781 BARON-LAFORET S. et BRAHMY B., *Psychiatrie en milieu pénitentiaire*, Encyclopédie médico-chirurgicale, Psychiatrie, 1998, p 9.

782 Conseil d'Etat, 17 décembre 2008, *Garde des Sceaux contre M et Mme Z*, n° 292088.

Conseil d'Etat, 23 mai 2003, *Chabba*, n° 244663.

783 CEDH, 11 juillet 2006, *Rivière contre France*, n°33834/03.

CEDH, 16 octobre 2008, *Renolde contre France*, n°5608/05.

CEDH, 8 octobre 2015, *Sellal contre France*, n°32432/13.

CEDH, 4 février 2016, *Isenc contre France*, n°58828/13.

phénomène, divers dispositifs sont mis en œuvre en France pour prévenir et réduire le taux de suicide des détenus souffrant de troubles mentaux<sup>784</sup>.

Outre le constat d'une prise en charge psychiatrique singulière en détention, le législateur veille à ce que le patient détenu accède aux soins psychiatriques avec des modalités adaptées et quasi similaires à celles reconnues à un patient de droit commun.

## **B- Des modalités d'admission en soins psychiatriques liées au statut de détenu**

Les soins en détention sont en principe librement consentis (1) et par exception, des soins sans consentement sont également admis présentant toutefois certaines particularités par rapport à ceux dispensés aux patients non détenus (2).

### ***1- Le principe des soins librement consentis***

Afin de garantir l'égalité d'accès aux soins, la personne détenue ou prévenue souffrant de troubles mentaux bénéficie du principe du consentement aux soins comme tout autre patient<sup>785</sup>. Dans ce cas, elle est admise au sein de l'Unité hospitalière spécialement aménagée (UHSA)<sup>786</sup>. La circulaire interministérielle du 18 mars 2011 *relative à l'ouverture et au fonctionnement des UHSA*, définit la procédure à suivre lorsque l'hospitalisation est consentie. Dans un premier temps, le médecin qui exerce au sein de l'établissement pénitentiaire doit mentionner l'incompatibilité de l'état de santé de la personne et la nécessité de l'hospitaliser à temps complet. Il doit par la suite contacter le médecin responsable de l'UHSA de

---

VAUTHIER J-P. « Conditions de détention des personnes fragiles psychiquement : la Cour européenne des droits de l'Homme affine sa jurisprudence », RDS n°70, mars 2016, p 298.

CERE J-P, « Le détenu malade : le traitement du droit européen », AJ Pénal, 2010, p 325.

784 HENNION-JACQUET P., « Dignité humaine et détention des personnes souffrant de troubles mentaux : et si la justice s'arrêtait aux portes des prisons ? », RDSS, 2009.

Circulaire du 26 avril 2002 relative à la prévention du suicide dans les établissements pénitentiaires.

Rapport de mission du Professeur et psychiatre Jean Louis Terra, « Prévention du suicide des personnes détenues », publié en décembre 2003.

LAURENCIN G., « Condition carcérale et souffrance psychique », Rhizome, Bulletin national santé mentale et précarité, Avril 2015.

Rapport « Suicides en prison : mesure, dispositifs de prévention, évaluation », Journée d'étude internationale du 22 janvier 2010 à l'ENM, Paris.

Plan d'action ministériel « Grand plan national d'actions de prévention du suicide des personnes détenues » du 15 juin 2009.

Site internet du Ministère de la justice : <http://www.justice.gouv.fr/prison-et-reinsertion-10036/ladministration-penitentiaire-10037/prevention-du-suicide-en-detention-27198.html>

785 Article D 362 du Code de procédure pénale. Article L3214-1 du Code de la santé publique.

786 Article L3214-1 du Code de la santé publique.

rattachement pour l'informer de cette demande d'hospitalisation<sup>787</sup>. Selon les termes de l'article R3214-1 du Code de la santé publique, il appartient au directeur de l'établissement de santé de l'UHSA d'accepter cette demande, notamment au regard de la disponibilité des places au sein de cette structure, et après avis du médecin responsable. Pour procéder à cette hospitalisation, le médecin traitant de l'établissement pénitentiaire doit transmettre au médecin responsable de l'UHSA, toutes les données médicales utiles pour assurer la continuité de la prise en charge. Il doit également informer le directeur de l'établissement pénitentiaire afin qu'il organise avec le personnel pénitentiaire responsable affecté à l'UHSA, le transfert vers l'UHSA dans les plus brefs délais. L'acceptation des autorités judiciaires et pénitentiaires qualifiées doit lui être délivrée au préalable<sup>788</sup>. Enfin, les modalités de transport ont été explicitées précédemment et sont prévues par les articles R 3214-21 et suivants du Code de la santé publique<sup>789</sup>.

Le principe du consentement aux soins est parfois bafoué pour des raisons organisationnelles alors même que le patient détenu est en principe consentant aux soins. En effet, dans l'attente d'une prise en charge au sein de l'UHSA territorialement compétente, une hospitalisation à temps partiel dans un Service médico-psychologique régional (SMPR) ou dans un service de psychiatrie générale à temps complet peut être mise en œuvre sur le fondement de l'article D398 du Code de procédure pénale<sup>790</sup>. Ce type de placement se fait alors sans le consentement du patient alors même que celui-ci aurait pu être admis en soins libres à l'UHSA. Dès lors, le recours à l'hospitalisation contrainte pour des raisons organisationnelles semble attentatoire aux droits du patient et pourrait constituer une violation des articles 2, 3 et 5 de la Convention européenne des droits de l'Homme.

Pourtant, il existe un régime de soins sans consentement particulier pour le patient détenu.

## ***2- Les soins sans consentement pour le patient détenu***

Le patient détenu peut bénéficier de soins sans consentement soit au sein de l'UHSA (a), soit au sein des unités de psychiatrie générale sur le fondement de l'article D398 du Code de procédure pénale (b) soit au sein d'unités spécifiques dites Unités pour malades difficiles (c).

---

787 VIOUJAS V., « Les soins psychiatriques aux détenus : des modifications mineures pour une problématique de santé publique majeure », RDSS, 2011, p 1071.

788 Article 717-1-1 du Code de procédure pénale.  
Articles D 393 et R 57-8 du Code de procédure pénale.

789 Décret n° 2010-507 du 18 mai 2010 relatif aux modalités de garde, d'escorte et de transport des personnes détenues hospitalisées en raison de troubles mentaux.

790 Article 48 de la loi n° 2002-1138 du 9 septembre 2002.

### **a- Une admission au sein d'une unité hospitalière spécialement aménagée**

Selon les termes de l'article L3214-1 II du Code de la santé publique, lorsque la pathologie psychiatrique du patient détenu rend impossible l'expression de sa volonté, il est possible d'envisager des soins psychiatriques sans consentement sur décision du représentant de l'État en application de l'article L 3214-3 du Code de la santé publique<sup>791</sup>. Les modalités d'admission sont quasiment identiques à celles prévues pour le patient de droit commun<sup>792</sup>. Tout d'abord, la personne détenue malade doit « nécessiter des soins immédiats qui doivent être assortis d'une surveillance constante en milieu hospitalier »<sup>793</sup>. Ensuite, « ses troubles mentaux rendent impossible son consentement » et enfin une dernière condition est requise « ses troubles mentaux doivent constituer un danger pour elle-même ou pour autrui »<sup>794</sup>.

La procédure d'admission est régulière, dès lors qu'un certificat médical circonstancié est établi par un médecin n'exerçant pas dans l'établissement d'accueil<sup>795</sup>. A ce titre, le ministère de la santé a précisé que : « le psychiatre de l'UCSA ou du SMPR ne peut rédiger le certificat médical permettant au préfet de prononcer par arrêté l'admission en soins psychiatriques. Ce psychiatre doit en revanche être consulté lors de la saisine du JLD dans les quinze jours et au bout de six mois »<sup>796</sup>. En effet, l'Unité de consultations de soins ambulatoires (UCSA) et le Service médico-psychologique régional (SMPR) sont des unités de soins psychiatriques rattachées à un établissement de santé.

Dans le cadre de la procédure d'admission, le médecin doit informer le directeur de l'établissement pénitentiaire de cette demande d'hospitalisation. Il communique le certificat médical au directeur de l'établissement de santé de rattachement de l'UCSA ou

---

791 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.

792 Article L 3213-1 du Code de santé publique.

Voir également HAS, Recommandations de bonnes pratiques « Aide à la rédaction des certificats et avis médicaux dans le cadre des soins psychiatriques sans consentement d'une personne majeure à l'issue de la période d'observation de 72 heures », mars 2018.

793 Article L 3214-3 du Code de la santé publique.

794 Article L 3214-3 du Code de la santé publique.

Loi n°2013-869 du 27 septembre 2013 modifiant certaines dispositions issues de la loi n°2011-803 du 5 juillet 2011 relatives aux droits et à la protection des personnes faisant l'objet de soins psychiatriques et aux modalités de leur prise en charge, article 12.

795 PANFILI J-M, « L'hospitalisation en soins sans consentement des détenus atteints de troubles mentaux : un dispositif incertain et controversé », Droit, déontologie et soins n°1, mars 2013, éditions Elsevier Masson, p 9-15.

796 Ministère des Solidarités et de la Santé, Foire aux questions, 9 août 2011, p 34.

HAS, Recommandations de bonnes pratiques, « Aide à la rédaction des certificats et avis médicaux dans le cadre des soins psychiatriques sans consentement d'une personne majeure à l'issue de la période d'observation de 72 heures », mars 2018.

du SMPR et demande la disponibilité des places au sein de l'UHSA. Dans l'hypothèse d'une absence de places au sein de l'UHSA, il avertit le directeur de l'établissement pénitentiaire en indiquant, le cas échéant les autres options de prises en charge.

De plus, conformément à l'article R3214-2 du Code de la santé publique, à défaut de place disponible au sein de l'UHSA compétente, une place est recherchée au sein de l'UHSA limitrophe. Ce même article précise que lorsque deux personnes détenues malades doivent bénéficier d'une hospitalisation à temps complet, elles ne doivent pas être hospitalisées dans la même unité pour des raisons de sécurité. Dans l'hypothèse où le directeur de l'établissement de santé de rattachement de l'UHSA ou du SMPR trouve une place en UHSA, il transfère sans délai au préfet de son département ou, à Paris, au préfet de police tous les éléments justifiant cette demande de soins sans consentement. Le directeur de l'établissement pénitentiaire fournit également les informations au sujet du patient détenu dont il dispose. Au regard de toutes ces informations, l'autorité préfectorale prend un arrêté motivé prononçant l'admission en soins psychiatriques, en précisant expressément l'établissement d'accueil<sup>797</sup>. Dans le cas où l'UHSA et l'établissement pénitentiaire se situent dans des départements différents, c'est le préfet du département dans lequel est située l'UHSA qui prend « un arrêté portant admission de la personne détenue dans cette unité »<sup>798</sup>. Par la suite, un transfert dans cette UHSA doit être planifié dans un délai de quarante-huit heures. Il est pris en charge par l'établissement de santé siège de l'UHSA, qui le met en place avec l'aide du personnel pénitentiaire qui escorte le véhicule sanitaire<sup>799</sup>. Les modalités de ce transfert sont celles prévues dans la convention entre les deux institutions.

A défaut d'être pris en charge au sein d'une UHSA, le patient peut être hospitalisé dans une unité de psychiatrie générale sur le fondement de l'article D 398 du Code de procédure pénale.

---

797 Article L 3214-3 du Code de la santé publique.

798 Article R 3214-1 du Code de la santé publique.

799 Articles R 3214-21 et R3214-22 du Code de la santé publique.

En application du droit commun, la période d'observation et de soins de 72 heures est également mise en œuvre pour les patients-détenus faisant l'objet d'une hospitalisation complète. Au-delà de la période des 72 heures, la prolongation de la prise en charge en UHSA est envisagée selon le droit commun.

Article L 3211-2-2 alinéa 4 du Code de la santé publique.

Le Ministère des Solidarités et de la Santé a précisé que ces deux certificats médicaux pouvaient provenir du même psychiatre. Voir en ce sens, Ministère des Solidarités et de la Santé, foire aux questions, 9 août 2011, p 33.

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

## **b- Une admission sur le fondement D398 du Code de procédure pénale**

La personne détenue malade non consentante aux soins et dont l'état de santé devient incompatible avec la détention, constituant un danger pour autrui ou elle-même, est soumise à une hospitalisation complète sur le fondement de l'article D 398 du Code de procédure pénale : « les détenus atteints de troubles mentaux visés à l'article L3214-3 du Code de la santé publique ne peuvent être maintenus dans un établissement pénitentiaire », comme le rappelle les règles pénitentiaires européennes<sup>800</sup>. Cet article n'a fait l'objet d'aucune révision alors même que la loi du 5 juillet 2011 a réformé les modalités d'admission en soins sans consentement.

Un certificat médical établi par le psychiatre exerçant dans l'établissement pénitentiaire, détaillant l'état de santé du patient et la nécessité du recours à cette modalité d'hospitalisation est requis pour admettre le patient. Le détenu est alors adressé dans un établissement de santé habilité conformément aux dispositions de l'article D398 Code de procédure pénale. Dès signature par le préfet du département de l'arrêté, l'établissement de santé d'accueil est tenu d'aller chercher, sans délai, le patient détenu. Dans ce type de prise en charge, aucune garde de police ou de gendarmerie n'est organisée<sup>801</sup>. Cela pose question d'un point de vue de la sécurité et de l'organisation pour le personnel soignant qui n'est pas habilité à faire respecter les règles pénitentiaires<sup>802</sup>. Or, celles-ci demeurent applicables durant le séjour à l'hôpital, notamment en ce qui concerne les relations des patients avec l'extérieur et le suivi de leur situation pénale<sup>803</sup>. Ces problématiques sont récurrentes lorsqu'un patient est pris en charge dans un service de psychiatrie générale résultant du faible nombre d'UHSA sur le territoire national<sup>804</sup>. Dans l'hypothèse où les psychiatres du secteur considèrent que l'état clinique du patient lui permet un retour en détention, alors une demande est transmise au préfet pour une levée de l'hospitalisation<sup>805</sup>. Le transport vers l'établissement pénitentiaire est alors pris en charge par l'administration pénitentiaire.

Dans le cadre d'une levée d'écrou durant l'hospitalisation, le greffe de la prison rend visite au patient et effectue toutes les démarches administratives requises. Toutefois, le statut du patient reste inchangé, il demeure en hospitalisation et continue à bénéficier de soins sans consentement, dans la mesure où les psychiatres estiment que ceux-ci sont nécessaires et justifiés.

---

800 Article 12.1 des règles pénitentiaires européennes.

801 Article D394 du Code de procédure pénale.

802 Comité de prévention contre la torture, Rapport du 19 avril 2012, p 66.

803 Articles D 395 et D 398 du Code de procédure pénale.

804 En 2010, le programme de construction des UHSA prévoit deux phases pour atteindre 17 unités ayant une capacité totale de 705 places. Un arrêté du 20 juillet 2010 fixe la liste de la première phase qui prévoit l'ouverture des neuf premières unités avec une capacité totale de ces 9 unités est actuellement de 440 places.

805 BARON-LAFORET S. et BRAHMY B., *Psychiatrie en milieu pénitentiaire*, Encyclopédie médico-chirurgicale, 37-953-A-10.

Le patient détenu peut enfin être pris en charge au sein d'une unité particulière prenant en charge des personnes uniquement en soins sans consentement en SDRE : les Unités pour malades difficiles (UMD). Le régime spécifique des UMD prévu à l'article L 3222-3 du Code de la santé publique a été abrogé le 30 septembre 2013<sup>806</sup> à la suite d'une décision de QPC du Conseil constitutionnel<sup>807</sup>. Le régime résulte aujourd'hui de dispositions réglementaires<sup>808</sup>. Selon les termes de l'article L 3214-1 du Code de la santé publique, il est possible de prendre en charge des patients détenus souffrant de troubles mentaux au sein d'une UMD sur la base d'un certificat médical conformément à l'article R3222-2 du Code de la santé publique<sup>809</sup>.

Après avoir étudié la spécificité des modalités d'admission pour le patient détenu, il s'agit à présent d'analyser l'exercice de ses droits qui est de facto particulier au regard des mesures sécuritaires inhérentes à ce statut.

## **§2- Les manifestations d'une protection spécifique**

Malgré la reconnaissance d'une protection spécifique du patient détenu, les conditions de prise en charge ne garantissent pas toujours un exercice effectif de ses droits fondamentaux (A). De plus, certains parcours de soins s'articulent difficilement avec le parcours judiciaire entraînant une protection amoindrie du patient détenu hospitalisé (B).

### **A- Des contraintes carcérales pesant sur l'effectivité des droits du patient**

La condition carcérale implique des contraintes sécuritaires qui peuvent conduire à des atteintes aux droits de la personne qui lui sont reconnus à la fois en sa qualité de patient (1) et en sa qualité de personne détenue (2).

---

806 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.

807 Conseil Constitutionnel, Décision QPC du 20 avril 2012, n° 2012-235.

808 Articles R 3222-1 et suivants du Code de la santé publique.

LANTERO C., « L'hospitalisation des détenus. Faire entrer la prison à l'hôpital ou faire de l'hôpital une annexe de la prison ? », Soins et privation de liberté, Actes du colloque du 4 avril 2014, LGDJ.

Voir également : THERON S., « La loi du 27 septembre 2013 : une révision partielle du régime des soins psychiatriques », RDSS, 2014, p 133.

809 HAS, Recommandations de bonnes pratiques « Aide à la rédaction des certificats et avis médicaux dans le cadre des soins psychiatriques sans consentement d'une personne majeure à l'issue de la période d'observation de 72 heures », mars 2018.

## ***1- Des atteintes aux droits liées à la prise en charge médicale***

Du fait de la détention, la prise en charge médicale est nécessairement distincte de celle délivrée en milieu libre. Des spécificités sont alors constatées à la fois pour le secret médical (a) et la liberté de choix du praticien et de l'établissement de santé<sup>810</sup> (b).

### **a- Le secret médical**

Le secret médical s'impose à l'administration pénitentiaire, comme l'indique l'article 45 de la loi pénitentiaire de 2009<sup>811</sup>. Plus particulièrement, le personnel pénitentiaire affecté dans les unités sanitaires est soumis à une stricte discrétion<sup>812</sup>. Cependant, de nombreuses atteintes sont mises en lumière par divers rapports<sup>813</sup>. Le comité de prévention de la torture relate que « la présence de membres de force de l'ordre pendant les consultations médicales en milieu hospitalier ou pendant l'administration de soins aux patients hospitalisés n'est pas conforme à l'éthique médicale »<sup>814</sup>. Il recommande, tout comme le CGLPL<sup>815</sup>, que les examens médicaux et les consultations se déroulent sans la présence du personnel pénitentiaire afin de respecter le secret médical. Dans le même sens, pour le CCNE : « l'examen médical doit se faire dans des conditions qui respectent la confidentialité du dialogue singulier. Les données recueillies doivent rester inaccessibles à l'autorité pénitentiaire. La distribution des médicaments ne peut s'accompagner de la mention de la pathologie en cause »<sup>816</sup>. En conséquence en théorie, tout au long du parcours de soins de la personne détenue, l'autorité pénitentiaire ne devrait pas,

---

810 Voir Ministère de la Justice, Ministère des affaires sociales de la santé, Guide méthodologique « Prise en charge sanitaire des personnes placées sous-main de justice », 2012, p 79-102.

811 Loi n° 2009-1436 du 24 novembre 2009 pénitentiaire.

812 A l'inverse, en milieu carcéral, malgré ces diverses dispositions, la protection du secret médical ne semble pas effective. La Commission Nationale Consultative des Droits de l'Homme notait dans son étude sur l'accès aux soins des personnes détenues de 2006 que : « de multiples violations du secret médical sont régulièrement observées en milieu carcéral ». CCNE, Avis n°94 « La santé et la médecine en prison », 2006.

813 CGLPL, Avis relatif à la prise en charge des personnes détenues atteintes de troubles mentaux, 22 novembre 2019.

814 CPT, 11ème rapport général d'activités couvrant la période du 1er janvier au 31 décembre 2000. Pour autant, la CEDH ne condamne pas à ce jour cette violation du secret médical, elle estime que la présence du personnel pénitentiaire est admise en vertu de l'article D 397 CPP : « Lors des hospitalisations et des consultations ou examens prévus à l'article D 396, les mesures de sécurité adéquates doivent être prises dans le respect de la confidentialité des soins » alors même que cette présence porte atteinte à la confidentialité des soins.

815 CCNE, Avis n°94 « La santé et la médecine en prison », 2006.

CGLPL, Avis relatif à la prise en charge des personnes détenues au sein des établissements de santé, Journal Officiel du 16 juillet 2015.

816 CCNE, *op. cit.*



avoir accès d'une quelconque manière à une information médicale relative à un détenu.

L'article L 6141-5 du Code de la santé publique admet toutefois une dérogation à ce principe. Dans l'hypothèse où « il existe un risque sérieux pour la sécurité des personnes », le personnel hospitalier de l'unité sanitaire ou de l'établissement de santé prenant en charge un détenu a l'obligation d'en avertir immédiatement le directeur de l'établissement en lui délivrant « dans le respect des dispositions relatives au secret médical, les informations utiles à la mise en œuvre de mesures de protection ». Cette exception permet indirectement de faire participer le personnel hospitalier à l'action de prévention des incidents pouvant avoir lieu en détention.

Outre cette dérogation prévue au Code de santé publique, le partage d'informations entre le personnel pénitentiaire et hospitalier interroge quant au respect du secret médical du patient détenu. En effet, certaines informations médicales sont délivrées dans le cadre des commissions pluridisciplinaires uniques établies dans chaque établissement pénitentiaire et de la pratique du Cahier électronique de liaison (CEL). Ce logiciel informatique permet de regrouper toutes les données sur le comportement des personnes détenues. Une fiche « UCSA/SMPR » rassemble des informations médicales telles que les antécédents d'hospitalisation dans les différents dispositifs de soins, le suivi thérapeutique, les addictions potentielles. Le Conseil d'Etat s'est prononcé dans une décision du 22 octobre 2014 sur l'atteinte portée au secret médical en prison relatif à la circulaire du 21 Juin 2012 qui interprète le décret du 23 décembre 2010<sup>817</sup>. Cette circulaire permet un partage d'informations étendu entre les professionnels de santé et le personnel pénitentiaire. Il justifie cette extension afin de « préserver la santé et la sécurité de la personne détenue mais également de participer à la sécurité de l'ensemble des personnes intervenant en milieu pénitentiaire »<sup>818</sup>. Le Conseil d'État a toutefois précisé qu'« il s'agissait d'une simple possibilité de partage d'informations et non d'une obligation ». Cette information n'est communiquée : « qu'aux seules personnes ayant besoin d'en disposer pour accomplir leurs missions ». Selon Valérie Olech : « on ne peut que constater que l'on est passé d'une obligation d'information au directeur d'établissement à une possibilité de partage d'informations, ce qui constitue une atteinte illégale au secret professionnel, cette exception n'étant pas prévue par la loi »<sup>819</sup>. De ce fait, pour l'auteur précité : « toute limite au secret médical justifiée par la sécurité carcérale peut être entendue,

---

817 Conseil d'Etat, 22 octobre 2014, n° 362681.

Voir en ce sens, Décret n°2010-1639 du 23 décembre 2010 portant statut particulier des conseillers pénitentiaires d'insertion et de probation.

818 Circulaire du 18 juin 2012 relative aux modalités de fonctionnement de la commission pluridisciplinaire unique.

819 OLECH V., « Soins médicaux en milieu carcéral : confusion des rôles et partage des secrets », RDS, Janvier 2015, n°63, p 96-99.

cependant elle doit nécessairement être débattue »<sup>820</sup>. Il convient de noter également la modification de l'article L 1110-4 II du Code de la santé publique apportée par la loi du 26 janvier 2016 *de modernisation de notre système de santé*. Cet article prévoyant la possibilité pour un professionnel de partager avec d'autres professionnels reconnus des informations relatives à un même patient à la condition que ces derniers interviennent dans la prise en charge. En tout état de cause, ces informations doivent être indispensables pour assurer la coordination et la continuité des soins<sup>821</sup>.

Le décret du 20 juillet 2016 est venu préciser les personnes concernées par ce partage d'information sans qu'il n'y ait besoin de recueillir le consentement du patient. Or, selon l'article R 1110-2 du Code de la santé publique issu du décret précité, le personnel pénitentiaire n'est pas concerné par ce partage d'informations et selon les termes de l'article L 1110- 4 III du Code de la santé publique, il ne fait pas partie de l'équipe de soins. <sup>822</sup>. Dès lors que le personnel pénitentiaire interagit avec les professionnels de santé, il est alors obligatoire d'informer au préalable le patient et de lui indiquer l'identité ou la qualité de l'interlocuteur ainsi que l'information partagée.

En ce sens, les surveillants pénitentiaires ne sont toujours pas habilités à recevoir des informations médicales. Ils doivent bénéficier de facto d'une autorisation pour pouvoir accéder à ce type d'informations et doivent respecter le secret médical établi.

La protection du secret médical de la personne existe mais peine à être effective. Le respect de la liberté de choix du praticien et de l'établissement de santé est également remis en question.

---

820 OLECH V., « Quand le Conseil d'État fragilise le secret professionnel médical au nom de la sécurité carcérale », RDS, juillet 2014, n°60.

Un autre arrêt du CE rendu le 9 novembre 2015 met en exergue cette difficile conciliation entre le secret médical et la sécurité carcérale. En l'espèce, il s'agissait d'un recours pour excès de pouvoir introduit par le Conseil national de l'ordre des médecins (CNOM) afin d'annuler le décret du 30 mai 2014 créant un traitement de données à caractère personnel relatif à la gestion nationale des personnes détenues en établissement pénitentiaire. Il invoque notamment : « une violation du droit au secret dont bénéficient les personnes ayant fait l'objet de soins psychiatriques posé à l'article L 3211-5 du CSP ». En conséquence, comme le souligne Valérie Olech, ce qui pose problème se sont les informations inscrites au fichier Genesis qui seraient consultables par plusieurs personnes n'appartenant pas au corps médical. L'argument du CNOM est de « faire obstacle au partage d'informations lors des réunions pluridisciplinaires. » En effet, pour Valérie Olech, ce qui semble inquiétant c'est : « la réutilisation des informations pour en déduire la dangerosité de l'individu, prise en compte dans la détermination des modalités d'exécution des peines ». A l'inverse, le CE considère que le décret ne viole en aucun cas le secret professionnel sur le fondement des articles 12 et 46 de la loi du 24 novembre 2009.

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

822 Décret n° 2016-994 du 20 juillet 2016 relatif aux conditions d'échange et de partage d'informations entre professionnels de santé et autres professionnels des champs sociaux et médico-social et à l'accès aux informations de santé à caractère personnel.

## **b- La liberté de choix du praticien et de l'établissement de santé**

Cette liberté est difficilement respectée pour le patient détenu car l'article D365 du Code de procédure pénale pose clairement une limite à l'exercice de celle-ci. Seuls les détenus malades, bénéficiant de mesures spécifiques telles que la semi-liberté, des permissions de sortie peuvent choisir librement leur médecin<sup>823</sup>. Tous les autres détenus ne bénéficiant pas de ces mesures, seront automatiquement soignés par le médecin exerçant dans l'unité sanitaire de l'établissement pénitentiaire. Ils seront toutefois susceptibles de choisir leur médecin, si le jour de la consultation, plusieurs médecins sont disponibles.

Il convient également de s'interroger sur la continuité du suivi par le médecin traitant ou le psychiatre de la personne détenue. En pratique, le médecin de la structure de soins qui se trouve dans l'enceinte de l'établissement pénitentiaire, devient par principe le médecin traitant de la personne détenue au sein de l'unité de soins. En revanche, le patient détenu peut maintenir sa relation et communiquer avec son médecin traitant extérieur, qui a la faculté de prendre contact avec l'équipe soignante de l'unité afin de garantir la continuité des soins<sup>824</sup>. Néanmoins, ces correspondances ne sont toutefois pas protégées par le secret et sont donc potentiellement ouvertes et lues par le personnel pénitentiaire qui en a le contrôle. Les communications téléphoniques sont donc à privilégier.

La situation est différente pour le choix de l'établissement de santé. Conformément à l'article D 368 du Code de procédure pénale, tout établissement pénitentiaire est rattaché à un établissement public de santé de proximité en charge du service public hospitalier<sup>825</sup>. Le patient détenu ne dispose pas d'une liberté de choix contrairement à un patient de droit commun même si on l'a vu ce choix reste théorique dans le cadre des soins sans consentement. Ainsi, le patient détenu ne peut pas décider du lieu de délivrance des soins psychiatriques. De plus, le faible nombre de structures spécialisées sur le territoire national s'impose à lui.

Il convient à présent d'étudier quelle est la protection accordée aux droits résultant de sa qualité de personne détenue hospitalisée et d'envisager les potentielles atteintes qui y sont apportées.

---

823 Articles 723 et 723-3 du Code de procédure pénale.

824 Site internet de l'Observatoire International des Prisons : <http://www.oip.org/index.php/sante>

825 Article D 372 du Code de procédure pénale.  
Article R 3221- 5 du Code de la santé publique.

## ***2- Des atteintes aux droits liées à des dérives sécuritaires***

Tant la liberté d'aller et venir (a) que l'intégrité physique (b) sont concernées par ces atteintes en raison des exigences sécuritaires résultant de la spécificité du statut de patient détenu.

### **a- Des atteintes à la liberté d'aller et venir**

Le statut juridique de personne détenue restreint de facto, la liberté d'aller et venir. La combinaison de ce statut avec celui de patient psychiatrique, mérite une attention particulière puisqu'elle accentue cette limitation. Par exemple, au sein de l'unité hospitalière spécialement aménagée (UHSA) du Centre hospitalier Gérard Marchant à Toulouse, le patient détenu peut circuler librement dans le service de soins. Ce service de soins hybride a la spécificité d'être totalement fermé du fait des contraintes sécuritaires imposées par l'administration pénitentiaire. D'autres UHSA fonctionnent différemment car elles interdisent de manière générale la libre circulation au sein de l'unité de soins.

Lorsqu'il est pris en charge sur le fondement de l'article D 398 du Code de procédure pénale, au sein d'une unité de soin en psychiatrie générale, le patient détenu est placé systématiquement en chambre d'isolement, ce qui porte atteinte à sa liberté individuelle et à ses droits fondamentaux<sup>826</sup>. Ce placement est fréquemment justifié par son statut de détenu et donc par rapport à sa situation juridique. Dès lors, ses conditions d'hospitalisation sont plus sévères que celles qu'il connaîtrait en détention<sup>827</sup>. Cette sévérité est justifiée par l'impossibilité pour les soignants d'assurer la sécurité imposée par son statut de détenu.

Les atteintes à l'intégrité physique du patient détenu doivent également être mentionnées.

### **b- Des atteintes à l'intégrité physique**

La sécurité carcérale conduit à des atteintes à l'intégrité physique de la personne qui peuvent parfois s'avérer disproportionnées. Durant son séjour à l'hôpital, le patient détenu peut faire l'objet de fouilles réalisées par le personnel pénitentiaire. Lors des visites, elles peuvent être considérées par la CEDH comme un traitement dégradant ayant un impact sur la santé mentale

---

826 CGLPL, avis relatif à la prise en charge des personnes détenues atteintes de troubles mentaux, 14 octobre 2019.

827 CGLPL, rapport « Soins sans consentement et droits fondamentaux », Dalloz, mars 2020, p 65.

du détenu<sup>828</sup>. Elles doivent se réaliser dans des conditions strictes afin de respecter la dignité de la personne. Rappelons-le, au sein d'une UHSA, le personnel pénitentiaire ne peut pénétrer ni dans l'unité de soins, ni dans les chambres des patients. A titre exceptionnel, il peut y accéder pour procéder à des fouilles<sup>829</sup>. Dans l'hypothèse d'une extraction médicale de l'UHSA, des mesures sécuritaires telles que le menottage ou l'entrave du patient peuvent être réalisées sur le fondement de l'article D 291 du Code de procédure pénale<sup>830</sup>. Par exemple, lors d'une consultation médicale ou durant l'hospitalisation, ces pratiques peuvent être justifiées également par des impératifs sécuritaires<sup>831</sup>. Selon les termes de la circulaire du 18 novembre 2004 : « le chef d'établissement peut décider, d'entraver ou de menotter le détenu lors d'une hospitalisation ou d'un transfert ». Cette circulaire fixe les niveaux et les modalités de surveillance exercée par le personnel pénitentiaire durant les trajets et les consultations médicales<sup>832</sup>. A l'inverse, le CPT recommande une interdiction absolue d'entraver un détenu durant son séjour à l'hôpital<sup>833</sup>.

En ce sens, la jurisprudence européenne accorde une protection accrue aux patients détenus et condamne fermement le port des menottes et les entraves au lit d'hôpital sur le fondement de l'article 3 de la CEDH prohibant les traitements inhumains et dégradants. Elle estime suffisante la présence du personnel pénitentiaire devant la porte de la chambre d'hôpital<sup>834</sup>. Dans une décision *Herczegfalvy contre Autriche* en date du 24 septembre 1992, la CEDH a admis qu'un détenu malade mental soit menotté et entravé durant quinze jours au regard du motif médical avancé par l'établissement pénitentiaire. Le constat est le suivant : une personne libre placée dans une situation similaire n'aurait pas fait l'objet du même traitement. Cela démontre la complexité et l'ambiguïté à laquelle fait également face la CEDH quant à la coexistence de ces deux logiques : médicale et sécuritaire<sup>835</sup>. En effet, la mise en œuvre de ces mesures pourrait être qualifiée selon les termes de la CEDH, de traitements inhumains et dégradants si celle-ci s'avérait disproportionnée au regard de la situation.

---

828 CEDH, 12 juin 2007, *Frérot contre France*, n° 70204/01.

CEDH, 24 octobre 2001, *Valasinas contre Lituanie*, n° 44558/98.

829 Articles R 3214-8 et R 3214-12 du Code de la santé publique.

830 Article L 3124-1 I du Code de la santé publique.

831 Article 803 du Code de procédure pénale.

Circulaire n° 2004-07 du 18 novembre 2004 relative à l'organisation des escortes pénitentiaires des détenus faisant l'objet d'une consultation médicale.

CCNE, Avis n°94 « La santé et la médecine en prison », 2006, p 27.

HENNION-JACQUET P., « Soigner et punir : l'improbable conciliation entre santé et prison », RDSS 2007, p 259.

832 Circulaire n° 2004-07 du 18 novembre 2004 relative à l'organisation des escortes pénitentiaires des détenus faisant l'objet d'une consultation médicale.

833 CPT, Rapport au gouvernement français relatif à la visite du CPT du 14 au 26 mai 2000.

834 CEDH, 14 novembre 2002, *Mouisel contre France*, n° 672663/01.

835 HENNION-JACQUET P., « Soigner et punir : l'improbable conciliation entre santé et prison », RDSS 2007, p 259.

En tout état de cause, l'application et le respect des droits du patient détenu sont distincts du patient psychiatrique de droit commun et sont parfois complexes à faire respecter du fait des contraintes carcérales. En cela, les droits de la personne détenue souffrant de troubles psychiatriques nécessitent des garanties plus protectrices.

Reste à étudier certains parcours de soins qui s'avèrent complexes à articuler avec le parcours judiciaire d'une personne détenue hospitalisée.

## **B- Une protection insuffisante pour les parcours de soins complexes**

Deux parcours de soins complexes méritent une attention particulière. D'un côté, certains patients se trouvent en détention avec un programme de soins, ce qui peut constituer un obstacle à l'hospitalisation complète ainsi qu'à la continuité des soins psychiatriques (a). D'un autre côté, des patients hospitalisés et reconnus irresponsables pénalement sont placés en détention. Il s'agit alors d'analyser la conciliation de ces deux décisions judiciaires avec le parcours de soins psychiatriques (b).

### ***1- L'incompatibilité du programme de soins avec l'incarcération***

Il arrive fréquemment qu'une personne prise en charge sous un programme de soins à la demande du représentant de l'État (SDRE) ou en soins à la demande d'un tiers (SDT)<sup>836</sup> soit incarcérée, sans que cette mesure de soins sans consentement ambulatoire ne soit levée. Ce type de parcours de soins est visible lorsque l'on croise au niveau informatique des données médicales et administratives permettant de connaître les antécédents psychiatriques et le parcours de soins et de vie du patient détenu.

Juridiquement, aucune disposition du Code de santé publique ne reconnaît la compatibilité de ces deux mesures. En principe, un patient ne peut se trouver sous un programme de soins (PDS) et être incarcéré. Le programme de soins est une modalité de soins qui permet au patient de séjourner majoritairement à son domicile. Or, la prison comme le rappelle le CGLPL dans un avis en date du 14 octobre 2019, ne peut être assimilée au domicile de la personne même si en théorie, cela peut paraître discutable selon la durée de la peine à exécuter<sup>837</sup>.

---

836 Articles L 3211-2-1, L3213-1 et R3211-11 du Code de la santé publique.

837 CGLPL, Avis relatif à la prise en charge des personnes détenues atteintes de troubles mentaux, 14 octobre 2019.

Ainsi, seule une hospitalisation complète de la personne détenue souffrant de troubles mentaux est admise selon les termes de l'article L3214-1 du Code de la santé publique, dès lors que la personne est sous écrou. Il s'agit dans ce cas, d'envisager la levée du PDS lors de l'incarcération d'un patient. En principe, il est possible de transformer le PDS en hospitalisation complète dès lors que « l'état de santé du patient » ne lui permet plus de respecter le programme de soins<sup>838</sup>. Une telle dérogation au droit commun n'est cependant pas encore prévue par le législateur puisque seul un motif médical peut être à l'origine d'une modification de la prise en charge. Or, en l'espèce, ce n'est pas l'état de santé du patient qui pose question mais l'incarcération, donc la situation juridique qui rend impossible le respect de cette mesure de soins et qui peut constituer un frein à une prise en charge à temps complet. Dans ce cadre, il s'agit de proposer des solutions pour lever cette mesure de soins sans consentement ambulatoire.

Premièrement, conformément à l'article L3213-4 du Code de la santé publique, il serait opportun de s'en remettre au préfet qui peut décider de lever le programme de soins de SDRE après l'obtention d'un certificat médical d'un psychiatre ayant participé à la prise en charge. Ce dernier doit attester que les conditions de cette modalité de soins ne sont plus réunies<sup>839</sup>. Deux problématiques doivent faire l'objet d'une attention particulière.

D'une part, le psychiatre à l'origine du programme de soins, doit pouvoir examiner le patient en détention. A défaut de pouvoir lui rendre visite, il peut donner un avis médical justifiant ou non la levée du programme de soins. Une étude des dossiers médicaux révèle que des psychiatres rédigent parfois un certificat de maintien du programme de soins alors même que le patient est incarcéré<sup>840</sup>. La prison serait alors considérée comme le lieu de vie du patient. Dès lors, l'Unité de consultations de soins ambulatoires (UCSA) ou le Service médico-psychologique régional (SMPR) permettraient d'assurer les entretiens médicaux mensuels prévus par le législateur dans le cadre de cette mesure. Or, la même étude met en avant l'absence de rendez-vous médicaux mensuels, laissant perdurer cette mesure sans continuité des soins psychiatriques et sans contrôle administratif ni judiciaire<sup>841</sup>. Cette défaillance systémique génère une protection insuffisante de la personne détenue souffrant de troubles mentaux.

D'autre part, dans l'hypothèse où le psychiatre justifie la levée du programme de soins en

---

838 Article L3211-2-1 II du Code de la santé publique.

839 Article L3213-1 du Code de la santé publique.

840 DA COSTA J., MONCANY A-H., LEYMARIE F., « Parcours de soins complexes pour les patients détenus », FERREPSY, mai 2020.

841 *Ibid.*

raison de l’incarcération alors même que l’état de santé du patient nécessite le maintien de cette mesure, des questions éthiques et déontologiques apparaissent. Les pratiques professionnelles démontrent que le psychiatre a la faculté de rédiger un certificat médical dit « neutre »<sup>842</sup>. Cette neutralité rédactionnelle lui permet de se prononcer sur l’impossibilité de respecter le PDS au regard de la situation juridique sans invoquer les conditions légales. Après l’obtention de ce type de certificat, le préfet peut alors lever le programme de soins de SDRE.

Deuxièmement, le PDS pourrait être levé par le représentant de l’État sur proposition de la CDSP<sup>843</sup>. Si le contrôle exercé par cette commission est censé relever les incohérences dans le parcours de soins du détenu, tel n’est pas toujours le cas en pratique.

Enfin, il est possible d’envisager une troisième option : la saisine du JLD sur le fondement de l’article L3211-12 du Code de la santé publique. Le patient détenu, tout comme la personne ayant formulé la demande de soins ou toute personne susceptible d’agir dans son intérêt peut le saisir à tout moment pour demander la levée du PDS. Il convient de rappeler que le JLD n’exerce pas de contrôle systématique dans le cadre du programme de soins. Toutefois, comme le rappelle une décision de la Cour de cassation du 21 novembre 2019<sup>844</sup>, le JLD est compétent pour contrôler la régularité du PDS pour la période antérieure à la réintégration en hospitalisation complète.

Une attention particulière doit à présent être portée à la situation d’une incompatibilité de deux décisions judiciaires impactant le parcours de soins du patient détenu hospitalisé : une mesure d’incarcération concomitante à une mesure de soins sans consentement à la suite d’une déclaration d’irresponsabilité pénale.

## ***2- L’incompatibilité d’une incarcération durant une hospitalisation initiée par une décision d’irresponsabilité pénale***

Sur le fondement des articles 706-135 du Code de procédure pénale et L 3213-7 du Code de la santé publique, le patient déclaré irresponsable pénal est en principe hospitalisé au sein d’une unité de psychiatrie générale en hospitalisation complète, dès lors que son état clinique le

---

842 A titre d’exemple il pourra rédiger un certificat attestant que le patient est en PDS et incarcéré.

843 Article L 3213-4 du Code de la santé publique.

844 Cour de cassation, Chambre civile 1, 21 novembre 2019, n° 19-17.941.



nécessite. Comme on le sait, l'irresponsabilité pénale d'une personne est reconnue pour un fait déterminé à un moment précis et ne peut concerner les faits qui seront commis ultérieurement à cette décision judiciaire. Ainsi, lorsqu'un patient reconnu irresponsable pénalement commet une nouvelle infraction durant son hospitalisation et qu'il est condamné, il est opportun de se questionner sur la manière dont va s'articuler l'incarcération prononcée avec la mesure de soins en cours. Par exemple, si l'expertise psychiatrique reconnaît qu'au moment de la commission des nouveaux faits, le patient initialement déclaré irresponsable pénal dispose d'un discernement suffisant, sa responsabilité pénale peut dans ce cas être retenue. Dans cette hypothèse, il peut en pratique être transféré du service de psychiatrie générale vers un établissement pénitentiaire.

Or, le placement en détention et l'irresponsabilité pénale sont deux mesures en principe incompatibles. Dans ce cadre, le ministère des Solidarités et de la Santé a précisé que l'irresponsabilité pénale reconnue initialement, est suspendue durant l'exécution de la peine définie pour la seconde infraction commise lors de l'hospitalisation. En conséquence, dès que la personne détenue a exécuté sa peine, le statut d'irresponsable pénal et l'hospitalisation psychiatrique reprendront leur cours. Toutefois, la suspension de l'irresponsabilité pénale et de la mesure de soins sans consentement initiale fait émerger de nombreuses interrogations. A ce titre, il serait peut-être pertinent de lever la mesure d'irresponsabilité pénale, si l'état clinique du patient est suffisamment stable au moment de la commission des nouveaux faits. La question de la poursuite d'une hospitalisation complète se pose également lors de la sortie de prison.

En principe, l'irresponsabilité pénale est reconnue pour une durée indéterminée tout comme l'hospitalisation. Pour y mettre fin, le préfet peut prononcer la levée de cette mesure sur la base de deux avis psychiatriques, établissant que la mesure de soins n'est plus nécessaire au regard de l'état clinique du patient. Il est également possible de lever cette mesure sur décision du JLD saisi par le patient, par ses proches, par le procureur de la République ou s'il se saisit d'office. Une telle décision implique toutefois l'avis d'un collège de spécialistes<sup>845</sup>. Conformément à l'article L3211-12 II du Code de la santé publique, deux expertises psychiatriques réalisées par deux experts extérieurs à l'établissement doivent être effectuées au préalable. Cette situation démontre la difficile articulation entre le parcours judiciaire et le parcours de soins d'un patient détenu hospitalisé.

Un autre parcours de soins complexe mérite notre attention. Il s'agit du cas d'un patient

---

845 Article L3211-9 du Code de la santé publique.

reconnu irresponsable pénal qui n'a pas respecté une des mesures de sûreté prononcée à son encontre lors de son hospitalisation dans un service de psychiatrie générale. Ce non-respect a eu pour effet d'entraîner un transfert du patient hospitalisé vers un établissement pénitentiaire. A ce titre, la transgression de l'interdiction d'entrer en relation avec la victime de l'infraction ou avec certaines personnes peut engendrer un transfert en détention. En effet, ce type de comportement est puni, sous réserve des dispositions du premier alinéa de l'article 122-1 du Code pénal, de deux ans d'emprisonnement et de 30 000 euros d'amende. D'un point de vue juridique, ces deux mesures semblent également incompatibles. De plus, aucune disposition ne précise le devenir de la mesure de soins sans consentement prononcée avant l'incarcération. Elle pourrait être suspendue jusqu'à la fin de l'exécution de la peine, comme nous l'avons évoqué dans le cas précédent. A défaut, elle perdurerait dans l'ordre juridique alors même que le patient ne pourrait pas bénéficier de la protection relative à ce statut spécifique. Toutefois, dans l'hypothèse d'un placement en détention et pour éviter une rupture de soins, le patient détenu pourrait être transféré à tout moment soit au SMPR soit à l'UHSA sous la forme d'une hospitalisation complète si son état de santé le nécessite.

Cette complexité constatée au sein des parcours de soins, se traduit par des garanties légales inadaptées qui ne permettent pas d'offrir à un patient détenu une protection efficiente de ses droits.

La première partie de ce travail a eu pour objet de mettre en lumière différentes spécificités de la protection du patient hospitalisé en psychiatrie résultant tant de la nature psychiatrique des troubles que de la différence de régime de soins et de statuts de patient.

Traditionnellement, les droits du patient sont reconnus quelle que soit l'origine des troubles ayant conduit à la prise en charge, à l'hospitalisation. En réalité, les troubles mentaux font l'objet d'un traitement particulier, soit par les textes, soit dans la pratique. De même le statut du patient lié à son âge (mineur, personne âgée) ou à sa situation juridique (majeur protégé, personne incarcérée) ajoute une particularité qui est plus ou moins prise en compte là aussi, soit par le droit positif, soit dans les faits.

Quoiqu'il en soit, le constat auquel nous aboutissons est que très souvent, trop souvent, la spécificité de la protection se traduit par une limitation des droits de la personne ou du moins une effectivité de ceux-ci ou une inadaptation de ceux-ci aux situations concrètes. Dès lors, il apparaît nécessaire de s'interroger sur le bien-fondé d'une reconnaissance de spécificités dans la protection du patient hospitalisé en psychiatrie.

Après avoir constaté l'existence de spécificités dans la protection du patient hospitalisé, il s'agit à présent de se questionner sur leur pertinence.

## **Deuxième partie - La pertinence des spécificités de la protection du patient hospitalisé en psychiatrie**

S'interroger sur la pertinence des spécificités de la protection du patient hospitalisé en psychiatrie revient non pas seulement à déplorer l'ineffectivité des droits et à souligner le caractère insuffisant de ladite protection. Il s'agit aussi de manière plus globale de réfléchir aux perspectives que les textes et la pratique pourraient emprunter pour perfectionner cette protection, sans nier la particularité liée à une prise en charge de la pathologie psychiatrique. D'une part du point de vue du régime des soins, il s'agit de proposer des outils qui permettraient de renforcer les droits de la personne, tant dans le cadre des soins libres que des soins sans consentement (Titre 1). D'autre part, il s'agit de tenter de dépasser le déséquilibre constaté entre la protection liée au régime des soins et celle liée au statut du patient puisqu'en effet la prépondérance semble donnée à ce dernier (Titre 2).

## **Titre 1 - Le renforcement souhaitable d'une protection différenciée du patient selon le régime de soins psychiatriques**

De nos jours, les pratiques professionnelles dévoilent peu à peu une atténuation de la distinction entre les soins libres et les soins sans consentement<sup>846</sup>. Leur analyse met également en lumière une prise en charge différenciée entre les patients selon qu'ils sont en soins somatiques ou en soins psychiatriques libres. Il s'agit alors de se questionner sur l'opportunité de reconnaître une protection spécifique en faveur du patient en soins libres (Chapitre 1).

Malgré le renforcement ces dernières années de la protection des droits du patient en soins sans consentement, des carences sont encore constatées<sup>847</sup>. Des progrès sont toutefois envisageables concernant l'exercice des droits du patient hospitalisé et les garanties légales qui lui sont accordées. A cette fin, il nous semble judicieux de proposer une évolution du cadre juridique afin de lui assurer une protection plus adaptée (Chapitre 2).

---

846 CGLPL, rapport « Soins sans consentement et droits fondamentaux », juin 2020.

IGAS, rapport n°2017-064R « Organisation et fonctionnement du dispositif de soins psychiatriques, 60 ans après la circulaire du 15 mars 1960 », novembre 2017.

Assemblée nationale, rapport n° 1662 « Mission d'information sur la santé mentale et l'avenir de la psychiatrie », décembre 2013.

847 Loi n° 2011-803 du 5 juillet 2011 relative aux droits et à la protection des personnes faisant l'objet de soins psychiatriques et aux modalités de leur prise en charge.

Loi n° 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.

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

## **Chapitre 1 - L'opportunité d'une protection spécifique du patient en soins libres**

Une uniformisation de la prise en charge des patients hospitalisés quel que soit leur mode d'admission en psychiatrie se dessine. Ainsi, la protection reconnue au patient en soins libres semble insuffisamment adaptée au regard de la situation dans laquelle il est placé (Section 1). Il s'agit alors de proposer une protection spécifique pour ce patient distincte à la fois de celle du patient admis en soins somatiques et de celle du patient admis en soins sans consentement (Section 2).

### **Section 1 - Des pratiques à l'origine d'une protection insuffisante du patient en soins libres**

Des pratiques restrictives de droits pour tous les patients sont mises en œuvre sans considération du régime de soins psychiatriques (§1). Elles sont d'autant plus contestables qu'elles génèrent un risque de contentieux (§2).

#### **§1 – Des restrictions aux droits du patient en soins libres similaires à celles du patient en soins sans consentement**

Il s'agit de s'interroger sur les raisons qui sont à l'origine de la mise en œuvre de mesures restrictives à l'égard des patients en soins libres (A) et d'étudier les manifestations d'une telle uniformisation de la prise en charge (B).

##### **A - Les motifs**

Nous l'avons souligné l'article L 3211-3 du Code de la santé publique encadre les restrictions possibles aux droits pour les patients en soins sans consentement. En principe, selon les termes de l'article L 3211-2 de ce même Code, un patient en soins libres ne peut faire l'objet de mesures limitatives. Pourtant, dans la pratique, des limitations de droits à des fins de protection du patient hospitalisé existent<sup>848</sup>. Deux motifs peuvent être invoqués lors de leur mise en œuvre : le motif sécuritaire (1) et le motif médical (2).

---

<sup>848</sup> CGLPL, recommandations en urgence du 1er février 2022 relatives au centre de santé mentale Jean-Baptiste-Pussin à Lens.

## *1 - Un motif sécuritaire*

Tout au long de l'hospitalisation, les équipes soignantes prêtent une attention spécifique à la qualité des soins et à la sécurité du patient sans considération de la nature de sa prise en charge. La sécurité du patient peut s'appréhender à la fois en termes d'obligation professionnelle et de responsabilité hospitalière, mais aussi d'attention qui doit être accordée à tout patient hospitalisé afin de protéger sa personne et sa santé<sup>849</sup>. En effet, la personne souffrant de troubles mentaux est fragile au moment d'une hospitalisation complète et nécessite des soins psychiatriques d'une particulière intensité en fonction de son état clinique. Le motif sécuritaire à l'origine de restrictions aux droits ne doit toutefois pas devenir un prétexte aux limitations à des fins disciplinaires.

La mise en pyjama d'un patient lors de son admission en est la parfaite illustration. Pour certains professionnels cela permet de marquer l'entrée dans les soins et, au-delà de la simple adhésion thérapeutique, offre une certaine protection au patient qui le porte car ses propres vêtements peuvent parfois présenter une certaine dangerosité au regard de son état clinique<sup>850</sup>. Pour d'autres, elle est utilisée à des fins disciplinaires pour mettre fin ou prévenir des situations de fugues, et ce indépendamment du régime de soins (libres ou contraints). Or, aucune étude à ce jour ne permet de démontrer les effets bénéfiques de la mise en pyjama sur les tentatives ou la réalisation d'une fugue. Surtout, l'emploi même du terme « fugue » est discutable notamment lorsqu'il s'agit d'un patient en soins libres car celui-ci d'un point de vue légal est censé pouvoir quitter l'établissement dès qu'il le souhaite. Cependant, nous l'avons évoqué dans nos propos précédents, il doit au préalable disposer d'une autorisation de sortie car il est réputé être sous la surveillance de l'administration hospitalière durant son hospitalisation<sup>851</sup>.

Quoi qu'il en soit, la mise en œuvre d'une restriction d'un droit ou d'une liberté peut avoir plusieurs finalités. Elle peut être mise en place dans l'intérêt du patient quel que soit son régime de soins afin d'assurer sa sécurité. Mais la même restriction peut avoir pour finalité de protéger l'équipe soignante et donc l'établissement de toute action en responsabilité. Enfin, elle peut aussi consister en une sanction à l'encontre du patient pour un comportement que l'équipe considère inacceptable ou contraire au règlement intérieur et ce, quel que soit le régime de soins.

---

849 CGLPL, rapport « Soins sans consentement et droit fondamentaux », mars 2020, p 104.

850 CGLPL, *op. cit.*, p 100-101.

851 Article R 1112-56 du Code de la santé publique.

Juridiquement pourtant, deux régimes de protection sont reconnus et s'appliquent en fonction de la nature de la prise en charge psychiatrique<sup>852</sup>. Par principe, les équipes soignantes doivent s'y référer tout au long de l'hospitalisation afin de garantir l'exercice ainsi que le respect des droits du patient accueilli.

A côté d'un motif sécuritaire, un motif médical justifie de manière plus légitime des limitations aux droits.

## ***2 - Un motif médical***

Au quotidien dans les services de psychiatrie générale, de nombreuses restrictions de droits à l'égard du patient hospitalisé en soins libres ont aussi pour finalité de garantir la protection de la santé de ce dernier et sont admises uniquement sur prescription médicale. Leur mise en œuvre se justifie par l'évolution permanente de l'état clinique du patient tout au long de son séjour. Pourtant, le législateur ne reconnaît pas expressément l'aménagement des droits du patient hospitalisé en soins libres.

Dans la pratique, le droit à la vie privée et ses composantes font souvent l'objet de limitations<sup>853</sup> ce qui peut rendre complexe le maintien des relations sociales et familiales. Tel est le cas par exemple du droit de visite qui peut être ajusté notamment si le patient présente un risque suicidaire<sup>854</sup>. Mais en réalité, le droit de visite n'est pas le seul qui puisse être restreint puisque la liberté de communication en tant que composante de la vie privée, fait parfois l'objet d'une limitation pour des raisons médicales. En effet, si le patient décompense et n'est pas apte à gérer une conversation avec un de ses proches, il arrive que le psychiatre prescrive une restriction temporaire de la liberté de communication, permettant ainsi au patient de se recentrer sur les soins. Une telle mesure est prise sans considération de son régime de soins, faisant ainsi primer l'état de santé plutôt que le statut administratif contrairement à ce que recommande pourtant le Code de la santé publique<sup>855</sup>.

---

852 Articles L 3211-2 et L3211-3 du Code de la santé publique.

853 CGLPL, recommandations en urgence du 1er février 2022 relatives au centre de santé mentale Jean-Baptiste-Pussin à Lens.

854 L'évaluation de la crise suicidaire est un enjeu majeur de santé publique en accord avec la politique d'établissement et les recommandations actuelles de la HAS.

Ministère des solidarités et de la santé, Feuille de route santé mentale et psychiatrie, actions n°1 et n°6, jeudi 28 juin 2018.

Ministère des Solidarités et de la Santé, Observatoire national du suicide, MiRe, Recueil numérique « Les enjeux éthiques associés à la prévention du suicide » réalisé par Monique Carrière, 3 juin 2020.

855 Article L 3211-2 du Code de la santé publique.



Durant les périodes de confinement liées à la crise Covid 19, le CGLPL a cependant relevé des adaptations concernant la liberté de communication et le droit de maintenir des liens familiaux. Grâce au développement et à l'utilisation de divers logiciels permettant des appels en visioconférence, ces droits fondamentaux ont été aménagés et mieux respectés. En principe, la liberté de communication d'une personne hospitalisée en soins libres ne peut être restreinte. Ainsi, un patient disposant d'un téléphone portable a pu utiliser à sa guise un tel logiciel pour contacter ses proches. Paradoxalement, l'utilisation du logiciel Skype a été possible uniquement sur autorisation médicale pour les patients n'ayant aucun autre moyen de communication. Une telle pratique questionne car en général au sein du règlement intérieur, tous les droits du patient sont libres d'exercice, sauf « contre-indication médicale ». Dès lors, en temps de crise sanitaire, la mise en œuvre de restrictions de droits à l'encontre d'un patient en soins libres est devenue plus courante. Ceci a entraîné une atténuation de sa protection.

Après avoir abordé les motifs qui sont à l'origine des restrictions généralisées, il nous paraît important d'en analyser les manifestations au sein des unités de psychiatrie générale.

## **B - Les manifestations**

Les pratiques soignantes à l'origine de ces restrictions de droits émanent fréquemment du règlement intérieur de l'établissement de santé<sup>856</sup> (1). Ce document institutionnel édicte des règles restrictives généralisées à tous les patients (2).

### ***1 - La rédaction d'un règlement intérieur sans distinction du régime de soins***

Dans tous les établissements de santé, un règlement intérieur est élaboré par l'autorité administrative et mis en œuvre afin d'organiser les soins ainsi que la vie en collectivité au sein des structures de soins<sup>857</sup>.

Les équipes s'y réfèrent constamment afin de respecter la politique institutionnelle de l'établissement de santé. Les règles concernant les patients se déclinent fréquemment en trois

---

856 HAS, Recommandations de bonnes pratiques, « Aide à la rédaction des certificats et avis médicaux dans le cadre des soins psychiatriques sans consentement d'une personne majeure à l'issue de la période d'observation de 72 heures », mars 2018.

Voir site internet de l'HAS : [www.has-sante.fr](http://www.has-sante.fr)

857 Article L 6143-1 du Code de santé publique.

Articles R1112-77 à R1112-78 du Code de la santé publique.

catégories : les droits reconnus à tout patient sans considération de son statut administratif, les spécificités pour les soins sans consentement et les recours admis pour l'ensemble des patients. Ce document est nécessaire au bon fonctionnement de l'établissement. Il permet d'y assurer le maintien de l'ordre public et garantit une certaine sécurité juridique au patient puisque celui-ci est au courant des différentes règles qui s'imposeront à lui durant son séjour, ainsi que de celles dont il pourra bénéficier. Il semblerait pourtant que de nombreux règlements s'adressent à l'ensemble des patients sans distinction de leur régime de soins<sup>858</sup>.

En théorie, ce document institutionnel doit être rédigé de la manière suivante : le principe doit être le respect de la liberté fondamentale et l'exception, la restriction de liberté. Ce syllogisme est pourtant fréquemment inversé. Ainsi, en application du principe de précaution, la restriction de droit devient la règle. Certains droits sont identifiés par la communauté médicale de l'établissement de santé et leur exercice peut faire l'objet d'un aménagement uniquement sur prescription médicale. Par exemple, « il n'y a pas de téléphone dans les chambres et l'utilisation des portables est autorisée uniquement sur prescription médicale »<sup>859</sup>. Il serait préférable de rédiger cette disposition de la manière suivante : « l'utilisation des téléphones portables est autorisée sauf contre-indication médicale ». Une telle rédaction permettrait de garantir l'exercice de la liberté de communication à tous les patients mais à titre exceptionnel, une restriction pourrait être justifiée pour un motif médical identifié par le médecin prescripteur<sup>860</sup>.

Certains règlements intérieurs fixent pourtant des restrictions générales et absolues sans prise en compte du statut administratif du patient. Dans ce cadre, des équipes soignantes prennent alors des mesures coercitives généralisées sans aucun fondement juridique<sup>861</sup>. La rédaction de ces restrictions généralisées, pourtant proscrite par le Code de santé publique<sup>862</sup> et la jurisprudence, résulte à notre sens de la difficulté pour la direction d'un établissement de santé d'élaborer un règlement intérieur à la fois respectueux des droits du patient et garant de la sécurité et du bon fonctionnement de l'institution. Dans l'affaire concernant le CH de Cadillac, le juge administratif a eu à se prononcer sur la manière dont doit être rédigé un règlement intérieur, ce qui est d'une importance considérable car c'est sur cette base que seront prises les décisions qui régiront le quotidien de chaque patient. Comme le fait remarquer le rapporteur public, David Katz : « Nous percevons que l'interdiction générale et

---

858 CGLPL, rapport « Soins sans consentement et droits fondamentaux », 2020, p 128.

859 CHU de Toulouse, règlement intérieur de l'UF1.

860 CGLPL, *op. cit.*, p 106.

861 CGLPL, recommandations en urgence du 1er février 2022 relatives au centre de santé mentale Jean-Baptiste-Pussin à Lens.

862 Article L3211-3 du Code de santé publique.

absolue des relations sexuelles posée par un règlement intérieur puisse correspondre à une solution de commodité pour la direction d'un établissement psychiatrique. Mais dès lors que l'on touche aux libertés fondamentales, la commodité ne coïncide pas forcément avec la légalité »<sup>863</sup>. En ce sens, il serait judicieux pour l'autorité disposant du pouvoir réglementaire au sein de l'établissement de santé d'établir un règlement intérieur prenant en considération les caractéristiques propres à chaque individu, sans nier leurs différences<sup>864</sup>. Autrement dit, au regard de la jurisprudence, un établissement de santé conserve le pouvoir d'interdire les relations sexuelles mais à condition de le justifier individuellement en fonction d'éléments médicaux objectifs.

En réalité, la manifestation d'un traitement similaire entre le patient en soins libres et en soins sans consentement se traduit alors par une application de règles uniformisées.

## ***2 - L'application de règles restrictives à tous les patients***

Diverses règles régissent le fonctionnement général d'une unité de soins en psychiatrie et proviennent en grande partie du règlement intérieur de l'établissement de santé. D'autres s'inscrivent dans des coutumes et usages de service. C'est pourquoi, au sein des établissements de santé, une grande hétérogénéité des pratiques est constatée<sup>865</sup>.

En premier lieu, l'application de ces règles communes peut avoir une incidence directe ou indirecte sur l'exercice des droits du patient hospitalisé en soins libres et en soins sans consentement. A ce titre, lors de son admission, le patient doit remettre les clés de son véhicule personnel, peu importe son régime de soins. La conduite est fréquemment proscrite lors de son séjour en raison des prises médicamenteuses. Pour autant, l'état actuel du droit ne permet pas au personnel soignant de confisquer les clés du véhicule d'un patient. Ainsi, Éric Péchillon souligne : « ils ne disposent d'aucun moyen coercitif permettant d'interdire la conduite automobile à un patient »<sup>866</sup>. Pourtant, une équipe soignante justifie cette restriction par des raisons médicales afin de garantir la sécurité du patient qui est sous la responsabilité

---

863 KATZ D., « Peut-on interdire les relations sexuelles aux patients d'un hôpital psychiatrique ? », AJDA, 2013, p 115.

864 HUBERT P., mémoire Master 2 « La responsabilité administrative des établissements publics de soins psychiatriques », sous la direction de THERON S., Université Toulouse 1 Capitole, p32.

865 CGLPL, rapport « Soins sans consentement et droit fondamentaux », mars 2020, p 89.

866 DUJARDIN V., PECHILLON E., « Conduite automobile et traitement psychotrope », Santé mentale, n°223, Décembre 2017, p8-9.

de l'hôpital. Or, conformément à un arrêté en date du 18 décembre 2015<sup>867</sup>, seul le préfet est habilité à solliciter un examen d'aptitude médicale à la conduite. Par conséquent, les soignants peuvent seulement informer le patient des risques liés à son traitement médicamenteux s'agissant de la conduite de son véhicule et tracer la délivrance de cette information dans le dossier médical, mais ils ne peuvent en aucun cas refuser de lui rendre les clés.

Dans le même sens, la pratique de l'inventaire des effets personnels du patient est réalisée par l'équipe soignante lors de son entrée dans le service mais également après chaque retour de permission. Cette mesure n'est donc pas circonstanciée ni individualisée selon la clinique du patient ni même justifiée pour garantir la délivrance du traitement ou des soins. Elle paraît être un usage de service mis en place à des fins sécuritaires, sans considération du régime de soins et peut également être considérée comme une atteinte à la vie privée généralisée.

Une autre pratique étendue à l'ensemble des patients constitue comme l'inventaire, une source de problématique : l'usage du tabac. La consommation de tabac est en effet inscrite dans le règlement de l'unité avec des restrictions applicables à tous les patients. Le CGLPL relève évidemment que cette restriction s'applique quel que soit l'état de santé du patient ou de son statut d'admission<sup>868</sup>. Cette mesure se décline de façon variable selon les établissements. Elle porte fréquemment sur la gestion du tabac et la détention des briquets par les soignants et, plus encore, sur le nombre de cigarettes autorisées par jour ou les plages horaires définies pour fumer<sup>869</sup>. Or, de telles règles de fonctionnement peuvent être considérées, pour le CGLPL « comme humiliantes voire infantilisantes et ne favorisent pas une prise en charge individualisée du patient propice au respect de ses droits »<sup>870</sup>.

De plus, le règlement intérieur impose fréquemment un accès limité à la chambre du patient tant pour les visites extérieures que pour les autres patients, motivé par la volonté d'optimiser les soins. Ainsi, le regroupement de patients n'y est pas autorisé. Là encore, cette limitation concerne l'ensemble des patients d'un service sans aucune distinction entre le régime des soins libres et celui des soins sans consentement. Une telle restriction n'est ni justifiée médicalement ni individualisée et prend plutôt un aspect sécuritaire généralisé pour « contrôler le comportement des patients »<sup>871</sup>.

---

867 Arrêté du 18 décembre 2015 modifiant l'arrêté du 21 décembre 2005 fixant la liste des affections médicales incompatibles avec l'obtention ou le maintien du permis de conduire ou pouvant donner lieu à la délivrance de permis de conduire de durée de validité limitée.

868 CGLPL, rapport « Soins sans consentement et droit fondamentaux », mars 2020, p 90.

869 CGLPL rapport de visite de l'établissement public de santé mentale de Brienne-le-Chateau, juillet 2011.

870 CGLPL, *op. cit.*, p 91.

871 CGLPL, *op. cit.*, p 88.

CGLPL, recommandations en urgence du 1er février 2022 relatives au centre de santé mentale Jean-Baptiste-Pussin à Lens.

Il serait opportun de soumettre ces règles généralisées au juge, afin qu'il exerce un contrôle et en apprécie le bien-fondé, tout en mesurant leur incidence sur la protection des droits du patient. En effet, de telles pratiques paraissent constituer à la fois une atteinte à l'intimité et donc à la vie privée du patient, qui est réputée protégée durant son hospitalisation et une limite à la liberté d'action du patient et par voie de conséquence, à sa liberté individuelle.

En second lieu, le règlement intérieur a une incidence sur l'organisation des soins et le rythme de la journée qui s'imposent à tous, sans différenciation entre les patients hospitalisés. Le CGLPL a notamment constaté que c'est le cas de la distribution des médicaments, des heures de repas et des visites ou encore des heures de présence des médecins et des soignants<sup>872</sup>. Ces contraintes de service s'adaptent difficilement au rythme individuel de chaque patient, comme le souligne le CGLPL<sup>873</sup>. Pourtant, certains services tentent de devenir plus flexibles afin d'individualiser au mieux les prises en charge et de respecter les rythmes de chacun.

De notre point de vue, de telles pratiques contribuent à une prise en charge uniforme des patients en soins libres et en soins sans consentement. Ceci peut être source de contentieux.

## **§2 - Une prise en charge similaire à l'origine d'un risque de contentieux**

Cette uniformisation est à l'origine d'une atténuation de la protection reconnue au patient en soins libres et peut être une source d'insécurité juridique à son égard (A). Dans ce cadre, il convient d'étudier les voies de recours dont il dispose pour contester d'éventuelles atteintes aux droits (B).

### **A – Une remise en question de la protection accordée au patient en soins libres**

Le législateur ne reconnaît pas, à ce jour, de restrictions de droits et libertés strictement encadrées pour le patient en soins libres, alors même qu'en pratique, il en fait l'objet<sup>874</sup>. Elles engendrent de facto un non-respect des droits qui lui sont accordés (1). De notre point de vue, elles peuvent constituer une voie de fait (2).

---

872 CGLPL, rapport « Soins sans consentement et droit fondamentaux », mars 2020, p 89.

873 *Ibid.*

874 CGLPL, recommandations en urgence du 1er février 2022 relatives au centre de santé mentale Jean-Baptiste-Pussin à Lens.

## *1 - Une atteinte aux droits du patient*

L'architecture actuelle des unités de psychiatrie générale traduit matériellement cette uniformisation de prise en charge entre le patient en soins libres et celui en soins sans consentement. A ce titre, les patients ne sont pas séparés au sein des unités en fonction de leur mode d'hospitalisation, même si à titre exceptionnel, certaines d'entre elles sont spécifiquement adaptées à la prise en charge des patients en soins sans consentement, par exemple celles disposant de zones fermables ou encore, les Unités pour malades difficiles (UMD). De ce fait, tous les patients partagent et utilisent les locaux de manière identique.

Sur le terrain, l'indifférence du régime de soins psychiatriques conduit finalement à remettre en question la protection accordée au patient en soins libres. La pratique la plus explicite concerne la liberté d'aller et venir<sup>875</sup>. En effet, certaines unités de soins ferment totalement l'entrée et la sortie du service et ne laissent aucun patient sortir sans obtenir l'accord préalable de l'équipe soignante. Autrement dit, tant le patient en soins libres qu'en soins sans consentement doit se présenter systématiquement devant la porte du service et attendre que le personnel soignant ouvre de manière discrétionnaire. Ce dernier ne se réfère ni à un trombinoscope ni à un registre permettant de vérifier si le patient en question appartient à un régime de soins en particulier et fait l'objet d'une limitation singulière. Par une décision en date du 29 mai 2013, la Cour de cassation a rappelé « que le principe applicable est celui de la liberté d'aller et venir » et en a conclu « qu'il ne peut être porté atteinte à cette liberté de manière contraignante par voie de « protocolisation » des règles de sortie de l'établissement »<sup>876</sup>. Cette décision a rappelé le caractère essentiel de cette distinction entre les deux régimes de soins psychiatriques, ayant pour conséquence la reconnaissance d'un statut distinct pour le patient hospitalisé en soins libres. En l'occurrence, ces restrictions de la liberté d'aller et venir qui ne reposent pas sur un motif médical portent nécessairement atteintes à la liberté individuelle du patient hospitalisé en soins libres.

---

<sup>875</sup> CGLPL, recommandations en urgence du 1er février 2022 relatives au centre de santé mentale Jean-Baptiste-Pussin à Lens.

<sup>876</sup> Cour de cassation, Chambre civile 1, 29 mai 2013, n° 12-21194, publié au bulletin.

VAUTHIER J-P., « Obligation renforcée versus droits des patients en psychiatrie : le régime du soin fait la différence », Recueil Dalloz, 2013, p 1819.

Voir également, HAS, Recommandations de bonnes pratiques, « Aide à la rédaction des certificats et avis médicaux dans le cadre des soins psychiatriques sans consentement d'une personne majeure à l'issue de la période d'observation de 72 heures », mars 2018.

Ces mesures deviennent systématiques au lieu d'être individualisées et motivées par l'état clinique du patient. Dès lors, elles constituent des atteintes aux droits fondamentaux du patient hospitalisé<sup>877</sup>.

En conséquence, ces pratiques sont susceptibles de constituer des voies de fait.

## ***2- L'hypothèse de la voie de fait***

Le Tribunal des conflits a redéfini il y a quelques années la notion de voie de fait en abandonnant la jurisprudence née de sa décision *Action française* du 8 avril 1935<sup>878</sup>. En vertu de cette dernière, une voie de fait était constituée dès lors qu'était établie « une atteinte grave à une liberté fondamentale ou à la propriété privée provoquée soit par une décision administrative manifestement insusceptible de se rattacher à un pouvoir de l'administration, soit par l'exécution forcée d'une décision même régulière »<sup>879</sup>. La reconnaissance de la voie de fait justifiait la compétence du juge judiciaire<sup>880</sup>. Par une décision du 17 juin 2013, le Tribunal des conflits précise qu'il n'y a désormais voie de fait de la part de l'administration que dans deux hypothèses. Premièrement, « lorsqu'elle a procédé à l'exécution forcée, dans des conditions irrégulières, d'une décision même régulière, portant atteinte à la liberté individuelle ou aboutissant à l'extinction d'un droit de propriété ». Deuxièmement, « lorsqu'elle a pris une décision qui a les mêmes effets d'atteinte à la liberté individuelle ou d'extinction d'un droit de propriété et qui est manifestement insusceptible d'être rattachée à un pouvoir appartenant à l'autorité administrative »<sup>881</sup>.

Il convient de rappeler que la notion de liberté individuelle s'est substituée à celle de libertés fondamentales dans la définition de voie de fait. Selon les termes de l'article 66 de la Constitution, le juge judiciaire est le gardien de la liberté individuelle et seules les privations de liberté peuvent être qualifiées d'atteintes à la « liberté individuelle ». En principe donc,

---

877 CGLPL, rapport « Soins sans consentement et droit fondamentaux », mars 2020, p 107.

878 Tribunal des Conflits, 8 avril 1935, *Action française*, n° 00822, publié au recueil Lebon.

879 Site internet du Conseil d'Etat : <https://www.conseil-etat.fr/decisions-de-justice/jurisprudence/les-grandes-decisions-du-conseil-d-etat/tribunal-des-conflits-8-avril-1935-action-francaise>

880 BIOY X., *Droits fondamentaux et libertés publiques*, LGDJ, 6ème édition, 2020, p 355.

881 Tribunal des Conflits, 17 juin 2013, *M. Bergoend c/ Société ERDF Annecy Léman*, n° 3911, publié au recueil Lebon.

DELVOLVE P., « Voie de fait : limitation et fondements », RDFA, 2013, p 1041.

Voir également TOUZEIL-DIVINA M., « Quand la théorie de la voie de fait ne s'applique pas mais s'invoque », La semaine juridique Administrations et Collectivités territoriales n°5, février 2020, p 2033.

seule une hospitalisation en soins sans consentement constitue une atteinte à la liberté individuelle, ce qui nous paraît discutable. En effet, les pratiques précédemment soulignées mettent en lumière une atteinte portée à la liberté individuelle du patient hospitalisé en soins libres. En particulier, la fermeture des services de soins implique nécessairement une restriction de la liberté d'aller et venir du patient<sup>882</sup>. Celle-ci pourrait alors être qualifiée de voie de fait au regard des critères précités<sup>883</sup>. Le juge doit en tout état de cause apprécier les conditions dans lesquelles l'administration a pris sa décision, et il en apprécie ensuite les conséquences. Si la voie de fait est démontrée, cela ouvre droit à réparation pour le patient hospitalisé en soins libres.

A ce titre, le motif sécuritaire à l'origine de restrictions aux droits a récemment été invoqué dans le contexte épidémique que nous venons de vivre, où le confinement lié à la Covid-19, s'est imposé à tous pour des raisons sanitaires. Plusieurs décrets ont alors restreint la liberté d'aller et venir de la population générale durant cette période<sup>884</sup>. Des restrictions ont été appliquées au sein des établissements de santé dont ceux autorisés en psychiatrie afin d'assurer la protection de la santé des patients hospitalisés. A défaut de recommandations nationales, les établissements se sont organisés à travers la création d'instances de concertation territoriale. Le silence des pouvoirs publics a en effet suscité une forte mobilisation des acteurs de terrain pour mettre en place des mesures protectrices et adaptées à l'ensemble des patients au regard des restrictions de liberté imposées à la population générale<sup>885</sup>. Seules des recommandations tardives de la HAS et du ministère des Solidarités et de la Santé ont permis aux directions hospitalières ainsi qu'aux professionnels de santé de réajuster les mesures prises pour répondre aux actions préconisées par les pouvoirs publics qui étaient majoritairement d'ordre organisationnel<sup>886</sup>. Celle en date du 23 mars 2020 aborde la

---

882 CGLPL, recommandations en urgence du 1er février 2022 relatives au centre de santé mentale Jean-Baptiste-Pussin à Lens, mars 2022.

883 Conseil d'Etat, *Mme Brousse*, 18 octobre 1989, n°75096, mentionné au Recueil Lebon. PANFILI J.-M., thèse de droit « Les instruments juridiques de protection des droits et libertés des malades mentaux », Université Toulouse I Capitole, 2013, p 200.

884 Décret n° 2020-293 du 23 mars 2020 prescrivant les mesures générales nécessaires pour faire face à l'épidémie de covid-19 dans le cadre de l'état d'urgence sanitaire.

Décret n° 2020-1310 du 29 octobre 2020 prescrivant les mesures générales nécessaires pour faire face à l'épidémie de covid-19 dans le cadre de l'état d'urgence sanitaire.

885 CGLPL, rapport « Les droits fondamentaux des personnes privées de liberté à l'épreuve de la crise sanitaire », 17 mars au 10 juin 2020, p 42.

886 Ministère des solidarités et de la santé, Fiche établissements autorisés en psychiatrie, « Consignes et recommandations applicables à l'organisation des prises en charge dans les services de psychiatrie et les établissements sanitaires autorisés en psychiatrie », 23 mars 2020. HAS, Recommandations « Prise en charge ambulatoire des patients souffrant de troubles psychiques », Réponses rapides dans le cadre de la Covid-19, 5 juin 2020. Ministère des solidarités et de la santé, Fiche établissements de santé, « Recommandations applicables en phase de déconfinement à l'organisation des prises en charge en



question de l'hospitalisation complète et des droits du patient de manière très large<sup>887</sup>. Dans ce cadre, les dispositions générales relatives à la liberté d'aller et venir se sont appliquées aux patients hospitalisés en psychiatrie. En l'espèce, la liberté d'aller et venir a fait l'objet d'un encadrement strict en application des articles L 3131-1 et L 3131-15 du Code de la santé publique<sup>888</sup>. Le non-respect de ces règles est sanctionné pénalement et prévu par un décret en date du 23 mars 2020<sup>889</sup>.

En vertu de l'article L 3136-1 du Code de la santé publique, seules les autorités de police administrative sont habilitées à ordonner les mesures prescrites en application des articles précités, dont le directeur d'un établissement de santé. Toute mesure restrictive de liberté de circulation prise en dehors de l'intervention d'une autorité dépositaire de la puissance publique peut constituer une détention arbitraire voire un traitement inhumain. En effet, toute personne, y compris un patient admis en soins libres ne peut faire l'objet d'un « confinement contraint »<sup>890</sup>. C'est en ce sens que le ministère des Solidarités et de la Santé préconise pour les patients hospitalisés au sein des services de psychiatrie générale diverses mesures concernant les sorties, les visites et les permissions, sans toutefois opérer une distinction selon

---

psychiatrie et en addictologie », 12 mai 2020. Ministère des solidarités et de la santé, Fiche établissements de santé,

Recommandations applicables aux établissements de santé autorisés en psychiatrie et services de psychiatrie en situation de dégradation épidémique, 8 septembre 2020.

Ministère des solidarités et de la santé, Fiche structures de prise en charge ambulatoires en psychiatrie, « Recommandations applicables à l'organisation des prises en charge en ambulatoire dans les services de psychiatrie et les établissements sanitaires autorisés en psychiatrie », fiche rédigée le 2 avril 2020 transmise en annexe du minsante n°2020-41 du 23 mars 2020.

Ministère des solidarités et de la santé, Fiche établissement de santé, « Respect de la liberté d'aller et venir des patients dans les services de psychiatrie en période de déconfinement, 2 juin 2020.

887 Ministère des Solidarités et de la Santé, Fiche établissements autorisés en psychiatrie, « Consignes et recommandations applicables à l'organisation des prises en charge dans les services de psychiatrie et les établissements sanitaires autorisés en psychiatrie », 23 mars 2020.

888 Article L 3131-1 du Code de la santé publique : « En cas de menace sanitaire grave appelant des mesures d'urgence, notamment en cas de menace d'épidémie, le ministre chargé de la santé peut, par arrêté motivé, prescrire dans l'intérêt de la santé publique toute mesure proportionnée aux risques courus et appropriée aux circonstances de temps et de lieu afin de prévenir et de limiter les conséquences des menaces possibles sur la santé de la population ».

Article L 3131-15 du Code de la santé publique : « I. Dans les circonscriptions territoriales où l'état d'urgence sanitaire est déclaré, le Premier ministre peut, par décret réglementaire pris sur le rapport du ministre chargé de la santé, aux seules fins de garantir la santé publique : 1° Réglementer ou interdire la circulation des personnes et des véhicules et réglementer l'accès aux moyens de transport et les conditions de leur usage ; 2° Interdire aux personnes de sortir de leur domicile, sous réserve des déplacements strictement indispensables aux besoins familiaux ou de santé ; 4° Ordonner des mesures de placement et de maintien en isolement, au sens du même article 1er, à leur domicile ou tout autre lieu d'hébergement adapté, des personnes affectées ».

889 Décret n° 2020-293 du 23 mars 2020 prescrivant les mesures générales nécessaires pour faire face à l'épidémie de covid-19 dans le cadre de l'état d'urgence sanitaire.

890 RENARD S., « Peut-on contraindre un patient non respectueux des règles de confinement ? », Santé mentale, 2020, p 2.

Ministère des Solidarités et de la Santé, Fiche établissements de santé, « Respect de la liberté d'aller et venir des patients dans les services de psychiatrie en période de déconfinement », 2 juin 2020.

le mode d'hospitalisation. Elles sont ajustées selon chaque situation individuelle au regard du projet de soins<sup>891</sup>.

En dehors d'une intervention des autorités de police administrative compétentes, le confinement « contraint » d'un patient en soins libres ne peut être mis en œuvre. Si une telle limitation de la liberté individuelle est exercée, ce qui est le cas en réalité, sans forcément qu'une autorité dépositaire de la puissance publique intervienne, cela est susceptible de constituer une voie de fait<sup>892</sup>. Le CGLPL a en effet été confronté à la question d'un « enfermement abusif pour contraindre des patients au respect des règles du confinement quel que soit leur régime de soins »<sup>893</sup>.

Néanmoins, il semble que toutes les restrictions de droits précédemment énumérées ne relèvent pas de la définition de la liberté individuelle.

Malgré tout, la situation dans laquelle le patient en soins libres est placé nous semble contestable. Il s'agit donc d'étudier les voies de recours mises à sa disposition.

## **B - Les recours contentieux à la disposition du patient en soins libres**

Tout patient hospitalisé en soins libres au sein d'un établissement de santé public peut s'il le souhaite contester les mesures coercitives prises à son encontre qui, de surcroît, peuvent porter atteinte à l'un de ses droits fondamentaux et lui causer un préjudice. Dans ce cas, plusieurs voies de recours contentieuses sont à sa disposition. Le recours en responsabilité et le recours pour excès de pouvoir (1) sont plus fréquemment mis en œuvre que le référé liberté<sup>894</sup> (2).

### ***1 - Les recours contentieux d'usage fréquent : les recours en responsabilité et pour excès de pouvoir***

Le patient victime d'une mesure portant atteinte à l'un de ses droits peut d'une part engager la responsabilité de l'établissement de santé le prenant en charge afin de tenter d'obtenir des

---

891 *Ibid.*

892 RENARD S., « Peut-on contraindre un patient non respectueux des règles de confinement ? », Santé mentale, avril 2020.

893 CGLPL, rapport « Les droits fondamentaux des personnes privées de liberté à l'épreuve de la crise sanitaire », juillet 2020, p 3.

894 THERON S., *Les soins psychiatriques sans consentement*, DUNOD, 2017, p 309 et suivantes.

dommages-intérêts (a). Il peut d'autre part déposer un recours pour excès de pouvoir afin de sanctionner l'irrégularité d'un acte administratif par une annulation (b).

### a - Le recours en responsabilité

Les règles habituelles de répartition des compétences entre le juge administratif et le juge judiciaire s'appliquent à l'ensemble des mesures individuelles prises à l'encontre d'un patient hospitalisé en soins libres<sup>895</sup>. Dès lors qu'un patient, en tant qu'usager du service public hospitalier s'estime victime d'une atteinte à l'un de ses droits fondamentaux, il a la faculté d'engager auprès du juge administratif une action en responsabilité à l'encontre de l'établissement public hospitalier qui le prend en charge<sup>896</sup>. Le médecin et l'équipe soignante ne sont pas personnellement responsables des dommages causés au patient par leur faute, si celle-ci constitue une faute de service<sup>897</sup>. En effet, dans la mesure où le professionnel de santé n'a pas commis de faute personnelle détachable du service<sup>898</sup>, seule la responsabilité de l'établissement de santé public peut être engagée<sup>899</sup>.

Il peut alors demander des dommages-intérêts s'il estime avoir subi une violation grave de l'un de ses droits ou s'il estime avoir été pris en charge dans des conditions ayant causé un préjudice<sup>900</sup>.

La responsabilité administrative des établissements publics de santé peut être engagée sur le fondement de l'article L1142-1 du Code de la santé publique.

---

895 PECHILLON E., « La responsabilité administrative de l'établissement pratiquant du soin psychiatrie », CRDF, n°12, 2014, p 73-85.

896 Conseil d'Etat, sect., avis, 28 juillet 1995, *Kilou*, n°168438.  
Voir site internet : [www.conseil-etat.fr](http://www.conseil-etat.fr)

897 Tribunal des Conflits, 25 mars 1957, *Chilloux et Issad Slimane*, n°1624.  
Cour de cassation, Assemblée plénière, 18 juin 1963, n°60-10969.

898 Tribunal des Conflits, 3 juillet 1873, *Pelletier*.  
COUTURIER M., « La responsabilité pénale du psychiatre dans la prise en charge du malade dangereux : suite... », Note sous cour d'appel d'Aix-en-Provence, 7° ch.A, 31 mars 2014, n°150/2014, RDSS, 2014, p 919.

Theron S., *Les soins psychiatriques sans consentement*, Dunod, 2017, p 293 et suivantes.

A titre indicatif, certaines fautes peuvent parfois présenter un double caractère, de faute personnelle et de faute de service, ce qui a pour effet d'engager une double responsabilité.

En ce sens voir la décision du Conseil d'Etat, 3 février 1911, Anguet : Rec. CE, p14.

Conseil d'Etat, 26 juillet 1918, *Epoux Lemonnier*.

899 Dans ce cas des actions récursoires sont possible dans les deux sens.

Pour l'hôpital, voir la décision du Conseil d'Etat, 28 juillet 1951, *Laruelle et Delville*.

Pour le praticien, voir la décision du Conseil d'Etat, sect., 26 avril 1963, *Centre hospitalier de Besançon*, n°312700.

MARION L., MAUGUE C., *La responsabilité du service public hospitalier*, LGDJ, 2ème édition, 2019, p 23 et suivantes.

900 Conseil d'Etat, 12 mars 2012, *CPAM du Puy-de-Dôme*, n° 342774.

CAA Lyon, 29 juin 2010, n° 08LY02790.

Dans ce cadre, la responsabilité administrative de l'établissement de santé est retenue si le patient demandeur rapporte la preuve d'une faute, d'un dommage et d'un lien de causalité entre les deux. La faute à l'origine du dommage peut résulter soit de la prise en charge<sup>901</sup>, soit de l'organisation du service<sup>902</sup>. Depuis l'arrêt *Hawezack* du 5 janvier 1966, le Conseil d'Etat retient la faute simple pour engager la responsabilité de l'établissement de santé prenant en charge des personnes souffrant de troubles mentaux<sup>903</sup>. Le juge administratif se fonde sur trois critères d'appréciation : le caractère prévisible ou imprévisible du comportement du malade, la nature de la surveillance mise en œuvre telle qu'elle est décrite dans le dossier médical et enfin, son adéquation aux missions que le service assume<sup>904</sup>. En tout état de cause, si la responsabilité de l'établissement public est reconnue par le juge administratif, la condamnation de celui-ci donne lieu au versement de dommages-intérêts au profit du patient, sachant que le principe est celui de la réparation intégrale des préjudices subis.

Le patient, indépendamment d'une action en responsabilité peut également demander l'annulation d'une décision portant atteinte à l'un de ses droits.

## **b - Le recours pour excès de pouvoir**

Le patient a également la faculté de déposer un recours devant le juge administratif pour faire annuler une décision portant atteinte à l'exercice de l'un de ses droits. Il peut présenter un recours pour excès de pouvoir contre tout acte faisant grief<sup>905</sup>, par exemple contre une disposition d'un règlement intérieur d'un établissement de santé public.

Lors de la réalisation de ce contrôle de légalité de la décision, le juge administratif accorde une attention spécifique au respect des droits fondamentaux du patient hospitalisé. Dans une

---

901 Conseil d'Etat, 17 octobre 2011, n°341343. Dans cette décision, le juge n'a pas retenu la faute de l'établissement au motif que la forme de la prise en charge notamment le mode d'hospitalisation paraissait adapté au regard de l'état clinique du patient.

A l'inverse, voir la décision de la CAA Marseille, 17 juin 2013, n°11MA00769.

902 Voir en ce sens : CAA Nancy, 9 avril 2009, n°07NC0196.

903 Conseil d'Etat, 5 janvier 1966, *Hawezack*, n°58623.

904 Conseil d'Etat, sect., 14 juin 1963, *Dame Veuve Delecluse* : Rec. CE, p 374.

Conseil d'Etat, 27 février 1985, *Centre hospitalier de Tarbes c/ Metge* : Rec. CE T., p 767.

CAA Lyon, 12 janvier 2012, *Société AXA France IARD*, n° 11LY00331.

Conseil d'Etat, 12 mars 2012, *CPAM du Puy-de-Dôme et Mlle Lachin*, n°342774.

905 Le recours pour excès de pouvoir est l'un des recours pouvant être portés devant une juridiction administrative. Il vise à faire annuler totalement ou partiellement un acte administratif unilatéral considéré comme illégal, en se fondant sur la violation d'une règle de droit. Le recours peut être ouvert, même sans texte de loi, et vise à s'assurer du respect de la légalité. Cette procédure, qui n'a été expressément prévue par aucun texte, a été progressivement élaborée par le Conseil d'Etat qui en a fait un principe général du droit.

PETIT J., FRIER P.-L., *Droit administratif*, LGDJ, 15<sup>ème</sup> édition, 2021-2022, p 33, §31.

célèbre affaire, la Cour administrative d'appel de Bordeaux a jugé illégale une disposition d'un règlement intérieur d'un Centre hospitalier interdisant les relations sexuelles pour les patients hospitalisés en soins psychiatriques<sup>906</sup>. Les caractères « général et absolu » de l'interdiction justifient l'illégalité de cette disposition. En effet, la limitation d'un droit ou d'une liberté, autrement dit, l'ingérence dans l'exercice d'un droit par une autorité publique est légale, seulement si elle est « nécessaire, adaptée et proportionnée »<sup>907</sup>. Dans ce cadre précis, le psychiatre peut sous la responsabilité du directeur de l'établissement de santé restreindre la liberté individuelle d'un patient en soins libres mais exclusivement pour des raisons thérapeutiques, de manière proportionnée et circonstanciée<sup>908</sup>.

Le patient hospitalisé peut aussi exercer un référé-liberté qui lui permettra de faire cesser l'atteinte à ses droits.

## ***2 – Un recours contentieux d'usage exceptionnel : le référé-liberté***

Cette procédure prévue par l'article L 521-2 du Code de justice administrative permet d'offrir une réponse juridictionnelle rapide aux justiciables. Elle constitue un moyen pour le juge administratif de faire cesser en urgence, une atteinte grave et manifestement illégale à une liberté fondamentale, à laquelle une personne morale de droit public aurait porté<sup>909</sup>. L'atteinte grave et manifestement illégale peut être la conséquence d'une décision de l'administration ou d'un fait matériel de l'administration, voire d'une carence de sa part<sup>910</sup>. Cette procédure est fréquemment utilisée en matière carcérale et encore très peu en milieu hospitalier<sup>911</sup>. Pourtant, elle serait d'un grand secours pour le patient hospitalisé en soins libres car le juge administratif dispose d'un large champ d'action. Dans l'hypothèse où la mesure provisoire ne

---

906 Cour administrative d'appel de Bordeaux, 6 novembre 2012, n°11BX01790, Inédit au recueil Lebon. VERNET A., HENIN M., ALEXANDRE C., AGBOLI K., GODET T., FAUVILLE B. et BOUTET C., « Les relations sexuelles en service de psychiatrie », *L'information psychiatrique*, 2014/7, Volume 90, pages 525 à 530.

A titre d'exemple voici un extrait d'un règlement intérieur limitant la liberté sexuelle des patients sans distinction du mode de prise en charge : « Lors d'une hospitalisation, votre état émotionnel et comportemental peut être perturbé et vous pouvez traverser une période de vulnérabilité affective. Par ailleurs, certains patients ne sont pas en mesure de faire un libre choix de leur partenaire sexuel. Ainsi, nous vous déconseillons vivement d'avoir des relations sexuelles dans le service ».

907 Article 8 de la Convention européenne de sauvegarde des droits de l'homme et des libertés fondamentales.

908 A titre d'exemple, une décision d'autorisation de sortie d'essai est susceptible d'un recours pour excès de pouvoir.

Voir en ce sens : Conseil d'Etat, 24 septembre 2010, *M. T.*, note L. Friouret, *AJDA*, 2011, p112. Voir également la décision concernant un refus de sortie : Conseil d'Etat, 4 octobre 2013, *Mme A.*, n°348858.

909 Article L 521-2 du Code de justice administrative.

910 BIOY X., *Droits fondamentaux et libertés publiques*, LGDJ, 6ème édition, 2020, p 349.

911 THERON S., *Les soins psychiatriques sans consentement*, Dunod, 2017, p 309.

BIOY X., « Le droit d'accès aux soins en contexte pandémique », *AJDA*, 2020, p 1487.

suffit pas à mettre un terme à l'atteinte portée à une liberté fondamentale, le Conseil d'Etat a également reconnu au juge du référé, la possibilité « d'enjoindre à la personne qui en est l'auteur de prendre toute disposition de nature à sauvegarder l'exercice effectif de la liberté fondamentale en cause »<sup>912</sup>. A ce titre, il peut suspendre une décision de l'administration ou lui ordonner de prendre des mesures particulières. En milieu pénitentiaire, par exemple, le respect de la vie privée et familiale peut connaître des restrictions. Ainsi, le juge du référé-liberté ne peut intervenir que lorsque le fonctionnement d'un établissement pénitentiaire ou des mesures spécifiques prises à l'égard d'une personne détenue affectent son droit au respect de la vie privée et familiale dans des conditions qui dépassent les restrictions inhérentes à la condition carcérale<sup>913</sup>. Dans cette hypothèse, le juge peut adresser une injonction à l'administration pénitentiaire en demandant la levée de la restriction du droit de visite imposée au patient.

Par analogie, nous pouvons envisager que la restriction du droit de visite d'un patient hospitalisé en soins libres, au regard de son régime de soins, constitue une atteinte grave et manifestement illégale au respect de sa vie privée et familiale. Dans cette hypothèse, le patient pourrait exercer un référé-liberté. Le juge pourrait ainsi mettre fin à cette mesure restrictive. D'autres situations potentiellement attentatoires aux droits individuels liés à la personne humaine pourraient faire l'objet d'un référé-liberté. C'est le cas notamment des patients en soins libres qui ne peuvent aller et venir comme ils le souhaitent en raison de la fermeture des services ou encore lorsqu'ils sont placés dans des chambres d'isolement<sup>914</sup>.

De toute évidence, la protection du patient hospitalisé en soins libres n'est pas satisfaisante, c'est pourquoi, il nous paraît opportun d'en proposer une évolution.

## **Section 2 - De quelques propositions pour une protection spécifique du patient en soins libres**

Il semble exister un décalage entre ce que vit le patient au quotidien et la protection que lui accorde le législateur. Dans ce contexte, il convient de proposer deux solutions afin d'atténuer le déséquilibre constaté. Tout d'abord, il s'agit de reconnaître une protection différenciée

---

<sup>912</sup> Conseil d'Etat, juge des référés, 30 mars 2007, *Ville de Lyon*, n°304053.

BIOY X., *Droits fondamentaux et libertés publiques*, LGDJ, 6ème édition, 2020, p 349.

<sup>913</sup> Conseil d'Etat, juge des référés, 30 juillet 2015, *Section française de l'OIP et ordre des avocats au barreau de Nîmes*, n°410677, Rec.

BIOY X., *Droits fondamentaux et libertés publiques*, LGDJ, 6ème édition, 2020, p 349.

<sup>914</sup> CGLPL, recommandations en urgence du 1er février 2022 relatives au centre de santé mentale Jean-Baptiste-Pussin à Lens.

entre le patient en soins libres et en soins somatiques par la création d'un statut juridique spécifique en faveur du patient en soins psychiatriques libres (§1)<sup>915</sup>. Ensuite, il convient de proposer le maintien d'une protection distincte entre le patient en soins libres et en soins sans consentement (§2).

## **§1 - La nécessité d'une distinction entre le patient en soins libres et le patient en soins somatiques**

Malgré la reconnaissance de droits similaires pour les patients somatiques et psychiatriques, nous avons constaté que la nature de la prise en charge conduit à une différenciation. Dès lors, il s'agit d'étudier l'opportunité de concevoir un régime de protection plus adapté au patient en soins libres (A), puis, de s'interroger sur les nouvelles garanties juridiques qui en découleraient (B).

### **A – Un nouveau statut juridique pour le patient en soins libres**

L'idée d'un statut différencié pour le patient en soins libres est suggérée par la jurisprudence (1). Dans l'hypothèse où il serait reconnu par le législateur, il semble opportun d'envisager quel serait le cadre juridique le plus adapté et donc l'instrument juridique qui pourrait lui être appliqué (2).

#### ***1 - L'émergence d'un statut juridique issu de la jurisprudence***

Ce nouveau statut prendrait en compte le fait que durant son hospitalisation et à des fins de protection de sa santé, certains droits pourraient être limités. Ces restrictions devraient alors être encadrées. De ce fait, le patient pourrait bénéficier de garanties supplémentaires qui permettraient de contrôler la nécessité et la proportionnalité des mesures prises lors de son hospitalisation.

L'idée de faire émerger un statut intermédiaire en faveur du patient en soins libres n'est pas nouvelle. En effet, la jurisprudence établit, en matière de surveillance, une distinction entre les patients en soins somatiques et en soins psychiatriques libres. Elle reconnaît en particulier,

---

915 Partie 1, Titre 1, Chapitre 1.

une surveillance singulière pour le patient en soins libres présentant des antécédents suicidaires<sup>916</sup>.

A ce sujet, la Cour de cassation dans une décision du 29 mai 2013 a précisé que : « l'obligation d'assurer la sécurité des patients admis librement au sein d'un hôpital psychiatrique ne peut impliquer l'adoption d'une réglementation interne générale restreignant la liberté de sortir de l'établissement »<sup>917</sup>. La surveillance du patient hospitalisé avec son consentement doit être individuelle et adaptée à son état de santé. Il existe donc des critères jurisprudentiels qui permettent, au cas par cas, de reconnaître l'existence d'une faute de surveillance génératrice de responsabilité. Ces critères sont ceux tirés du comportement du patient, de la prévisibilité ou de l'imprévisibilité de son geste ou de son comportement, des tendances ou des antécédents suicidaires, voire de l'organisation matérielle du service<sup>918</sup>.

L'introduction d'un statut du patient en soins libres ne remettrait pas totalement en cause l'équilibre existant entre les différents régimes de soins, elle permettrait de reconnaître les différences liées à la prise en charge psychiatrique qui ne peut s'assimiler à la prise en charge somatique. L'instauration d'une nouvelle catégorie juridique aurait donc vocation à conforter le respect des droits du patient en soins libres.

Cependant, un statut spécifique du patient en soins libres nécessiterait la mise en place d'un régime de protection particulier et donc d'un cadre légal approprié. Pour ce faire, deux instruments juridiques doivent être étudiés successivement, afin d'évaluer lequel serait le plus à même de répondre à ce statut.

## ***2 - La reconnaissance d'instruments juridiques propres au patient en soins libres***

Il s'agit tout d'abord de s'attacher à la transposition de l'annexe au contrat de séjour, mécanisme de protection utilisé initialement dans le secteur médico-social, aux patients hospitalisés librement en psychiatrie (a). Puis, il convient d'envisager l'élaboration d'un

---

<sup>916</sup> Cour administrative d'appel de Douai, 10 avril 2007, n°06DA01158.

Cour administrative d'appel de Marseille, 17 juin 2013, n° 11MA00769, Inédit au recueil Lebon.

Cour d'appel de Versailles, 22 juin 2017, n° 1506682.

Conseil d'Etat, 12 mars 2012, n°342774.

VAUTHIER J-P, « Obligation de surveillance renforcée versus droits des patients en psychiatrie : le régime de soin fait la différence », Recueil Dalloz, 2013, p1819.

LOPA DUFRENOT M., « Le suicide d'un patient atteint de troubles mentaux admis librement dans un établissement hospitalier », AJDA, 2013, p2156.

<sup>917</sup> Cour de cassation, Chambre civile 1, 29 mai 2013, n°12-21194.

<sup>918</sup> COELHO J., « Responsabilité du fait du suicide de patients psychiatriques en hospitalisation libre : quelle obligation de surveillance ? », AJDA, 2008, p 441.



mécanisme de gradation des restrictions de droit mises en œuvre à l'encontre du patient en soins libres (b).

#### **a - La transposition de l'annexe du contrat de séjour**

Cet instrument est prévu par l'article L 311-4-1 du Code de l'action sociale et des familles pour les résidents pris en charge au sein des EHPAD. Comme on le sait, une admission au sein de ce type de structure ne peut être réalisée qu'avec le consentement de la personne concernée.

L'annexe au contrat de séjour, comme nous l'avons évoqué lors de développements précédents, est signée par le résident lors de son entrée dans un établissement d'hébergement et autorise légalement des mesures restrictives de liberté d'aller et venir qui seront conditionnées par l'obtention du consentement de la personne qui en fait l'objet. Ce mécanisme est admis uniquement pour « assurer l'intégrité physique et la sécurité de la personne et pour soutenir l'exercice de sa liberté d'aller et venir »<sup>919</sup>. L'existence d'un tel instrument pour le patient en soins libres serait justifiée à la fois par le recueil du consentement du patient hospitalisé ainsi que par la reconnaissance et l'encadrement légal des restrictions de droits mises en œuvre à des fins de protection de la santé du patient.

Si l'on transpose cette annexe au contrat de séjour à la psychiatrie, il convient de s'interroger sur l'éventuelle extension de son champ d'application au-delà de la liberté d'aller et venir et donc sur la possibilité d'y intégrer des restrictions pour les autres droits, notamment le droit de visite ou la liberté de communication dans la mesure où en pratique, nous l'avons étudié, des limitations sont pratiquées pour le patient en soins libres pour l'ensemble de ses droits.

Cette éventualité pose cependant des questions juridiques mais aussi éthiques. En effet, l'aptitude d'un patient à consentir à des restrictions de sa liberté individuelle durant son hospitalisation paraît complexe à appréhender. De notre point de vue, il n'est pas certain que tout patient souhaite sciemment que ses droits soient limités alors même que la démarche d'hospitalisation est déjà suffisamment complexe à aborder. De plus, il faudrait qu'il prenne conscience que de telles restrictions sont prises à des fins de protection, ce qui peut être difficile à concevoir pour un patient souffrant de troubles mentaux. Malgré toutes ces interrogations, une tentative de transposition de ce mécanisme juridique à la psychiatrie nous paraît envisageable sous certaines conditions. La première serait la réalisation d'une

---

919 Article L311-4-1 du Code de l'action sociale et des familles.

évaluation médicale dans un délai imparti. Celle-ci aurait pour finalité d'adapter au mieux les mesures prises au regard de l'état clinique du patient. La seconde condition serait la délivrance d'une information systématique du patient sur toutes les modifications envisagées concernant les mesures restrictives potentiellement mises en œuvre à son égard. A cette fin, un entretien médico-soignant serait alors nécessaire afin de recueillir son consentement qui pourrait se traduire par la signature d'un avenant. Ce document serait par la suite intégré systématiquement dans le dossier médical pour assurer une meilleure traçabilité. A ces conditions seulement, un tel instrument pourrait être un gage de protection pour les droits du patient en soins libres.

Si la transposition de l'annexe au contrat de séjour n'est pas retenue, il serait opportun d'envisager une gradation des restrictions imposées au patient hospitalisé en soins libres.

#### **b- L'hypothèse d'un mécanisme de gradation des restrictions**

L'émergence d'un système de gradation des limitations de droit prises à l'encontre du patient en soins libres est envisageable, mais doit cependant être strictement encadré pour maintenir une distinction entre le régime des soins libres et des soins sans consentement. Elle sous-tend en effet la reconnaissance et la mise en œuvre de restrictions qui seraient alors justifiées par l'état clinique du patient hospitalisé en soins libres.

Dans cette hypothèse, le système de gradation permettrait de garantir et de vérifier que les restrictions de droits ne sont pas identiques, voire aussi intenses, que celles admises pour les soins sans consentement. Comme pour ces derniers, la restriction de droit appliquée à un patient en soins libres pourrait alors être mise en œuvre, à condition qu'elle soit limitée dans le temps et dans l'espace. Elle serait donc circonstanciée. Dès lors, la mesure prescrite devrait être réévaluée de manière journalière par le médecin psychiatre et l'équipe soignante, permettant ainsi de s'adapter à l'évolution de l'état clinique du patient. Cette évaluation journalière se déclinerait ainsi pour l'ensemble des droits pouvant faire l'objet d'une restriction au cours d'une hospitalisation complète, afin de trouver un équilibre entre le respect des droits et la protection de la santé mentale du patient. Tel est le cas, par exemple, du droit de visite, de l'usage limité du téléphone portable ou de l'ordinateur ou encore un accès restreint à la cafétéria ou aux activités thérapeutiques.

Concrètement, tant l'annexe au contrat de séjour que le mécanisme de gradation des restrictions ont pour finalité de mieux protéger le patient en soins libres et de lui offrir un cadre juridique qui nous paraît plus adapté.

De notre point de vue, la création du système de gradation des restrictions de droits, qui dans les faits est déjà plus ou moins exercée, nous paraît être la solution la plus pertinente à consacrer. Plus encore, c'est l'adaptation et l'évaluation quotidienne de la mesure qui devraient être encadrées par les textes.

Le statut du patient en soins libres proposé doit également s'accompagner de garanties légales appropriées.

## **B - De nouvelles garanties offertes au patient en soins libres**

Il serait opportun de proposer, d'une part l'intervention de certaines autorités de contrôle indépendantes auprès de ce patient (1) et de concevoir, d'autre part, l'émergence d'une commission référente des droits fondamentaux au sein de chaque établissement de santé (2).

### *1 - Le nécessaire contrôle des soins par des instances administratives*

L'émergence de ce nouveau statut juridique implique en parallèle, le développement des garanties légales qui sont un gage de protection des droits du patient, notamment par l'intervention de deux autorités administratives auprès du patient en soins libres : la Commission départementale des soins psychiatriques sans consentement (CDSP) (a) et le Contrôleur général des lieux de privation de liberté (CGLPL) (b).

#### **a - L'extension du contrôle de la CDSP aux mesures de soins libres**

Actuellement, seul le patient hospitalisé sans consentement bénéficie de la protection de la CDSP. Il s'agit de proposer une extension de son champ d'intervention au régime des soins libres. Conformément à l'article L3223-1 du Code de la santé publique : « la CDSP est informée de toute décision d'admission en soins psychiatriques sans consentement, de tout renouvellement de cette décision et de toute décision y mettant fin »<sup>920</sup>. Plus encore, elle est

---

920 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.

compétente pour contrôler toute mesure de soins sans consentement, recevoir les réclamations de tout patient et de leur conseil afin d'examiner leur situation. Elle peut également proposer la levée d'une mesure de soins sans consentement, si cela lui paraît nécessaire<sup>921</sup>.

Dans le cadre d'une telle extension, un patient admis en soins libres pourrait, s'il estime être victime d'une atteinte à ses droits ou subir un préjudice, prétendre à la saisine et au contrôle de cette commission. Par la même occasion, les garanties légales reconnues au patient en soins libres seraient renforcées, étant donné que la CDSP a pour mission de veiller au respect des droits et de la dignité des personnes recevant des soins psychiatriques.

En tout état de cause, si les mesures coercitives prises à l'encontre du patient en soins libres sont amenées à être légalement encadrées, le contrôle de régularité de la procédure et du bien-fondé de la mesure de soins devrait être envisagé. Ainsi, la CDSP aurait la faculté de réaliser un contrôle de proportionnalité entre la mesure prise et l'état clinique du patient. Il reste cependant à déterminer si la fréquence du contrôle serait la même que pour le patient hospitalisé en soins sans consentement<sup>922</sup>.

Outre l'élargissement du champ d'action de la CDSP, il convient à présent d'envisager l'extension du contrôle du CGLPL.

## **b - Le contrôle du CGLPL pour le patient hospitalisé en soins libres**

Le CGLPL est une autorité administrative indépendante créée par la loi du 30 octobre 2007<sup>923</sup>. Selon les termes de l'article 2 de la loi précitée : « il est nommé au regard de ses compétences par décret du Président de la République pour une durée de six ans non renouvelables »<sup>924</sup>. De plus, conformément à l'article 1er de la loi précitée, le CGLPL est chargé de contrôler les conditions de prise en charge des personnes privées de liberté « afin de s'assurer du respect de leurs droits fondamentaux »<sup>925</sup>. Toutefois, afin d'envisager un tel contrôle en faveur du patient

---

921 MONNIER A, TACHON J-P, « Les commissions départementales de soins psychiatriques : un pilier de la démocratie sanitaire à consolider », *L'information psychiatrique*, 2015/6, volume 91, p 455 à 458.

922 Article R 3223-8 du Code de la santé publique.

923 Loi n° 2007-1545 du 30 octobre 2007 instituant un Contrôleur général des lieux de privation de liberté. Site internet du CGLPL : [www.cglpl.fr](http://www.cglpl.fr)  
Voir également CGLPL, rapport « Les droits fondamentaux des mineurs en établissement de santé mentale », 2017.

924 Loi n° 2007-1545 du 30 octobre 2007 instituant un Contrôleur général des lieux de privation de liberté.

925 *Ibid.*

Site internet du CGLPL : [www.cglpl.fr](http://www.cglpl.fr)

Voir également CGLPL, rapport « Les droits fondamentaux des mineurs en établissement de santé mentale », 2017.

en soins libres, il faudrait au préalable que la décision d'admission soit prise à l'initiative d'une autorité judiciaire ou administrative. En effet, cette précision a été donnée en 2013 par le gouvernement à Jean-Marie Delarue qui souhaitait pouvoir visiter les établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD) à des fins de protection des droits des personnes qui y sont prises en charge. Comme sa proposition est restée sans réponse, il a décidé d'ouvrir le débat en février 2013, lors du dépôt de son rapport annuel<sup>926</sup>. Le gouvernement avait ainsi précisé que le CGLPL pouvait contrôler tous les lieux dans lesquels les personnes sont privées de liberté à l'issue d'une décision judiciaire ou administrative. De ce fait, les EHPAD ne pouvaient dépendre de son contrôle, car ne répondant pas à cette condition. En application de la législation en vigueur, le CGLPL, à ce jour, ne contrôle pas les unités de soins de psychiatrie générale accueillant des patients en soins libres puisqu'aucune autorité judiciaire ou administrative n'intervient dans la procédure d'admission et que, théoriquement, il ne s'agit pas d'un lieu privatif de libertés. Pour autant, il serait opportun d'étendre le contrôle du CGLPL aux situations de privation de fait.

Il faudrait alors envisager la saisine du CGLPL par le patient en soins libres. Actuellement, ce dernier peut être « saisi directement par toute personne physique notamment par les personnes privées de liberté elles-mêmes, leurs parents, leur famille, leur avocat, un témoin, les personnels des établissements concernés et toute personne intervenant dans ces établissements » en application de l'article L3211-3 du Code de la santé publique. Dans ce cas, tout patient qui s'estime priver de liberté ou pense subir une atteinte à l'un de ses droits fondamentaux durant son hospitalisation psychiatrique, pourrait saisir le CGLPL quel que soit le régime de soins auquel il appartient.

Il semblerait également utile de créer une nouvelle commission de suivi et de contrôle, interne à chaque établissement de santé afin d'agir et de protéger au plus près les droits du patient hospitalisé.

---

926 Assemblée nationale, Rapport fait au nom de Commission des lois constitutionnelles, de la législation et de l'administration générale de la république sur la proposition de loi, adoptée par le Sénat (n° 1718) modifiant la loi n° 2007-1545 du 30 octobre 2007 instituant un Contrôleur général des lieux de privation de liberté, par Laurence DUMONT, 26 février 2014, n°1832.

## *2 - La création d'une commission médico-administrative interne aux établissements de santé*

En 2017, le CGLPL préconisait la mise en place d'un référent en charge des droits fondamentaux au sein de chaque établissement privatif de liberté<sup>927</sup>. De notre point de vue, il serait pertinent qu'une commission pluridisciplinaire détienne ces missions d'expertise et d'accompagnement au sein des établissements de santé. Cette instance aurait la faculté d'intervenir dans toutes les situations complexes relatives à un patient en soins libres et d'apporter un éclairage lorsque des problématiques médico-légales ont des conséquences sur la prise en charge médicale. Par sa composition pluri-professionnelle<sup>928</sup>, la commission réaliserait un contrôle sur la nature et la finalité de la mesure prise à l'encontre du patient au regard de son état clinique. Ce contrôle pourrait être réalisé soit a priori soit a posteriori de la mise en œuvre de la mesure limitative de droits. Il aurait pour finalité de garantir le patient contre de potentielles atteintes à ses droits. Plus encore, la commission médico-administrative saisie à titre préventif pourrait constituer un niveau intermédiaire avant la saisine du juge.

Cette évaluation est déjà réalisée en pratique par les équipes de soins, mais l'intérêt de créer une commission réside dans l'obtention d'un éclairage externe avec notamment, la présence de professionnels ayant des connaissances approfondies sur les droits du patient. Elle permettrait de compléter ou de suppléer d'autres organes existants, qui interviennent déjà de manière parcellaire<sup>929</sup>.

Bien plus qu'un simple contrôle individuel des droits du patient, la commission pourrait réaliser et évaluer l'application et le respect du règlement intérieur au regard des pratiques soignantes instaurées dans chaque unité de soins.

En conséquence, la protection du patient en soins libres doit être distincte de celle du patient en soins somatiques. Plus encore, la différenciation de protection entre le patient soins libres et celle reconnue au patient en soins sans consentement doit aussi être maintenue.

---

927 CGLPL, rapport « Le personnel des lieux de privation de liberté », Dalloz, 2017, p 48.

928 Nous proposons la composition suivante : un psychologue, un psychiatre, un juriste, un cadre de santé ou un infirmier intervenant dans la prise en charge du patient, une assistante sociale ou un éducateur spécialisé.

929 Article R 3222-5 du Code de la santé publique. Cet article prévoit le fonctionnement de la commission du suivi médical ayant compétence pour évaluer la situation d'un patient hospitalisé au sein de l'UMD.

## **§2 - Le maintien justifié de la distinction entre le patient en soins libres et en soins sans consentement**

Selon l'évolution de l'état de santé du patient au cours de son séjour, il est possible d'adapter la prise en charge et le régime de soins psychiatriques. Il s'agit dans un premier temps, d'étudier l'hypothèse d'une transformation des soins libres vers les soins sans consentement (A). Dans un second temps, il convient d'envisager le changement des soins sans consentement vers les soins libres (B).

### **A - La possibilité d'un passage des soins libres vers les soins sans consentement**

Lorsque l'état clinique du patient hospitalisé en soins libres se détériore (1) le régime des soins sans consentement paraît plus adapté (2).

#### ***1 - Une adaptation au regard de l'aggravation de l'état clinique du patient***

Dès lors que l'état clinique du patient en soins libres se dégrade, le psychiatre traitant peut adapter, voire modifier, le mode de prise en charge.

En premier lieu, dans le cas où l'état clinique du patient en soins libres se détériore durant son hospitalisation et qu'il nécessite un cadre de soins plus protecteur, le législateur reconnaît la possibilité pour le psychiatre de modifier le régime de soins. Ainsi, il peut basculer vers des soins sans consentement à la demande d'un tiers ou sur décision du représentant de l'Etat. La « transformation » vers un mode d'hospitalisation en soins sans consentement répond aux mêmes exigences que celles de l'admission initiale. Toutefois, si le patient est déjà hospitalisé dans un établissement habilité aux soins sans consentement, ceci peut engendrer des difficultés pratiques pour réaliser le formalisme attendu. Par exemple, pour une transformation vers des soins à la demande d'un tiers « classique », il n'est pas simple d'obtenir une demande d'un tiers accompagnée de deux certificats médicaux datant de moins de quinze jours dont le premier ne peut émaner que d'un médecin exerçant dans l'établissement d'accueil<sup>930</sup>. Il est donc nécessaire pour le psychiatre référent d'anticiper ces démarches dans des délais qui peuvent parfois être restreints au regard de l'évolution de l'état

---

930 Voir en ce sens, CGLPL, rapport « Les droits fondamentaux des mineurs en établissement de santé mentale », 2017.

clinique du patient. Il faut en effet éviter que le patient reste en soins libres alors qu'il nécessite une surveillance médico-soignante renforcée et des mesures plus protectrices au regard de son état de santé.

En second lieu, dans l'hypothèse ou le changement des soins libres vers les soins sans consentement est réalisé, une modification entre deux mesures de soins sans consentement est encore envisageable pour des raisons d'ordre public. Par exemple, un passage des soins à la demande d'un tiers vers des soins à la demande du représentant de l'Etat est possible, en particulier si l'état de santé s'aggrave<sup>931</sup>. Dans ce cadre, un certificat médical d'un psychiatre de l'établissement d'accueil est requis, avec les mentions identiques à celles d'un certificat initial. Celui-ci doit être transmis sans délai par le directeur de l'établissement de santé au préfet pour prise d'arrêté. Les certificats médicaux des vingt-quatre heures et soixante-douze heures doivent également être établis par des psychiatres différents<sup>932</sup>.

Le passage des soins libres vers les soins sans consentement permet au patient de bénéficier d'une protection renforcée dès lors que son état clinique le nécessite.

## ***2 – La mise en œuvre d'une protection renforcée***

Ce changement de régime entraîne des modifications au niveau de l'exercice de ses droits et, en particulier, de sa liberté individuelle. D'une part, la mesure de soins est de fait plus contraignante puisque le patient se trouve dans l'incapacité de consentir au regard de son état clinique et, d'autre part, le législateur reconnaît la possibilité de mettre en œuvre des mesures restrictives de la liberté individuelle à des fins de protection. Ainsi, la liberté d'aller et venir du patient est limitée. Par exemple, ses sorties du service ou de l'établissement de santé sont soumises à une autorisation obligatoire d'une autorité administrative : soit du directeur d'établissement, soit du représentant de l'Etat, selon le régime de soins initié. Dans le même sens, l'équipe soignante a une obligation d'information renforcée puisqu'elle doit lui rappeler expressément les droits qui lui sont reconnus du fait de son nouveau régime de soins. Si des règles de vie particulières sont mises en place au sein de l'unité, il convient également de les lui expliquer.

Enfin, cette transformation de régime de soins implique, conformément à l'article L3211-12 du Code de la santé publique, un contrôle de la mesure de soins par le JLD dans le délai

---

931 Article L3213-6 du Code de la santé publique.

932 Article L 3211-2-2 du Code de la santé publique.



imparti. Il est donc nécessaire d'en informer le patient, dès son changement de régime, afin de préparer l'audience. Cette modification de régime, médicalement justifiée, a des conséquences administratives et juridiques importantes à la fois pour le patient, pour le médecin et pour l'administration hospitalière. Tout ceci est bien évidemment mis en œuvre dans l'intérêt du patient.

A l'inverse, dès que l'état clinique du patient hospitalisé en soins sans consentement s'améliore, une transformation du mode de prise en charge vers les soins libres est admise.

## **B - La possibilité d'un passage des soins sans consentement vers les soins libres**

Dès lors qu'une amélioration de l'état clinique du patient est médicalement constatée, il est possible de modifier le régime des soins sans consentement vers les soins libres (1). Dans ce cadre, des mesures restrictives pourraient être mises en œuvre de manière exceptionnelle à des fins de protection du patient (2).

### ***1 - Une adaptation au regard de l'amélioration de l'état clinique du patient***

Dans l'hypothèse où l'état clinique du patient hospitalisé en soins sans consentement s'est stabilisé depuis plusieurs semaines, tout en nécessitant le maintien de soins psychiatriques constants, le patient peut alors être suivi en soins libres<sup>933</sup>. Il peut alors demander la levée de la mesure de soins pour adhérer pleinement à une prise en charge en soins libres. La mesure de soins sans consentement, de fait, restrictive de liberté, est une mesure contraignante. Pour autant cette contrainte, légalement autorisée, imposée à des fins de protection du patient ou d'autrui, implique une protection renforcée et des garanties supplémentaires pour le patient. À la différence, le patient en soins libres bénéficie des garanties offertes à l'ensemble des patients de droit commun. Dans le cadre d'une modification de prise en charge, il est évident que cette protection se transforme et offre les garanties adéquates au régime de soins proposé. Ce passage des soins sans consentement vers les soins libres permet de maintenir une protection différenciée entre ces deux régimes de soins psychiatriques et donc, d'affirmer la particularité du statut juridique des soins libres.

---

933 Article L3211-11 du Code de la santé publique.

L'amélioration de l'état de santé conditionne également l'intensité de la protection dont il doit bénéficier à un moment précis de sa maladie.

## *2 – La mise en œuvre d'une protection adaptée*

Dans l'optique de maintenir une différenciation de ces deux régimes de soins, il nous paraît nécessaire d'encadrer d'un côté, la mise en œuvre exceptionnelle de mesures restrictives pour le patient en soins libres. Pour cela, il convient de définir au préalable ce caractère « exceptionnel ». Cette mesure serait alors considérée comme une mesure de dernier recours tout comme les mesures d'isolement et de contention. Dans ce cadre, des alternatives doivent être proposées au patient avant de définir une mesure restrictive à l'un de ses droits<sup>934</sup>. En tout état de cause, cette mesure restrictive doit être strictement limitée dans le temps, dans l'espace et doit être tracée dans le dossier médical, ce qui n'est pas toujours le cas en pratique. Bien évidemment, le caractère proportionné applicable aux soins sans consentement est également requis.

D'un autre côté, il convient de nous interroger sur la pertinence de l'intervention d'une autorité judiciaire dans le cadre du régime des soins libres. En effet, la mise en œuvre d'un contrôle du JLD permettrait probablement de renforcer la protection du patient en soins libres notamment si ce dernier fait l'objet de mesures restrictives à l'exercice de ses droits<sup>935</sup>. Toutefois, une telle intervention pour le régime des soins libres ne permettrait plus de maintenir la différence avec celui des soins sans consentement.

En conséquence, cette dissociation du patient hospitalisé en psychiatrie soit en soins libres ou contraints soit pour des soins somatiques conduit à prendre en considération la spécificité de la pathologie psychiatrique et la singularité de cette prise en charge. La réflexion sur la protection de ce patient pourrait être menée par le biais d'une mission d'information gouvernementale pour éventuellement envisager une réforme législative.

Il convient à présent d'étudier le statut du patient en soins sans consentement qui mérite, de notre point de vue, une protection plus importante de ses droits.

---

934 HAS, Méthode Recommandations pour la pratique clinique « Isolement et contention en psychiatrie générale », Février 2017.

935 Article L 3211-12 du Code de la santé publique.

## **Chapitre 2 - La consolidation indispensable de la protection du patient en soins sans consentement**

Les droits du patient hospitalisé en soins sans consentement ont été renforcés ces dernières années en particulier suite à l'adoption de la loi du 27 septembre 2013<sup>936</sup>. Malgré cette évolution, des carences existent encore. D'une part, il est possible d'envisager une progression de ses droits (Section 1). D'autre part, les voies de recours dont le patient dispose méritent d'être ajustées (Section 2).

### **Section 1 - La progression souhaitable des droits fondamentaux du patient en soins sans consentement**

Plusieurs rapports mettent en avant la nécessité d'améliorer la protection du patient hospitalisé en soins sans consentement<sup>937</sup>. D'un côté, ses droits en tant que patient méritent d'être renforcés (§1). D'un autre côté, ses droits en tant que citoyen doivent être promus (§2).

#### **§1 – Le renforcement de ses droits en sa qualité de patient**

Il s'agit dans un premier temps, d'améliorer le droit à l'information du patient hospitalisé en soins sans consentement et de lui offrir une protection lorsque certaines données personnelles sont recueillies (A). Dans un second temps, il convient d'accroître ses droits de la défense lors du contrôle de la mesure de soins devant le JLD (B).

---

936 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.

937 Assemblée nationale, rapport d'information n°4486 déposé par la commission des affaires sociales 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, sous la direction de ROBILIARD D. et JACQUAT D., 2017, p 68 et suivantes.

CGLPL, rapport « Soins sans consentement et droits fondamentaux », mars 2020.

CGLPL, recommandations en urgence du 1er février 2022 relatives au centre de santé mentale Jean-Baptiste-Pussin à Lens.

## **A - L'accès à l'information du patient et le recueil d'informations sur le patient**

Le patient en soins sans consentement doit pouvoir devenir acteur de son parcours de soins, à ce titre, le droit à l'information médicale et la recherche de son avis doivent lui être garantis à tout moment de sa prise en charge (1). A l'instar des informations qui lui sont délivrées, d'autres sont recueillies tout au long de son parcours. Celles-ci ne doivent cependant pas constituer un obstacle à sa réinsertion. En ce sens, l'émergence du droit à l'oubli en psychiatrie paraît pertinente afin de renforcer sa protection (2).

### ***1 - La nécessité de garantir le droit à l'information et de rechercher l'avis du patient tout au long de l'hospitalisation***

Le droit à l'information (a) et la prise en compte de l'avis du patient en soins sans consentement (b) sont spécifiquement rappelés à l'article L3211-3 du Code de la santé publique et doivent faire l'objet d'une attention particulière pour les professionnels chargés de le suivre<sup>938</sup>.

#### **a- La nécessité d'informer**

Le droit à l'information se compose à la fois d'une information relative au régime d'hospitalisation et aux droits afférents<sup>939</sup>. Cette information est une obligation qui doit impérativement être délivrée au patient, au regard du caractère dérogatoire du régime des soins sans consentement<sup>940</sup>. En effet, le défaut d'information ne permet pas au patient hospitalisé d'exercer ses droits, parfois même, le défaut de compréhension peut être un obstacle comme l'énonce le CGLPL<sup>941</sup>.

Cette information se manifeste par une notification de la décision médicale, plus précisément sur le régime de soins dont le patient hospitalisé fait l'objet. La délivrance de cette information doit être réalisée au cours de l'entretien d'admission et lors des entretiens individuels hebdomadaires avec le médecin psychiatre référent<sup>942</sup>. Dès 2005, la HAS précise les modalités de prise de décision et d'information à destination du patient hospitalisé sans

---

938 Articles R 4127-35 et R 4127-36 du Code de la santé publique.

<sup>939</sup> Voir PANFILI J-M., thèse op. cit., p 214 et suivantes.

940 FLAUSS-DIEM J., « Les droits des personnes hospitalisées pour soins psychiatriques sans leur consentement » issu du livre CABANNES X. et BENILLOUCHE M., Hospitalisations sans consentement, CEPRISCA, collection colloques, p 109.

941 CGLPL, rapport « Soins sans consentement et droits fondamentaux », mars 2020, p126.

942 CGLPL, op. cit. p 127.

consentement. Ainsi, le psychiatre devait préciser : « le caractère pathologique des troubles qu'il présente ; de leur ressenti possible ; les modalités et les conditions d'application du traitement nécessaire<sup>943</sup> ». Pourtant, l'objectif en pratique est encore complexe à atteindre<sup>944</sup>, il faudrait que le patient soit informé du projet de décision et qu'il puisse « faire valoir ses observations par tout moyen et de manière appropriée à son état »<sup>945</sup>. En tout état de cause, le législateur invite les professionnels de santé à anticiper les difficultés en informant au plus tôt le patient de la décision médicale, lui permettant ainsi d'exprimer son opinion<sup>946</sup>. Ces informations incombent bien évidemment à tous les psychiatres intervenant ultérieurement dans la prise en charge du patient. Le CGLPL a noté la difficulté de vérifier que les observations du patient ont bien été recueillies lors de la délivrance de ces informations<sup>947</sup>. Fréquemment, les médecins affirment que « ces dernières sont retranscrites dans le dossier médical et couvertes par le secret médical »<sup>948</sup>.

De plus, selon les termes de l'article L3211-12-1 du Code de la santé publique, cette information porte également sur « sa situation juridique, ses droits, les voies de recours dont il dispose ainsi que les garanties offertes ». Selon les termes de l'article précité, elle doit lui être délivrée « dès son admission si son état clinique le permet et par la suite, lors de toute nouvelle mesure maintenant les soins ou modifiant la forme de la prise en charge ». Dans la pratique, cette obligation d'information n'est pas véritablement respectée<sup>949</sup>. Les soignants ne sont pas formés sur l'ensemble des informations juridiques qu'ils doivent délivrer à un patient<sup>950</sup>.

Par ailleurs, l'établissement de santé ne met pas systématiquement à disposition le règlement intérieur, le patient n'a donc pas un accès libre à l'ensemble des informations relatives à l'exercice de ses droits ni au fonctionnement de l'hôpital. En conséquence, si les droits ne sont pas explicités clairement auprès de la personne hospitalisée, le CGLPL a souligné qu'elle

---

943 HAS, « Recommandations sur les modalités de prise de décision concernant l'indication en urgence d'une hospitalisation sans consentement d'une personne présentant des troubles mentaux », Avril 2005.

944 CGLPL, recommandations en urgence du 1er février 2022 relatives au centre de santé mentale Jean-Baptiste-Pussin à Lens.

945 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.  
Article L3211-3 alinéa 2 du Code de la santé publique.

CGLPL, rapport « Soins sans consentement et droits fondamentaux », mars 2020, p 128-129.

946 FLAUSS-DIEM J., « Les droits des personnes hospitalisées pour soins psychiatriques sans leur consentement » issu du livre CABANNES X. et BENILLOUCHE M., Hospitalisations sans consentement, CEPRISCA, collection colloques, p114.

947 CGLPL, *op. cit.*, p 127.

948 CGLPL, *op. cit.*, p 128.

949 Voir en ce sens PANFILI J.-M., Les instruments de protection des droits et libertés des malades mentaux, thèse de doctorat en Droit Public (sous la direction de Florence Crouzatier-Durand), Toulouse : Université Toulouse 1, septembre 2013, p 214.

950 CGLPL, *op. cit.* p 128.

rencontre inévitablement des difficultés pour les exercer et s'ajoute également du fait de la pathologie, un défaut de compréhension<sup>951</sup>. Le CGLPL a relevé par exemple lors de ses visites, que certaines équipes étaient réticentes à expliquer au patient qu'il dispose de la faculté de saisir le JLD à tout moment de la prise en charge pour demander la levée de la mesure de soins sans consentement. Pour eux, une telle information est « contradictoire et néfaste pour la prise en charge du patient »<sup>952</sup>.

Afin de consolider le droit à l'information du patient, le CGLPL recommande la mise à disposition de livrets d'accueil spécifiques à la psychiatrie, notamment au sein des CHU et des CHS qui, jusqu'à présent fournissent au patient le même livret d'accueil, sans considération des spécificités psychiatriques, qu'il soit en soins somatiques ou en soins psychiatriques<sup>953</sup>. Aussi, nous pourrions envisager un affichage de ses droits et des voies de recours qui lui sont offertes directement dans les unités de soins ou dans la chambre du patient par exemple sur la porte et sous format plastifié.

Au-delà de l'amélioration de la délivrance de l'information auprès du patient hospitalisé, il convient également de renforcer son corollaire à savoir la recherche de son avis dans la délivrance des soins psychiatriques.

## **b - La nécessité de rechercher l'avis du patient**

En application de l'article L3211-3 du Code de la santé publique, le psychiatre est tenu de rechercher l'avis du patient tout au long de sa prise en charge, même si celui-ci a été admis en soins sans consentement. Le Conseil constitutionnel a d'ailleurs souligné que « les garanties encadrant l'hospitalisation sans consentement permettent que l'avis de la personne sur son traitement soit pris en considération »<sup>954</sup>.

En premier lieu, le législateur précise que l'avis de la personne doit être recherché par le psychiatre sur les « modalités de soins » et pris en considération « dans la mesure de possible »<sup>955</sup>. Dans un premier temps, il convient donc de s'interroger sur la notion de « modalité de soins ». Le type de soins pour lequel le personnel médical doit rechercher l'avis

---

951 *Ibid.*

952 CGLPL, rapport « Soins sans consentement et droits fondamentaux », mars 2020, p 128.

953 CGLPL, *op. cit.* p 128.

954 Conseil Constitutionnel, décision QPC n°2010-71, Danielle S., 26 novembre 2010.

955 Article L 3211-3 du Code de la santé publique.

Voir THERON S., *Les soins psychiatriques sans consentement*, Dunod, 2017, p 170-171.

du patient serait principalement le traitement médicamenteux ou les activités thérapeutiques médiatisées<sup>956</sup>. Malgré l'incapacité du patient à consentir à la mesure de soins lors de son admission, le psychiatre doit tenter par tout moyen de rechercher son consentement quant aux modalités de soins qui sont proposées durant l'hospitalisation<sup>957</sup>. Dans un second temps, il s'agit de préciser l'expression « dans toute la mesure du possible ». Selon les propos du CGLPL, l'entretien psychiatrique est le moment le plus propice pour favoriser l'alliance thérapeutique et délivrer à un patient toutes les explications nécessaires sur les thérapeutiques qui lui sont proposées et administrées<sup>958</sup>. Toutefois, la formulation qui est employée à l'article L 3211-3 du Code de la santé publique signifierait implicitement pour Cécile Castaing, qu'il n'existe aucune obligation pour le personnel médical de respecter cet avis. Selon ses propos, le législateur laisserait ainsi à l'appréciation du psychiatre « le crédit à accorder à la volonté du patient hospitalisé en soins sans consentement », contrairement à ce qui se produit pour un patient de droit commun<sup>959</sup>. La problématique est similaire lorsqu'un patient est pris en charge sous la forme d'un programme de soins. Selon l'interprétation de chaque psychiatre, le refus d'un patient de consentir à telle ou telle modalité de soins, peut potentiellement le conduire à une prise en charge sous la forme d'une hospitalisation complète, notamment si le médecin estime que ce refus est lié à une dégradation de l'état clinique<sup>960</sup>.

Plus encore, il est nécessaire de porter une attention particulière à la pratique du traitement forcé ou du traitement dénommé « si besoin » en psychiatrie, dès lors qu'une mesure de soins sans consentement est mise en œuvre<sup>961</sup>. En effet, l'admission en soins sans consentement « ne signifie pas l'administration de traitement médicamenteux sous la contrainte »<sup>962</sup>. Ainsi, l'avis du patient doit être recherché lors de la délivrance d'un traitement et des modalités de soins<sup>963</sup>. En pratique, pourtant, le manque d'informations des soignants ainsi que le défaut de formation

---

956 CGLPL, rapport « Soins sans consentement et droits fondamentaux », mars 2020, p 132.

957 *Ibid.*

958 Article R 4127-36 du Code de la santé publique.

Voir en ce sens PANFILI J.-M., Les instruments de protection des droits et libertés des malades mentaux, thèse de doctorat en Droit Public (sous la direction de Florence Crouzatier-Durand), Toulouse : Université Toulouse 1, septembre 2013, p 121-122.

959 CASTAING C., « La volonté des personnes admises en soins psychiatriques sans consentement », *L'Actualité juridique. Droit administratif*, Dalloz, 2013, p 153.

Voir en ce sens, CA de Paris, 3 février 2016, n°16/00034.

960 Conseil d'Etat, 16 juillet 2012, *CHS Guillaume Régnier*, n° 360793, Inédit au recueil Lebon.

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.

961 CGLPL, rapport « Soins sans consentement et droits fondamentaux », mars 2020, p 132.

962 THERON S., Les soins psychiatriques sans consentement, Dunod, 2017, p 123.

963 Conseil Constitutionnel, décision QPC n°2010-7126 novembre 2010, Danielle S.

à ce sujet conduit parfois, à un non-respect de cet avis exprimé par le patient<sup>964</sup>. Il est important de bien distinguer la mesure de soins sans consentement, qui est de fait, contraignante par sa nature, et les modalités de soins. Pour ces dernières, il n'existe aucune disposition dans le Code de la santé publique indiquant qu'elles puissent être réalisées sous la contrainte. A ce titre, Sophie Théron suggère que « seul un danger imminent lié à la santé du patient pourrait justifier une intervention médicale ou la dispensation d'un traitement sous la contrainte »<sup>965</sup>. A défaut, un tel recours présenterait un caractère attentatoire à la sauvegarde de la dignité humaine. Dans ce cadre, à défaut de pouvoir recueillir l'avis et les observations du patient lors de l'administration d'un traitement, le CGLPL recommande la mise en place d'une procédure collégiale<sup>966</sup>. Puis, il propose également de favoriser le recours à la personne de confiance et aux directives anticipées en psychiatrie pour que le patient puisse évoquer la manière dont il souhaiterait être traité, dans le cas où il serait dans l'incapacité de s'exprimer<sup>967</sup>. De plus, il préconise également le développement des ateliers et des programmes d'éducation thérapeutique du patient. Enfin, celui-ci devrait pouvoir recevoir, au cours de son hospitalisation, une véritable information des traitements qui lui sont proposés, et avoir connaissance des bénéfices et des risques du médicament prescrit<sup>968</sup>. Il pourrait ainsi prendre une décision de manière plus éclairée.

En second lieu, il est nécessaire de préciser que le recueil de l'avis du patient s'étend au-delà des modalités de soins psychiatriques. En effet, cette obligation se manifeste également lorsque le patient hospitalisé en soins psychiatriques souffre d'une pathologie somatique. Dans cette hypothèse, le principe du consentement s'applique, tout comme le droit de refuser des soins somatiques alors même qu'il ne peut consentir à son hospitalisation psychiatrique. Dès lors, Emmanuelle Bougon souligne que « le statut de patient de droit commun prime sur le statut de patient hospitalisé en soins psychiatriques sans consentement »<sup>969</sup>.

A titre exceptionnel, il existe des cas où le législateur a prévu un régime spécifique pour des actes médicaux non psychiatriques, notamment pour les recherches impliquant la personne humaine et la stérilisation. La personne souffrant de troubles mentaux, considérée comme une personne vulnérable, peut malgré tout être sollicitée pour participer à certaines recherches strictement encadrées. Ces dispositions ne font pas référence au consentement du patient, sauf

---

964 CGLPL, rapport « Soins sans consentement et droits fondamentaux », mars 2020, p 132.

965 THERON S., *op. cit.*, p 124.

Voir en ce sens : article 223-6 du Code pénal.

966 CGLPL, rapport « Soins sans consentement et droits fondamentaux », Dalloz, 2020, p 135.

967 *Ibid.*

968 *Ibid.*

969 BOUGON E., Protection juridique et soins sans consentement chez le majeur hospitalisé en psychiatrie, thèse de doctorat : Médecine humaine et pathologie , Université Bordeaux 2, 2015.



dans le cas d'un placement sous le régime de la curatelle et dans l'hypothèse, où le patient retrouverait sa capacité à consentir au cours de la recherche<sup>970</sup>. Cependant, Emmanuelle Bougon énonce en effet que : « la pathologie psychiatrique ne peut pas conduire à une présomption générale d'inaptitude à consentir à un acte médical, qu'il soit somatique ou psychiatrique »<sup>971</sup>.

Le renforcement du droit à l'information et la recherche de la volonté du patient en soins sans consentement semble possible. Reste à étudier la collecte des données médicales qui sont recueillis tout au long de son hospitalisation et qui pose la question du droit à l'oubli en psychiatrie.

## **2 – La nécessité de garantir le droit à l'oubli**

Le droit à l'oubli actuel devrait concerner aussi bien les données médicales du patient qui sont collectées au cours de son hospitalisation (a) que les antécédents psychiatriques (b).

### **a - Le droit à l'oubli et le traitement des informations médico-administratives**

Le traitement des informations du patient hospitalisé en soins sans consentement, en particulier dans le cadre du fichier Hospyweb, a suscité de nombreuses interrogations en termes de protection des données personnelles<sup>972</sup>. En effet, la nature des données contenues dans ce fichier est variée et certaines sont soumises au secret médical<sup>973</sup>. Les articles 3 et 4 du décret du 23 mai 2018 *autorisant les traitements de données à caractère personnel relatifs au suivi des personnes en soins psychiatriques sans consentement* précisent les personnels qui y ont accès et les personnes qui en sont les destinataires<sup>974</sup>. Pourtant, dans un avis en date du 3

---

970 Articles L1121-1, L1121-6 et L1121-8 du Code de la santé publique.

971 BOUGON E., *op. cit.*

972 CGLPL, rapport « Soins sans consentement et droit fondamentaux », mars 2020, p 96- 98. Voir en ce sens PANFILI J-M., thèse *op.cit.*, p 272.

973 Les données d'identification de la personne en soins sans consentement, les données d'identification des avocats des patients, du tuteur ou du curateur, les médecins auteurs des certificats médicaux ou des rapports d'expertises (noms, prénoms, adresse, courriel) et les adresses électroniques des professionnels intervenant dans le suivi des patients. Des informations sur la situation administrative ou juridique des patients seront également recueillis telles que l'adresse de l'établissement de santé d'accueil, les audiences, les décisions judiciaires prononcées à son encontre.

974 Décret n°2018-383 du 23 mai 2018 autorisant les traitements de données à caractère personnel relatifs au suivi des personnes en soins psychiatriques sans consentement.

mai 2018<sup>975</sup>, la Commission nationale de l'informatique et des libertés (CNIL) a estimé que « la possibilité offerte au ministre de désigner des personnes habilitées à accéder aux données, alors même qu'elles ne figurent pas dans la liste des destinataires du décret, élargit considérablement l'accès et la visibilité de ces données à caractère personnel ». La CNIL s'interroge également sur leur durée de conservation au regard des finalités pour lesquelles elles sont collectées et traitées et se questionne également sur le droit d'opposition qui ne s'applique pas pour la mise en œuvre d'Hopsyweb conformément à l'article 38 de la loi précitée. À la suite du dépôt de trois recours à l'encontre du décret du 23 mai 2018, une décision du Conseil d'Etat en date du 4 octobre 2019 l'a partiellement annulé<sup>976</sup>. Selon lui : « le texte ne pouvait légalement permettre la consultation des données collectées, dans chaque département par les ARS aux fins de statistiques, ni l'exploitation statistique au niveau départemental pour la confection du rapport d'activité des CDSP, sans prévoir la l'anonymisation et la pseudonymisation ».

Un décret du 6 mai 2019<sup>977</sup> est venu modifier le texte de 2018 et a pour finalité de croiser des informations contenues dans le fichier Hopsyweb avec celles du fichier de traitement des signalements pour la prévention de la radicalisation à caractère terroriste (FSPRT)<sup>978</sup>. Par une décision du 27 mars 2020, le Conseil d'Etat a validé ce dispositif et n'a pas retenu le moyen relatif à la violation de l'article L1110-4 du Code de la santé publique<sup>979</sup>.

Le CGLPL préconise pourtant une suppression de ces fichiers au motif qu'ils constituent « une atteinte majeure à la confidentialité des soins »<sup>980</sup>. Selon les propos de Jean-Marc

---

975 CNIL, Délibération n° 2018-152 du 3 mai 2018 portant avis sur un projet de décret autorisant les traitements de données à caractère personnel relatifs au suivi des personnes en soins psychiatriques sans consentement, demande d'avis n° 18005564.

976 Conseil d'Etat, 4 octobre 2019, n°421329, n°422497 et n°424818.

977 Décret n°2019-412 du 6 mai 2019 modifiant le décret n°2018-383 du 23 mai 2018 autorisant les traitements de données à caractère personnel relatif au suivi des personnes en soins psychiatriques sans consentement.

978 Le FSPRT est une base de données qui sert aux services de renseignement notamment pour les personnes radicalisées et dangereuses. Le but du fichier est de prévenir et appréhender une menace terroriste en mettant en œuvre une surveillance particulière. En vertu de l'article 1er al. 6 dudit décret, il permet aux préfets de département et, à Paris, au préfet de police du lieu d'hospitalisation, d'être informés, aux fins de prévention de la radicalisation, de l'éventuelle hospitalisation sans consentement d'une personne qui serait également enregistrées dans le FSPRT. Il convient de préciser que l'avis de la CNIL du 3 mai 2018 énonce que « conformément à l'article 32 de la loi Informatique et Libertés, les personnes concernées doivent être informées ». Toutefois, « Aucune mention n'est faite des conditions d'information de ces personnes ». Cette obligation d'information est prévue également par les articles 12 et 14 du RGPD. L'article 15 du RGPD prévoit un droit d'accès de la personne concernée au fichier la concernant. Or, à l'heure actuelle, aucune modalité n'est prévue dans les deux décrets.

CGLPL, rapport « Soins sans consentement et droit fondamentaux », mars 2020, p 98.

979 Conseil d'Etat, 27 mars 2020, n° 431350, n°431530, n°432306, n°432329, n°432378, n°435722.

PECHILLON E., « Hopsyweb, circulez, il n'y a rien à voir ! », Le droit en pratique, Santé mentale, n° 247, Avril 2020, p 7.

980 CGLPL, rapport « Soins sans consentement et droit fondamentaux », mars 2020, p 98.

Panfili, ces deux décrets ne prévoient aucune disposition quant à l'effacement des données relatives aux mesures de soins qui ont été déclarées irrégulières. A ce titre, il recommande un effacement de ces mesures de l'ordre juridique<sup>981</sup>.

Afin de tendre vers la reconnaissance d'un droit à l'oubli en psychiatrie, il s'agit d'étudier l'hypothèse d'une demande d'annulation de la mesure de soins, cette dernière étant considérée comme un antécédent psychiatrique.

## **b - Le droit à l'oubli des antécédents psychiatriques<sup>982</sup>**

Certains anciens patients se trouvent à ce jour en difficulté, faute de procédure clairement établie au regard du droit à l'oubli des antécédents psychiatriques<sup>983</sup> alors même que la loi du 26 janvier 2016 de *modernisation de notre système de santé* a reconnu expressément le droit à l'oubli pour les personnes ayant été atteintes d'une pathologie grave, telle que le cancer ou l'hépatite C<sup>984</sup>. Cette mesure permet, d'une part, de ne plus déclarer cette pathologie grave au moment de souscrire un contrat d'assurance emprunteur<sup>985</sup> et, d'autre part, d'accéder à une égalité de traitement au regard des autres patients, sans discrimination du fait de ses antécédents médicaux. Par la même occasion, cela permet la protection de ses informations médicales. Il garantit ainsi à tout patient qui a été malade ou qui est en voie de rémission, une protection de sa personne, de ses biens et de ses droits, bien au-delà de sa prise en charge en général et de son traitement.

Pour le patient hospitalisé en soins sans consentement, l'article L3211-5 du Code de la santé publique garantit : « qu'à l'issue de ces soins, la personne hospitalisée conserve la totalité de ses droits et devoirs de citoyen, (...), sans que ses antécédents psychiatriques puissent lui être

---

981 PANFILI J-M, « L'unification du contentieux de l'internement psychiatrique : une compétence résiduelle du juge administratif pour statuer sur le refus de retrait de la décision », *Droit, Déontologie & Soins*, 2018. Voir également site internet du CRPA : <https://psychiatrie.crpa.asso.fr/2018-11-28-Question-ecrite-sur-le-droit-a-l-oubli-en-matiere-psychiatrique>

982 Assemblée nationale, Question écrite au Gouvernement, n° 48-00014, Ministère de la justice, « Soins psychiatriques - droit à l'oubli ».

983 HAS, Recommandations de bonnes pratiques, « Aide à la rédaction des certificats et avis médicaux dans le cadre des soins psychiatriques sans consentement d'une personne majeure à l'issue de la période d'observation de 72 heures », mars 2018.

984 <https://www.gouvernement.fr/argumentaire/sante-droit-a-l-oubli-de-nouvelles-avancees>

985 Article L1141-5 du code de la santé publique.

Il appartient à la convention Aeras de déterminer les modalités et les délais au-delà desquels les personnes ayant souffert d'une pathologie cancéreuse ne peuvent se voir appliquer une majoration de tarifs ou une exclusion de garanties pour leurs contrats d'assurance emprunteur, ainsi que les délais au-delà desquels aucune information médicale relatives aux pathologies cancéreuses ne peut être recueillie par les organismes assureurs dans ce cadre.

opposés ». Cette absence d'opposition des antécédents psychiatriques à l'issue des soins s'apparente au droit à l'oubli reconnu à un patient ayant souffert d'un cancer, mais il n'est pourtant pas considéré et protégé comme tel ni par les textes, ni par la pratique.

Une affaire récente a mis en lumière les problématiques relatives à ce droit et l'intérêt de lui accorder une réelle protection. Par une décision en date du 25 janvier 2018<sup>986</sup>, la Cour de cassation a confirmé sa position issue d'une précédente décision du 11 mai 2016<sup>987</sup>. Ainsi, dans l'hypothèse d'une mainlevée prononcée par le juge judiciaire, la décision d'admission continuait à persister dans l'ordre juridique et à produire ses effets puisqu'elle ne pouvait pas être annulée par le juge judiciaire<sup>988</sup>. Par un arrêt du 24 juillet 2019, le Conseil d'Etat a décidé de renvoyer la question au Tribunal des conflits, lui laissant le soin de trancher la question de compétence aux fins d'annulation d'une décision d'admission en soins sans consentement irrégulière<sup>989</sup>. Le Tribunal des conflits s'est prononcé dans une décision du 9 décembre 2019 en reconnaissant le juge judiciaire compétent « pour apprécier non seulement le bien-fondé mais également la régularité d'une mesure d'admission en soins psychiatriques sans consentement et les conséquences qui peuvent en résulter et le cas échéant, d'en prononcer l'annulation »<sup>990</sup>.

La situation est désormais clarifiée puisque le juge judiciaire est reconnu compétent pour annuler toute mesure d'admission en soins sans consentement déclarée irrégulière afin de respecter le droit à l'oubli du patient en soins sans consentement. Ce jugement d'annulation s'imposera aux responsables des traitements Hopsyweb qui l'enregistreront systématiquement, pour la faire disparaître au sein des fichiers. Une telle décision constitue un progrès conséquent en termes de protection du droit à l'oubli des antécédents psychiatriques.

Au-delà de la nécessité d'accorder plus de place à l'avis du patient et de consacrer un véritable droit à l'oubli, il est aussi nécessaire de développer les droits de la défense du patient hospitalisé sans consentement.

---

986 Cour de cassation, Chambre civile 1, 25 janvier 2018, n°1740066.

987 Cour de cassation, Chambre civile 1, 11 mai 2016, n°1516233.

988 PANFILI J-M, « L'unification du contentieux de l'internement psychiatrique : une compétence résiduelle du juge administratif pour statuer sur le refus de retrait de la décision », Droit, Déontologie & Soins, 2018.

989 Conseil d'Etat, 24 juillet 2019, n° 428518.

990 Tribunal des Conflits, 9 décembre 2019, n° C4174.

## **B – Les droits de la défense**

Dans le cadre du contrôle de la mesure de soins sans consentement devant le JLD, il est nécessaire, d'une part d'améliorer le recours obligatoire à l'avocat pour le patient hospitalisé (1) et, d'autre part de favoriser la comparution de ce dernier lors de l'audience (2).

### ***1 – Le libre choix et les modalités de saisine de l'avocat***

Depuis la loi du 27 septembre 2013, l'assistance de l'avocat est obligatoire pour toutes les audiences devant le JLD, que le patient soit présent ou absent<sup>991</sup>. Cette loi permet une réaffirmation des droits de la défense du patient admis en soins sans consentement. Néanmoins, une ordonnance du JLD du TGI de Meaux met en exergue les atteintes aux droits en l'absence de l'assistance d'avocat auprès du patient lors d'une audience<sup>992</sup>. En l'espèce, une femme a fait l'objet d'une mesure de soins à la demande d'un tiers. Le 19 juin 2014, cette patiente est admise, puis le 27 juin 2014, le directeur de l'établissement saisit le juge des libertés et de la détention afin qu'il contrôle la régularité de la mesure de soins sans consentement. L'avocat conteste la régularité de cette procédure pour plusieurs motifs, dont celui de l'absence d'information de l'avocat de la personne hospitalisée par le directeur de l'établissement, alors que la patiente a expressément souhaité contacter son avocat. Par conséquent, l'impossibilité pour la patiente de contacter son propre avocat entre le jour de son hospitalisation et le jour de la saisine du juge des libertés et de la détention porte atteinte à un droit fondamental rappelé expressément à l'article L 3211-3 du Code de la santé publique : « le droit de prendre conseil auprès de l'avocat de son choix »<sup>993</sup>. En définitive, le non-respect de ce droit est constitutif d'un vice de forme entraînant l'irrégularité de la procédure et emporte ainsi, la mainlevée de la mesure de soins sans consentement comme l'a récemment rappelé la Cour de cassation dans une décision en date 18 décembre 2020<sup>994</sup>. Pour Juliette Dugne, à travers cette décision, certains auteurs voient une intrusion supplémentaire du juge judiciaire dans le milieu médical, d'autres attestent que cette décision assoit une protection des

---

991 Article R 3211-8 du Code de la santé publique.

Voir MONTOURCY V., « L'avocat en droit des soins psychiatriques sans consentement : entre conseil et défense », Dossier « Hospitalisation sans consentement », AJ Famille, 2016, p 29.

PANFILI J-M., these, *op. cit.*, p 150.

992 TGI de Meaux, ordonnance du 1er juillet 2014, n°14/02104.

993 Article L 3211-12-2 du Code de la santé publique.

Article R3211-13 du Code de la santé publique.

994 Cour de cassation, Chambre civile 1, 18 décembre 2020, n° 20-17.299.

droits similaires à celle de tout autre patient<sup>995</sup>. La difficulté réside dans le fait que les textes n'ont en fait pas organisé réellement la représentation du patient et ses modalités concrètes. Le CGLPL constate en effet « une implication des avocats très variable »<sup>996</sup>. Il s'agit par exemple du délai dans lequel cette désignation de l'avocat doit intervenir. Dans la pratique, cette désignation intervient concomitamment à la saisine du JLD. Pour autant, il semblerait que les avocats consultent les dossiers au greffe quelques jours avant l'audience puisque ces derniers ne leur sont pas transmis dès la désignation<sup>997</sup>. Or, les avocats devraient bénéficier d'un délai suffisant avant l'audience pour rencontrer le patient hospitalisé et étudier son dossier. De même, la rencontre entre l'avocat et le patient a fréquemment lieu le jour de l'audience, ce qui laisse peu de temps de préparation tant pour le patient que pour l'avocat<sup>998</sup>. Il serait donc opportun de proposer une rencontre obligatoire à minima quarante-huit heures avant la tenue de l'audience ou, à défaut, de réaliser un rendez-vous téléphonique pour évoquer les points qui sont soumis au débat.

Dans le même sens, la comparution du patient à l'audience reste encore insuffisamment garantie.

## ***2 – La présence du patient à l'audience : une garantie à consolider***

La présence du patient à l'audience devant le JLD pourtant prévue par les textes est souvent peu effective<sup>999</sup>. Par exception, s'il résulte du certificat d'un médecin que des motifs médicaux font obstacle à l'audition du patient, ce dernier est représenté par son avocat<sup>1000</sup>. Comme l'indique Juliette Dugne : « la motivation de ce certificat est considérée comme une garantie contre l'éviction du patient de sa propre procédure »<sup>1001</sup>. Dès lors, les médecins doivent être particulièrement vigilants dans la rédaction des certificats d'opposition à l'audience. En réalité,

---

995 DUGNE J., « Judiciarisation de la procédure de soins psychiatriques sans consentement », RDS, n°62, 2014, p 1745-1749.

996 CGLPL, rapport « Soins sans consentement et droits fondamentaux », mars 2020, p 146-147.

997 MONTOURCY V., *op.cit.*

998 MONTOURCY V., *op. cit.*

999 PANFILI J-M., thèse, *op.cit.*, p 246.

CGLPL, recommandations en urgence du 1er février 2022 relatives au centre de santé mentale Jean-Baptiste-Pussin.

1000 Voir en ce sens : PANFILI J-M., « Le juge, l'avocat et les soins psychiatriques sans consentement depuis 2011 », CRPA, 2020.

Site internet du CRPA : [https://psychiatrie.crpa.asso.fr/IMG/pdf/panfili\\_jean-marc\\_2020-09-09\\_mise\\_a\\_jour\\_analyse\\_de\\_la\\_jpdce.pdf](https://psychiatrie.crpa.asso.fr/IMG/pdf/panfili_jean-marc_2020-09-09_mise_a_jour_analyse_de_la_jpdce.pdf)

1001 DUGNE J., « Judiciarisation de la procédure de soins psychiatriques sans consentement », RDS, n°62, 2014, p 1745-1749.

le plus souvent, le patient ne se présente pas à l'audience et est représenté par un avocat commis d'office. La Cour de cassation a rappelé dans plusieurs affaires que seul un motif médical voire une circonstance insurmontable pouvait être un obstacle à l'audition. Ainsi, l'éloignement géographique est un motif irrecevable<sup>1002</sup>.

De plus, la mutualisation des salles d'audience au sein d'un seul établissement de santé ne favorise pas la présence des patients<sup>1003</sup>. En effet, le transport du patient peut être à l'origine d'une contre-indication médicale ou peut être issu d'un refus du patient<sup>1004</sup>. De ce fait, comme l'indique Jean-Marc Panfili : « le transport du patient en dehors de son établissement d'accueil, pour se rendre à une audience ne paraît pas être une solution pleinement satisfaisante »<sup>1005</sup>. Dans le même sens, l'arrêt rendu par la première chambre civile de la Cour de cassation le 17 mars 2021 vient préciser que le risque majeur de fugue n'est pas un motif médical susceptible de refuser la comparution de la personne hospitalisée sans consentement dans le cadre de l'audience devant le JLD<sup>1006</sup>.

Récemment, la crise sanitaire liée à la Covid-19 a renforcé les interrogations quant à l'effectivité de l'audition du patient devant le JLD<sup>1007</sup>. Le contexte épidémique a été considéré comme une circonstance insurmontable pour tenir une audience, que ce soit au tribunal ou dans la salle d'audience aménagée. En application de l'ordonnance du 25 mars 2020, les juridictions ont pu recourir à des moyens de télécommunication audiovisuelle ou juger sans audiencement, alors même que la visioconférence a été supprimée par la loi du 27 septembre 2013<sup>1008</sup>. Dans un certain nombre d'affaires, le CGLPL souligne que des atteintes aux droits de la défense du patient hospitalisé ont été constatées<sup>1009</sup>. En effet, l'audience s'est tenue au siège de la juridiction sans comparution du patient, et parfois en l'absence de son avocat<sup>1010</sup>, à la seule vue d'un certificat médical attestant de l'impossibilité d'assurer le transport du patient dans le respect des exigences sécuritaires ou de l'impossibilité de recourir à un moyen de

---

1002 Cour de cassation, Chambre civile 1, 12 octobre 2017, n°17-18040, publié au bulletin.

Cour de cassation, Chambre civile 1, 15 janvier 2020, n°13-13541, non publié au bulletin.

1003 Article L3211-12-1 alinéa 3 du Code de la santé publique

1004 PANFILI J.-M., *op. cit.*

1005 PANFILI J.-M., « Effectivité de l'audition du patient en soins psychiatriques sans consentement par le juge des libertés et de la détention (JLD) : des interrogations persistantes », *Droit déontologie & Soins*, 2018.

1006 Cour de cassation, Chambre civile 1, 17 mars 2021, n°19-23567.

<sup>1007</sup> HELAINE C., « Risque de fugue et comparution de la personne hospitalisée sans consentement », *Dalloz actualités, Civil, Famille-Personne*, 30 mars 2021.

<sup>1008</sup> Ordonnance n° 2020-303 du 25 mars 2020 portant adaptation de règles de procédure pénale sur le fondement de la loi n° 2020-290 du 23 mars 2020 d'urgence pour faire face à l'épidémie de covid-19.

<sup>1009</sup> CGLPL, rapport « COVID-19 : recommandations du CGLPL relatives aux établissements de santé mentale », 27 mars 2020.

<sup>1010</sup> *Ibid.*

communication au centre hospitalier<sup>1011</sup>. Toutefois, les dispositions de cette ordonnance ont été largement utilisées dans certaines régions afin de respecter au mieux le principe du contradictoire, mais il est regrettable, qu'elles n'aient pas été harmonisées sur l'ensemble du territoire national.

Si les droits du patient doivent être renforcés, ceux du citoyen hospitalisé en psychiatrie aussi.

## **§2 - La promotion de ses droits en sa qualité de citoyen**

La réinsertion sociale du patient doit être recherchée en tout état de cause<sup>1012</sup> et suppose, en principe, l'exercice de droits et libertés reconnus à tout citoyen, qui peinent pourtant à être mis en œuvre lors d'une hospitalisation complète (A). Cependant, divers outils se développent progressivement, en vue d'en assurer une plus grande effectivité (B).

### **A – Le principe de l'exercice de la citoyenneté**

Si l'hospitalisation en soins sans consentement semble constituer un frein quant à l'exercice de la citoyenneté du patient hospitalisé (1), celui placé en programme de soins semble, l'exercer plus facilement (2).

#### ***1 - Lors d'une hospitalisation complète***

Cette mesure de soins, par sa nature contraignante, a une incidence sur l'exercice des droits et devoirs de la personne hospitalisée en sa qualité de citoyen. Le fait d'être isolé dans un service, de ne pas pouvoir se déplacer librement à l'extérieur ou à l'intérieur de l'institution, ne permet pas à un patient de se réunir avec d'autres, de manifester, de participer à la vie associative ou syndicale. A ce jour, aucune disposition du Code de la santé publique ne garantit le respect de ces droits au cours d'une hospitalisation complète<sup>1013</sup>. Seul l'article L3211-5 du Code de la santé publique énonce : « une personne faisant, en raison de troubles

---

1011 CGLPL, rapport « Les droits fondamentaux des personnes privées de liberté à l'épreuve de la crise sanitaire », 17 mars au 10 juin 2020, p 45.

1012 Article L3211-11-1 du Code de la santé publique.

1013 Site internet du CRPA : <https://psychiatrie.crupa.asso.fr>



mentaux, l'objet de soins psychiatriques prenant ou non la forme d'une hospitalisation complète conserve, à l'issue de ses soins, la totalité de ses droits et devoirs de citoyen »<sup>1014</sup>.

A titre exceptionnel, le législateur a précisé la situation dans laquelle le patient hospitalisé et placé sous un régime de protection juridique peut avoir une incidence sur l'exercice individuel de certains droits et devoirs de citoyen. Hormis ce cas, tout patient doit pouvoir exercer sa citoyenneté au cours de son hospitalisation. Pourtant, la nature de la mesure de soins sans consentement ne favorise ni l'expression ni l'exercice de ces droits sauf lorsque des sorties accompagnées ou non accompagnées sont autorisées.

Différents rapports soulignent la nécessité de renforcer la citoyenneté de la personne souffrant de troubles mentaux, à travers la mise en place de plusieurs dispositifs lui permettant de retrouver une certaine autonomie<sup>1015</sup>. Il serait en effet opportun de proposer des outils de réhabilitation psycho-sociale tels que les programmes d'éducation thérapeutique du patient qui peuvent être considérés comme une première étape dans sa réinsertion. Selon la HAS, l'Education thérapeutique du patient (ETP) vise à aider le patient, à acquérir ou maintenir les compétences et des outils dont il a besoin, pour gérer au mieux sa vie quotidienne avec une maladie chronique<sup>1016</sup>. Depuis 2009, ces programmes s'inscrivent obligatoirement dans le parcours de soins du patient qu'il soit hospitalisé ou suivi en ambulatoire<sup>1017</sup>. Ils participent inévitablement à l'amélioration de sa qualité de vie, favorisent « l'empowerment » et donc, son rétablissement<sup>1018</sup>.

Dans le même sens, il est possible d'inscrire dans les projets des établissements de santé autorisés en psychiatrie la formation à la citoyenneté, comme l'avait préconisé Michel Laforcade<sup>1019</sup>. Elle pourrait s'apparenter à un programme d'éducation thérapeutique du patient centré sur la citoyenneté. C'est d'ailleurs en ce sens, que s'est développé depuis 2016, le

---

1014 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.

1015 LAFORCADE M., rapport relatif à la santé mentale, octobre 2016, p 78.

COUTY E., rapport « Missions et organisation de la santé mentale et de la psychiatrie », janvier 2009, p18.

CGLPL, rapport « Soins sans consentement et droits fondamentaux », Dalloz, mars 2020, p 78.  
HAS, « Soutenir et encourager l'engagement des usagers dans les secteurs social, médico- social et sanitaire », juillet 2020.

1016 HAS, Recommandations « Éducation thérapeutique du patient. Définition, finalités et organisation », Juin 2007.

1017 Loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires.

Arrêté du 14 janvier 2015 relatif au cahier des charges des programmes ETP et à la composition du dossier de demande de leur autorisation et de leur renouvellement.

1018 VOEGEL S., « De l'ETP pour retrouver sa citoyenneté », Santé mentale, février 2019.

1019 LAFORCADE M., *op. cit.*, p 78.

programme ETP Citoyenneté au sein du Centre hospitalier spécialisé EPSAN à Brumath<sup>1020</sup>. Celui-ci se déroule en totalité dans la cité afin que les patients participants prennent conscience d'un sentiment d'appartenance à la société<sup>1021</sup>. Ce programme permet d'aborder des thèmes relatifs aux valeurs de la République ou à l'organisation de la cité. Il peut s'agir de discussions et d'animations sur une thématique concernant l'engagement citoyen ou d'une visite d'un lieu emblématique par exemple. Pourtant, à ce jour, très peu d'établissements ont engagé des réflexions institutionnelles ou territoriales sur ce sujet et ont développé de tels programmes ETP.

En tout état de cause, le constat d'un difficile exercice des droits et devoirs de citoyen du fait de la nature du régime de soins doit être relativisé, dans l'hypothèse où le patient est placé en programme de soins.

## ***2 – Lors d'un programme de soins***

Le programme de soins (PDS) est une mesure de soins singulière<sup>1022</sup> qui peut être mise en œuvre soit au domicile du patient, soit au sein des centres de postcure ou des appartements thérapeutiques, dès lors que l'état du patient est stabilisé. Ces structures extra hospitalières permettent d'assurer un suivi rapproché du patient avec une présence constante de professionnels de santé et offrent un accompagnement intensif, lui garantissant une réinsertion dans la cité. Le PDS paraît véritablement adapté à l'exercice de tous les droits fondamentaux du patient puisque cette mesure ne peut, comme le législateur l'indique, être réalisée sous la contrainte. Cette mesure ambulatoire lui garantit une véritable liberté d'aller et venir. Ainsi, le patient placé en programme de soins et pris en charge à temps plein dans un Centre de postcure, peut tout à fait participer à une manifestation, peut assister à des réunions extérieures pour n'importe quel motif s'il le souhaite, être syndiqué, voire, assurer une permanence au local du syndicat et il peut participer activement à la vie associative. Dans ce cadre, les droits et devoirs de citoyen semblent être garantis et exercés sans qu'aucune restriction ne puisse intervenir. Elles font donc partie intégrante du quotidien du patient. La seule « contrainte » imposée est la présence du patient à ses rendez-vous médicaux en Centre médico-psychologique (CMP) pour réaliser l'entretien et le certificat mensuel du PDS.

---

1020 Situé dans le Bas-Rhin, 67.

1021 VOEGEL S., « De l'ETP pour retrouver sa citoyenneté », Santé mentale, février 2019.

1022 HAS, Guide « Programme de soins psychiatriques sans consentement. Mise en œuvre », mars 2021, p20.

Que la personne soit en hospitalisation complète ou en PDS, elle conserve le même statut administratif des soins sans consentement. Pour autant, à la différence de l'hospitalisation complète, le patient sous PDS dispose d'une véritable liberté d'action et conserve une autonomie décisionnelle. Dans ce cadre, il n'a pas besoin de sorties autorisées, avec ou sans accompagnement, pour exercer ses droits et devoirs de citoyen. Il dispose donc d'une capacité d'agir plus importante que lorsqu'il est hospitalisé sous la forme d'une hospitalisation complète.

Divers dispositifs veillent à intensifier l'inclusion sociale et la citoyenneté de la personne souffrant de troubles psychiatriques et présentent un intérêt particulier pour le patient hospitalisé sur une longue durée.

## **B - Les outils garantissant l'exercice de la citoyenneté**

Selon les termes de l'article L3211-3 du Code de la santé publique « en toutes circonstances, la réinsertion du patient doit être recherchée ». La simple recherche ne nous paraît pas aujourd'hui suffisante, par conséquent, il serait opportun que le législateur renforce cette approche orientée vers le rétablissement de la personne malade par une reconnaissance et un déploiement d'outils spécifiques tels que la pair-aidance (1) et l'accompagnement social<sup>1023</sup> (2).

### ***1 - La pair-aidance***

La pair-aidance repose sur l'entraide entre personnes souffrant ou ayant souffert d'une maladie psychiatrique<sup>1024</sup>. Dans le rapport relatif à *la santé mentale* en date du mois d'octobre 2016, Michel Laforcade souligne qu'elle a « une vocation de réhabilitation psychosociale,

---

1023 Voir Ministère des solidarités et de la santé, Mise en œuvre de la feuille de route « Santé mentale et psychiatrie », 21 janvier 2022.

1024 VIGNAUD A., « La pair-aidance en psychiatrie : se rétablir, innover et donner du sens », *Annales Médico-Psychologiques* n°175, 2017, p. 736-740.

GESMOND T., CINGET A., ESTECAHANDY P., Document de travail « La pair-aidance », Ministère du Logement et de l'Habitat durable, 13 juillet 2016.

DEMAILLY L., BELART C., DECHAMP LE ROUX C., DEMBINSKI O., FARNARIER C., « Le dispositif des médiateurs de santé pair en santé mentale : une innovation controversée », Rapport final de la recherche évaluative qualitative sur le programme expérimental 2012-2014, CNSA, 2014, p11. [https://www.gouvernement.fr/sites/default/files/contenu/piece-jointe/2016/09/note\\_pair\\_aidance.pdf](https://www.gouvernement.fr/sites/default/files/contenu/piece-jointe/2016/09/note_pair_aidance.pdf)

permet de favoriser l'inclusion sociale et de réduire la stigmatisation »<sup>1025</sup>. Cette démarche d'entraide offre à des personnes fragilisées, la possibilité d'exprimer leur potentiel, leurs aptitudes, de s'inscrire dans une citoyenneté participative et de se soutenir entre elles. Elle a pour finalité « de faire entrer la psychiatrie dans la communauté et la communauté dans la psychiatrie », comme l'a recommandé l'OMS lors de sa conférence européenne de 2006<sup>1026</sup>. Tant la participation à des Groupes d'entraide mutuelle (a) que l'intégration de pairs-aidants bénévoles ou professionnels dans les établissements autorisés en psychiatrie (b) méritent l'attention<sup>1027</sup>.

### **a - Les Groupes d'entraide mutuelle**

La loi dite « *handicap* » en date du 11 février 2005<sup>1028</sup> a créé les Groupes d'entraide mutuelle (GEM) structurés sous forme associative. Dans son rapport en 2016, Michel Laforcade soutient la création des associations d'anciens usagers sur le principe de l'entraide par les pairs usagers ou les familles<sup>1029</sup>. Selon une étude qualitative menée en 2017, les GEM constituent un véritable outil thérapeutique : « la parole des personnes malades est prise en compte et elles retrouveraient progressivement, grâce à leur implication, leur qualité d'acteur de leur propre santé »<sup>1030</sup>. A ce titre, la feuille de route *Santé mentale et psychiatrie* du 28 juin 2018 propose l'élargissement de l'offre des GEM sur le territoire national ainsi que leur diversification auprès de différents publics<sup>1031</sup>. En effet, le CGLPL rappelle dans son rapport en mars 2020, qu'ils ont pour objectif : « d'assurer le maintien du lien social et de lutter contre l'isolement des personnes souffrant de troubles psychiatriques »<sup>1032</sup>. Ils constituent un lieu d'échanges et d'écoute, et à travers le partage d'expériences, les personnes malades récupéreront une certaine autonomie<sup>1033</sup>.

---

1025 LAFORCADE M., rapport relatif à la santé mentale, octobre 2016, p 78. Ministère des Solidarités et de la santé, Feuille de route santé mentale et psychiatrie, action n°34, jeudi 28 juin 2018.

Voir site internet : vie-publique.fr

1026 OMS, Rapport de la Conférence ministérielle européenne de l'OMS « Santé mentale : relever les défis, trouver des solutions », 2006.

1027 Voir en ce sens, CHASSAGNOUX A., GAYE P-Y., *Infirmier en pratique avancée- IPA, mention psychiatrie et santé mentale*, Foucher, collection IPA, 2022, p 230.

1028 Loi n° 2005-102 du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées.

Articles L 114-1-1 et L 114-3 du Code de l'action sociale et des familles.

1029 LAFORCADE M., *op. cit.*, p 78.

1030 ANCREAI, Evaluation qualitative des effets produits par les GEM sur les situations de vie de leurs adhérents, novembre 2017, p 134.

1031 Ministère des solidarités et de la santé, Feuille de route santé mentale et psychiatrie, action n°34, jeudi 28 juin 2018.

Voir site internet : vie-publique.fr

1032 CGLPL, rapport « Droits fondamentaux et soins sans consentement », mars 2020, p 79.

1033 *Ibid.*

En effet, le GEM est un outil de réinsertion sociale et citoyenne qui doit être développé, comme l'a rappelé Sophie Cluzel lors du point d'étape de la feuille de route en janvier 2022<sup>1034</sup>, et profiter tant au patient suivi en ambulatoire qu'au patient hospitalisé. Leur positionnement dans le parcours de soins et de vie est à clarifier, et il est nécessaire de leur accorder une meilleure visibilité dans l'offre de soins territoriale, pour favoriser les partenariats et les soutenir dans le déploiement d'une diversité d'actions et de projets coordonnés. De ce fait, des rencontres entre les établissements de santé et les GEM devraient être organisées chaque année, afin de promouvoir l'interconnaissance et de déterminer leur positionnement. Plus encore, il serait opportun que les GEM réalisent des présentations directement auprès des patients et de leurs familles pour renforcer leur visibilité. Grâce à de telles initiatives, de nouveaux GEM pourraient peut-être émerger.

A côté de ces GEM, il existe aussi des médiateurs de santé pairs.

## **b - Les médiateurs de santé pairs**

Selon Fabrice Gentner, le médiateur de santé pair se définit comme « un professionnel non soignant qui a un vécu de personne soignée »<sup>1035</sup>. A l'initiative du Centre Collaborateur de l'Organisation Mondiale de la Santé pour la recherche et la formation en santé mentale (CCOMS), la formation des médiateurs de santé pairs a pu être lancée en France<sup>1036</sup>. Leur formation a été développée en 2011 par la Fédération Nationale des Associations d'Usagers en Psychiatrie à l'université Paris XIII qui délivre le diplôme de « sciences sanitaire et sociale, mention médiateurs »<sup>1037</sup>.

Après l'obtention de leur diplôme, ils sont employés par les établissements du secteur

---

1034 Ministère des solidarités et de la santé, Mise en œuvre de la feuille de route « Santé mentale et psychiatrie », 21 janvier 2022.

1035 GENTNER Fabrice, « Un médiateur de santé pair dans une équipe de réhabilitation psychosociale », Soins aides soignantes, 2019, n°91, p 24-25.

HUDE W., PINET E., « Les médiateurs de santé pair : une profession en devenir », Information psychiatrique, 2020 ; volume 96, n°7, p 527-532.

CGLPL, rapport « Droits fondamentaux et soins sans consentement », mars 2020, p 79.

1036 Site internet du Centre Collaborateur de l'Organisation Mondiale de la Santé pour la recherche et la formation en santé mentale : <https://www.ccomssantementalelillefrance.org>

1037 CGLPL, *op. cit.*

Voir site internet de l'Université Paris 13 : <https://leps.univ-paris13.fr/fr/formations/licence-sss-mention-mediateurs-de-sante.html>

sanitaire, social ou médico-social ou exercent cette mission à titre bénévole<sup>1038</sup>. Dans tous les cas, ils font partie intégrante d'une équipe de soins. Leur immersion au sein des services hospitaliers est un véritable atout car ils peuvent partager leur vécu de la maladie mentale tant auprès des soignants que des patients et ils jouent un rôle essentiel, dans la diminution de la stigmatisation. Pourtant, le CGLPL a constaté que les médiateurs de santé pairs sont insuffisamment présents au sein des établissements de santé autorisés en psychiatrie. Il relève en effet le besoin de réflexion supplémentaire quant à l'attribution d'un véritable statut<sup>1039</sup>. En ce sens, la feuille de route *Santé mentale et psychiatrie* rappelle la nécessité d'engager une réflexion quant à leur rôle et leurs missions, afin de les déployer progressivement sur l'ensemble du territoire national<sup>1040</sup>. Dans ce cadre, des rencontres à l'échelle territoriale devraient être organisées entre les acteurs de la psychiatrie, le centre de formation ou directement auprès des médiateurs de santé pairs en exercice. Ces échanges permettraient d'identifier les besoins des établissements, d'avoir une meilleure connaissance des missions et de la capacité d'agir des médiateurs de santé pairs et enfin, de déterminer leur place, au sein d'une équipe de soins.

Afin de conforter le droit à la réinsertion du patient hospitalisé sans consentement, il nous paraît opportun de favoriser le déploiement de dispositifs d'accompagnement social qui ont un effet favorable sur le pouvoir d'agir du patient en sa qualité de citoyen. Bien évidemment, ces dispositifs sont ouverts à l'ensemble des patients hospitalisés mais ils présentent un intérêt particulier pour les patients en sortie d'hospitalisation sans consentement souffrant d'une pathologie chronique.

---

1038 FRANCK N., CELLARD C., MARIOTTI P., *Pair-aidance en santé mentale : une entraide professionnalisée*, Elsevier Masson, 2020, p 286.

CERVELLO S., « Bénéfices de la pair-aidance dans les troubles psychiques sévères », *EMC PSYCHIATRIE*, 2020, volume 17-4, n°37, p 1-6.

1039 CGLPL, rapport « Droits fondamentaux et soins sans consentement », mars 2020, p 80. Centre ressource réhabilitation psychosociale de Lyon, Guide pratique « Comment intégrer un travailleur pair dans une équipe de santé mentale ? », Septembre 2019.

DEMAILLY L., DEMBINSKI O., CASSAN D., DECHAMP, LE ROUX C., SOULE J., BELART C., Rapport final de la recherche évaluative qualitative sur le programme expérimental 2012-2014, « Le programme expérimental des Médiateurs de Santé-Pairs en santé mentale », septembre 2014.

1040 Ministère des solidarités et de la santé, Feuille de route santé mentale et psychiatrie, action n°34, jeudi 28 juin 2018.

BERTAUD E., « Evolution et enjeux à venir de la pair-aidance dans le champ de la psychiatrie en France », *Evolution psychiatrique*, 2021, volume 86, n°1, p 17-24.

LAUNAY C., MAUGIRON P., « Intégration d'un médiateur de santé-pair dans une équipe de soins, son rôle et ses fonctions », *Annales médico psychologiques*, 2017, volume 175, n°8, p 741-746.

## 2 - Les dispositifs d'accompagnement social

Le rétablissement et l'inclusion dans la collectivité de l'individu hospitalisé en psychiatrie à l'issue de son parcours de soins nécessite un soutien des pouvoirs publics. A cet égard tant le dispositif dit du logement accompagné (a) que celui de l'accompagnement vers et dans l'emploi (b) semblent intéressants à développer.

### a - L'apport du logement accompagné

Selon le décret du 27 juillet 2017, le Projet territorial de santé mentale (PTSM) doit favoriser l'évolution de l'offre de logement et d'hébergement autonome ou accompagné des patients sur un territoire précis<sup>1041</sup>. La feuille de route *Santé mentale et psychiatrie* du 28 juin 2018 rappelle également, la nécessité de prioriser l'accès et le maintien au logement ainsi que l'accompagnement social des personnes souffrant de troubles mentaux sévères et persistants : « le logement constitue l'une des conditions de l'inclusion des personnes »<sup>1042</sup>. Dans ce cadre, les textes préconisent le développement de l'offre de logement notamment l'habitat inclusif<sup>1043</sup> ou le développement du dispositif « Un chez soi d'abord »<sup>1044</sup>.

Ce dernier, porté par la Délégation interministérielle à l'hébergement et à l'accès au logement (DIHAL), a été pérennisé et intégré dans le Code de l'action sociale et des familles par le décret du 28 décembre 2016 après avoir été expérimenté à Marseille, Lille, Toulouse et Paris durant six ans<sup>1045</sup>. Depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2017, il a été généralisé à l'ensemble du territoire. En 2022, 16 nouveaux sites seront intégrés avec un total de 2000 places ouvertes. Il concerne principalement « les personnes sans logement fixe présentant des troubles psychiatriques sévères qui échappent aux dispositifs classiques de prise en charge sanitaire et sociale et leur propose une orientation directe vers le logement depuis la rue ou à la sortie de leur

---

1041 Décret n° 2017-1200 du 27 juillet 2017 relatif au projet territorial de santé mentale.

1042 Ministère des solidarités et de la santé, Feuille de route santé mentale et psychiatrie, action n°36, jeudi 28 juin 2018.

Voir site internet : [vie-publique.fr](http://vie-publique.fr)

Ministère de la Cohésion des territoires, Plan quinquennal pour le logement d'abord et la lutte contre le sans-abrisme, 2018 – 2022.

1043 Loi n° 2018-1021 du 23 novembre 2018 portant évolution du logement, de l'aménagement et du numérique.

1044 Ministère des solidarités et de la santé, Feuille de route santé mentale et psychiatrie, action n°36, jeudi 28 juin 2018.

Ministère des solidarités et de la santé, Mise en œuvre de la feuille de route « Santé mentale et psychiatrie », 21 janvier 2022.

Site internet Soliha : <https://www.soliha31.fr/nos-actions/gestion-locative-sociale/un-chez-soi-dabord/>

1045 Décret n° 2016-1940 du 28 décembre 2016 relatif aux dispositifs d'appartements de coordination thérapeutique « Un chez-soi d'abord ».

hospitalisation complète, en leur assurant un accompagnement au domicile, pluridisciplinaire et médico-social »<sup>1046</sup>. L'objectif de ce dispositif est de responsabiliser la personne tout en poursuivant son accompagnement vers le rétablissement, quel que soit son parcours résidentiel. L'équipe intervenant auprès de ce patient est pluridisciplinaire et comprend également des pairs-aidants. A titre indicatif, « cinq ans après la mise en place de l'expérimentation parisienne, 96% des personnes intégrées sont toujours suivies, dont 86% sont toujours dans le logement et 80% reçoivent des soins de santé mentale »<sup>1047</sup>.

De plus, la feuille de route *Santé mentale et psychiatrie* recommande de développer un accompagnement adapté dans ce logement. En ce sens, l'accompagnement social du patient se réalise dès l'hospitalisation psychiatrique, par le biais d'une évaluation sociale des besoins et des attentes de la personne malade, afin de lui trouver un logement adéquat. Par l'instauration d'équipes de psychiatrie délivrant des soins de réhabilitation, l'ensemble des modalités de soins et d'accompagnement doivent être définies pour garantir la capacité de la personne à se loger ou à maintenir son logement. Ainsi, un travail de réinsertion tout au long de l'hospitalisation complète permet d'anticiper les éventuelles difficultés lors du retour à domicile après l'hospitalisation. Des partenariats avec les bailleurs sociaux doivent inévitablement se développer ainsi que des actions d'information auprès du voisinage afin de sensibiliser à la santé mentale, pour qu'ils puissent également agir en amont ou en aval de l'hospitalisation en soins sans consentement<sup>1048</sup>.

Par ailleurs, la situation professionnelle constitue, tout comme le logement, un facteur essentiel de la réadaptation sociale du patient<sup>1049</sup>.

## **b - L'apport de l'accompagnement vers et dans l'emploi** <sup>1050</sup>

La création des dispositifs d'emploi accompagné pour faciliter l'accès et le maintien en emploi des travailleurs handicapés est issue de l'article 52 de la loi du 8 août 2016 relative *au travail, à la modernisation du dialogue social et à la sécurisation des parcours*

---

1046 LAVAL C., MANTOVANI J., MOREAU D., RHENTER P., Rapport final du volet qualitatif « Un chez soi d'abord », Laboratoire de santé publique, DIHAL, 2016.

1047 Site internet de l'association Aurore : <https://aurore.asso.fr/nos-metiers/logement-accompagne>

1048 Ministère des solidarités et de la santé, Feuille de route santé mentale et psychiatrie, action n°36, jeudi 28 juin 2018.

Voir site internet : [vie-publique.fr](http://vie-publique.fr)

1049 Ministère des solidarités et de la santé, *op. cit.*, action n°35.

C'est pourquoi, il nous paraît nécessaire d'améliorer l'accompagnement de ces patients dans l'accès ou le maintien à leur emploi par le développement de dispositifs d'emploi accompagné.

1050 Ministère des solidarités et de la santé, *op. cit.*



*professionnels*<sup>1051</sup>. Dès lors, les personnes souffrant de troubles mentaux ne sont pas l'unique public concerné par de tels dispositifs. Pour autant, cet accompagnement présente un intérêt notamment pour les patients sortant d'une hospitalisation. En effet, l'offre de service concernant l'emploi des personnes malades psychiatriques paraît aujourd'hui primordiale en tant que facteur de rétablissement. Elle doit présenter une grande diversité afin de répondre au mieux à leurs besoins et à l'évolution de leur maladie selon les moments du parcours de soins et de vie. Les objectifs de cette offre de service visent en priorité l'accès et le maintien des personnes dans l'emploi en milieu ordinaire<sup>1052</sup>. A ce titre, lors du point d'étape de la feuille de route *santé mentale et psychiatrie*, Sophie Cluzel a mis en avant « les avancées de la politique active d'insertion dans l'emploi » pour les personnes en situation de handicap psychique<sup>1053</sup>.

Concernant un accompagnement social renforcé, le secteur protégé et le secteur adapté sont préconisés, notamment les établissements et services d'aide par le travail (ESAT) et les entreprises adaptées. En effet, l'offre, dans ces deux secteurs, s'adapte aux besoins spécifiques des publics présentant un handicap psychique. Ils prévoient par exemple : « la possibilité d'adapter le temps de travail, mais aussi la préservation des compétences intellectuelles des personnes malades avec des professionnels formés à la spécificité de la maladie psychiatrique »<sup>1054</sup>. Dans cette perspective, des passerelles devraient être développées entre le secteur protégé et le milieu ordinaire par exemple, par le biais des ESAT hors les murs.

Au-delà de la consolidation attendue des droits fondamentaux de la personne malade tant en sa qualité de patient hospitalisé sans consentement que de citoyen, il nous semble judicieux d'adapter les voies de recours qui lui sont actuellement reconnues.

## **Section 2 - L'adaptation des voies de recours à sa disposition**

La pluralité des voies de recours non contentieuses et contentieuses à la disposition du patient hospitalisé sans son consentement manque encore de lisibilité. D'un côté, il nous semble

---

1051 Loi n° 2016-1088 du 8 août 2016 relative au travail, à la modernisation du dialogue social et à la sécurisation des parcours professionnels.

1052 Instruction interministérielle du 14 avril 2017 relative aux modalités de mise en œuvre du dispositif d'emploi accompagné prévu par le décret n°2016-1899 du 27 décembre 2016 modifié.

1053 Ministère des solidarités et de la santé, Mise en œuvre de la feuille de route « Santé mentale et psychiatrie », 21 janvier 2022.

1054 Site internet du ministère du travail, de l'emploi et de l'insertion : <https://travail-emploi.gouv.fr/droit-du-travail/handicap-et-travail/article/esat-etablissements-ou-services-d-aide-par-le-travail>

essentiel d'adapter les voies de recours non contentieuses (§1). D'un autre côté, il est également opportun d'envisager une unification des voies de recours contentieuses (§2).

## **§1 – L'ajustement des voies de recours non contentieuses**

Diverses autorités ou commissions disposent de compétences en matière psychiatrique. Pour autant, il convient d'une part, de s'interroger sur l'efficacité de leur contrôle (A). D'autre part, elles doivent être mises en mesure d'exercer plus efficacement leurs missions, il convient alors de se questionner sur l'opportunité d'étendre leurs prérogatives (B).

### **A – Les prérogatives actuellement limitées des instances de contrôle**

Le contrôle administratif des mesures de soins psychiatriques porte tant sur les conditions juridiques que sur les conditions matérielles d'admission, de séjour et de sortie des personnes hospitalisées sans leur consentement<sup>1055</sup>. Il s'agit d'étudier successivement la diversité des autorités administratives indépendantes (1) et des commissions de contrôle (2) habilitées à le réaliser<sup>1056</sup>.

#### ***1 - Les compétences des autorités administratives indépendantes***

En termes de protection des droits du patient hospitalisé en soins sans consentement, deux Autorités administratives indépendantes (AAI) méritent une attention particulière : le Contrôleur général des lieux de privation de liberté (CGLPL) (a) et le Défenseur des droits (b).

#### **a - Les missions insuffisantes du Contrôleur général des lieux de privation de liberté**

Le CGLPL a la faculté de visiter tous les lieux de privation de liberté, particulièrement les établissements de santé publics autorisés en psychiatrie prenant en charge des patients en

---

1055 CASTAING C., « Les contrôles administratifs des mesures de soins psychiatriques sans consentement », Hospitalisations sans consentement sous la direction de Xavier Cabannes et Mikael Benillouche, CEPRISCA, p 163.

1056 CASTAING C., *op. cit.*, p 164.

soins sans consentement. Avant toute visite, il informe le directeur de l'établissement<sup>1057</sup>, et en certaines hypothèses, l'administration hospitalière peut s'y opposer en justifiant des « motifs graves et impérieux » conformément à l'article 8-1 de la loi du 26 mai 2014, en proposant alors un report de la visite<sup>1058</sup>. Or, une première limite apparaît en l'espèce, puisqu' aucune disposition ne permet au CGLPL de vérifier la pertinence ou le bien-fondé des motifs invoqués ni de passer outre l'opposition formulée par les responsables de l'établissement<sup>1059</sup>.

Une seconde limite concerne les interventions du CGLPL au sein des institutions psychiatriques. En effet, les visites du CGLPL permettent de mettre en évidence les préoccupations rencontrées quant au respect des droits fondamentaux des patients hospitalisés. La loi du 26 mai 2014 a certes étendu ses moyens d'action : ainsi, il peut « lors de ses visites interroger toute personne susceptible de l'éclairer sur le fonctionnement de l'institution, par exemple le personnel administratif, les professionnels de santé et surtout le patient hospitalisé »<sup>1060</sup>. A cette occasion, le CGLPL a « la faculté d'informer le procureur de la République de faits qui laisseraient présumer la réalisation d'une infraction pénale et saisit sans délai, les autorités compétentes de toute violation grave des droits fondamentaux des personnes privées de liberté »<sup>1061</sup>. La loi autorise également les contrôleurs ayant la qualité de médecins à accéder à des informations couvertes par le secret médical avec l'accord de la personne concernée<sup>1062</sup>. A ce titre, « ils peuvent se faire communiquer la décision de placement, de maintien ou de levée de l'hospitalisation ainsi que tous les documents justifiant cette prise de décision »<sup>1063</sup>. Pour autant, le CGLPL constate des situations attentatoires aux droits fondamentaux et les signale auprès des autorités compétentes mais il ne dispose d'aucun pouvoir d'injonction ni de sanction à l'égard des établissements visités. Ainsi, s'il ne fait pas de recommandations en urgence auprès du gouvernement, certaines problématiques rencontrées perdurent jusqu'à la prochaine visite du CGLPL, sans même que l'établissement ne soit pénalisé.

---

1057 Règlement de service du Contrôleur général des lieux de privation de liberté, 2018, article 2.1.4.

1058 Loi n° 2014-528 du 26 mai 2014 modifiant la loi n° 2007-1545 du 30 octobre 2007 instituant un Contrôleur général des lieux de privation de liberté.

1059 MARECHAL J.-Y., « Le contrôleur général des lieux de privation de liberté et les soins psychiatriques imposés », Hospitalisations sans consentement sous la direction de Xavier CABANNES et Mikael Benillouche, CEPRISCA, collection colloques, p189.

1060 Loi n° 2014-528 du 26 mai 2014 modifiant la loi du 30 octobre 2007 instituant un Contrôleur général des lieux de privation de liberté.

1061 Article 9 de la loi n° 2007-1545 du 30 octobre 2007 instituant un Contrôleur général des lieux de privation de liberté.

1062 Cet accord n'étant pas requis, lorsque sont en cause des atteintes à l'intégrité physique ou psychique commises sur un mineur ou sur une personne qui n'est pas en mesure de se protéger en raison de son âge ou de son incapacité physique ou psychique.

1063 Article 14 du Décret n° 2008-246 du 12 mars 2008 relatif au Contrôleur général des lieux de privation de liberté.

De plus, à l'issue de chaque visite, le CGLPL est tenu de rendre un rapport dans lequel il soumet des avis sur les projets de restructuration, réhabilitation des établissements de santé visités ; il émet également des recommandations afin d'améliorer leur fonctionnement et la prise en charge pour un meilleur respect des droits. Les recommandations en urgence sont rares ; pourtant, d'après le CGLPL, elles exercent une réelle influence sur le terrain car il est fréquent de voir les pratiques évoluer<sup>1064</sup>.

Par la publication de son rapport annuel d'activité et des différents rapports thématiques, le CGLPL semble disposer d'une certaine influence tant sur la politique et la démarche éthique des établissements de santé que sur les autorités publiques et le gouvernement par le biais de ses recommandations<sup>1065</sup>. En effet, il peut proposer toute modification des dispositions législatives et réglementaires applicables, ce qui a récemment été le cas, par l'introduction au sein du dispositif législatif de la réduction du recours aux mesures d'isolement et de contention<sup>1066</sup>. Pour autant, le CGLPL soulève dans son dernier rapport d'activité « la désinvolture, avec laquelle sont traitées les recommandations par les ministères auxquels elles sont adressées »<sup>1067</sup>. L'objectif serait de les intégrer dans des plans d'actions et d'en garantir la mise en œuvre, ce qui n'est pas encore le cas aujourd'hui.

De notre point de vue, ses prérogatives demeurent relativement limitées tout comme celles du Défenseur des droits, même s'il contribue indéniablement à l'amélioration des dispositifs légaux protecteurs des droits fondamentaux des personnes privées de liberté<sup>1068</sup>.

## **b – La place accessoire du Défenseur des droits**

Cette autorité administrative indépendante créée par la loi constitutionnelle du 23 juillet 2008 de *modernisation des institutions de la Ve République* rassemble en son sein quatre autres autorités administratives<sup>1069</sup>. Sur le fondement de l'article 71-1 de la Constitution, l'une de ses

---

1064 CGLPL, rapport d'activité 2020, Dossier presse, p 4.

1065 CGLPL, rapport « Les droits fondamentaux des personnes privées de liberté à l'épreuve de la crise sanitaire du 17 mars au 10 juin 2020 », 2 juillet 2020.

1066 Loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé, article 72.

1067 CGLPL, op.cit., p 4.

1068 MARECHAL J-Y., « Le contrôleur général des lieux de privation de liberté et les soins psychiatriques imposés », Hospitalisations sans consentement sous la direction de Xavier CABANNES et Mikael Benillouche, CEPRISCA, collection colloques, p189.

1069 Les quatre autres AAI sont les suivantes : le Médiateur de la République, la Commission nationale de déontologie et de la sécurité, le Défenseur des enfants et la Haute autorité de lutte contre les discriminations et pour l'égalité.

missions principales est de « veiller au respect des droits fondamentaux ». Il doit permettre l'égalité de tous dans l'accès aux droits et assure également, une mission de médiation avec les services publics.

Le CGLPL et le Défenseur des droits sont deux autorités administratives indépendantes ayant des missions très proches en termes de protection des droits. A ce titre, une convention a été conclue le 8 novembre 2011<sup>1070</sup>. Cette convention a pour finalité de répartir le rôle et les prérogatives entre ces deux institutions et prévoit notamment, que lorsque le Défenseur des droits reçoit une réclamation entrant dans le domaine d'intervention du CGLPL, il saisit ce dernier conformément à l'article 6 de la loi 30 octobre 2007<sup>1071</sup>. C'est pour cela que le Défenseur des droits intervient très marginalement en faveur du patient hospitalisé en soins sans consentement.

Il s'agit toutefois de mettre en lumière la première limite constatée dans les missions du Défenseur des droits. En effet, il ne peut être saisi qu'en présence d'une mission de service public, que la personne soit prise en charge par une personne publique ou privée. Concernant la saisine, il peut être saisi gratuitement d'une part, par toute personne qui s'estime victime d'un dysfonctionnement d'un service public ou d'une atteinte à l'un de ses droits et d'autre part, par toute personne tierce ayant connaissance d'une telle situation. Ainsi, toute personne sans considération de son statut juridique, dès lors qu'elle est prise en charge dans un établissement répondant à une mission de service public hospitalier peut saisir le Défenseur des droits. Or, en psychiatrie, comme nous le savons de nombreux patients sont pris en charge dans des établissements de santé autorisés en psychiatrie mais ces derniers ne répondent pas tous à une mission de service public hospitalier conformément aux articles L 6112-1 et L 6112-3 du Code de la santé publique. Dans ce cadre, il ne peut en effet jouer son rôle de médiateur à l'égard des patients pris en charge dans ce type d'établissement de santé puisque la condition de mission de service public hospitalier fait défaut. Concernant spécifiquement les soins sans consentement, le droit d'y recourir est garanti car la majorité de ces patients sont pris en charge dans des structures répondant à une mission de service public hospitalier.

---

La loi organique n° 2011-333 du 29 mars 2011 relative au Défenseur des droits, ajoute des missions spécifiques telles que la promotion de l'intérêt supérieur de l'enfant, la lutte contre les discriminations et le respect de la déontologie par les personnes exerçant des activités de sécurité.

Depuis la loi n°2016-1691 du 9 décembre 2016 relative à la transparence, à la lutte contre la corruption et à la modernisation de la vie économique, le Défenseur des droits est compétent pour protéger « dès le lancement de l'alerte, des lanceurs d'alerte s'estimant victimes de mesures de représailles ».

1070 Convention entre le Défenseur des droits et le contrôleur général des lieux de privation de liberté, article 1er de la convention du 8 novembre 2011, publiée sur le site internet du CGLPL : <https://www.cglpl.fr/>

1071 MARECHAL J-Y., *op. cit.*, p 185.

Par ailleurs, les compétences du Défenseur des droits lui permettent de se charger d'une pluralité de problématiques telles que le refus d'accès au dossier médical, une situation de maltraitance sur personne vulnérable admise en établissement de santé ou encore la révélation de dysfonctionnements ou de situations abusives touchant les droits fondamentaux. Outre son pouvoir d'enquête et d'injonction, il dispose d'une mission de rédaction de recommandations ou de rapports qui peuvent en cas d'inertie être rendus public. Ces derniers sont certes publiés mais étant donné qu'ils ne sont assortis d'aucune sanction ; leurs impacts sont en réalité très limités. Ainsi, le défaut de pouvoir de sanction du Défenseur des droits constitue à notre sens une limite de son champ d'intervention.

De plus, la reconnaissance importante du rôle et des missions du CGLPL en psychiatrie, nous paraît restreindre le champ d'action du Défenseur des droits. A la différence du CGLPL, il peut « aider à la sanction » par la saisine de l'autorité disciplinaire compétente ou par son intervention devant le juge compétent<sup>1072</sup>. Dans l'hypothèse d'une situation urgente et potentiellement attentatoire aux droits du patient hospitalisé, le Défenseur des droits peut saisir le juge des référés en vue de toute mesure utile. Dans le même sens, les juridictions civiles, administratives et pénales peuvent d'office à la demande du Défenseur des droits ou celle des parties en cause, l'inviter à présenter des observations et peut, en certaines circonstances défendre les droits de la personne concernée. Il a également la faculté de saisir le Conseil d'Etat pour demander un avis relatif à l'application de textes, notamment afin d'obtenir une interprétation claire et lisible. Ainsi, le Défenseur des droits dispose d'un véritable pouvoir d'action en faveur du patient hospitalisé en soins sans consentement et d'une certaine célérité pour ester en justice. Cependant, la convention précitée ne lui permet pas d'exercer pleinement ses prérogatives qui sont pourtant complémentaires de celles du CGLPL.

En vue de renforcer sa visibilité et d'assurer sa mission de protection à l'égard des personnes hospitalisées, il a récemment créé le pôle « Droits des malades et dépendances ». En complément d'une mission de protection et d'assistance aux personnes vulnérables, la loi organique du 29 mars 2011 a confié au Défenseur des droits, une mission de « promotion des droits »<sup>1073</sup>. Dans ce cadre, cette institution s'attache dorénavant à sensibiliser à la fois les usagers et les acteurs, par la mise en place de journées d'information sur les droits reconnus à l'ensemble des usagers. Malgré cet effort, la communication sur le rôle du Défenseur des droits et sur son champ d'action reste relativement faible et accentue inévitablement le défaut

---

1072 BIOY X., *Droits fondamentaux et liberté publiques*, LGDJ, 6ème édition, 2020, p 293.

1073 Loi organique n° 2011-333 du 29 mars 2011 relative au Défenseur des droits.

d'informations des acteurs de terrain. Ceci constitue un autre frein dans l'exercice de ses missions.

L'étude des missions de ces deux autorités met en exergue plusieurs limites qu'il semble donc nécessaire de renforcer. Pour ce faire, une extension de leurs prérogatives sera proposée à travers deux hypothèses qui seront développées ultérieurement<sup>1074</sup>.

Il s'agit à présent de s'interroger sur la pertinence des commissions de contrôle en matière de protection des droits du patient hospitalisé, dont on sait la remise en cause de leurs compétences à ce sujet.

## ***2 - Les attributions réduites de la Commission départementale des soins psychiatriques et de la Commission des usagers***

Tant la Commission départementale des soins psychiatriques (a) que la Commission des usagers (b) semblent à priori garantir le respect des droits du patient<sup>1075</sup>. Pour autant, les prérogatives de ces commissions paraissent de plus en plus discutables.

### **a – La remise en question de la Commission départementale des soins psychiatriques**

En application de l'article L3223-1 du Code de la santé publique, sa mission principale est de « contrôler la régularité de la mesure de soins sans consentement ». A ce titre, « elle doit être informée de toute décision d'admission, de tout renouvellement de cette décision et de toute décision mettant fin à ces soins »<sup>1076</sup>. A cette fin, dans un délai de trois mois puis tous les six

---

1074 Voir thèse, p 259.

1075 Le droit de saisir ces deux commissions et de pouvoir bénéficier de leur expertise est spécifiquement rappelé par l'article L3211-3 du Code de la santé publique.

Voir Assemblée nationale, rapport d'information n°4486 déposé par la commission des affaires sociales 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, sous la direction de ROBILIARD D. et JACQUAT D., 2017, p 63.

1076 A des fins de protection, la CDSP peut saisir autant que besoin le représentant de l'Etat ou le procureur de la République de la situation des patients hospitalisés en soins psychiatriques qui lui paraît préoccupante. A ce titre, au-delà du rapport d'activité qu'elle adresse à une pluralité d'autorités administratives et judiciaires dont le JLD, elle peut lors de l'examen d'une mesure de SSC, lui proposer, la levée de celle-ci si elle estime que le bien-fondé ou sa régularité pose question. Le représentant de l'Etat dans le département, le directeur général de l'ARS, le procureur de la République et le Contrôleur général des lieux de privation de liberté.

Article R3223-11 du Code de la santé publique.

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.

mois, la situation des personnes faisant l'objet de soins psychiatriques sans consentement est examinée notamment les soins à la demande du représentant de l'Etat et les soins à la demande d'un tiers en cas de péril imminent. En effet, comme le soulignent Alain Monnier et Jean-Paul Tachon : « la CDSP joue le rôle de ce qu'on pourrait appeler un « tiers collectif » susceptible d'agir dans leur intérêt »<sup>1077</sup>. Selon leurs propos « ceci vise à établir une certaine égalité de droits avec les personnes admises sur demande d'un tiers, pour lesquelles les personnes ayant qualité pour agir dans leur intérêt sont précisément identifiées »<sup>1078</sup>. La CDSP est également compétente pour examiner la situation de ceux dont l'hospitalisation se prolonge au-delà d'une durée d'un an, qu'elles soient hospitalisées ou non, ce qui étend largement « le droit de regard » de cette commission comme l'indiquent les auteurs<sup>1079</sup>. Ils soulignent également que « ce rôle est d'autant plus important que les programmes de soins ne font pas l'objet d'un contrôle systématique du JLD »<sup>1080</sup>.

En réalité, la CDSP permet un contrôle approfondi des certificats médicaux qui peuvent parfois être des « copiés collés » sur plusieurs mois<sup>1081</sup>. Dans l'exercice de ses missions, la CDSP intervient auprès des services de soins concernés pour leur demander de rectifier ces manquements<sup>1082</sup>, sans pouvoir toutefois émettre une astreinte ou une sanction à leur rencontre<sup>1083</sup>. Ceci constitue une première limite quant à son rôle. De ce fait, si le médecin psychiatre ou l'équipe ne réalise pas les modifications demandées par la CDSP, ils n'encourent aucune sanction administrative. Ainsi, le législateur laisse à la discrétion des professionnels de santé, y compris au directeur de l'établissement de santé, la faculté de régulariser ou pas la situation administrative du patient en hospitalisé en soins sans consentement.

De plus, la CDSP doit visiter les établissements de santé habilités à prendre en charge les patients en soins sans consentement dans le département, en principe deux fois par an<sup>1084</sup>, pour vérifier que les droits fondamentaux des patients hospitalisés y sont garantis<sup>1085</sup>. Dans ce

---

1077 MONNIER A., TACHON J-P., « Les commissions départementales de soins psychiatriques : un pilier de la démocratie sanitaire à consolider », *L'information psychiatrique*, 2015/6, volume 91, p 455 à 458.  
PANFILI J-M., thèse *op. cit.*, p 226-227.

1078 *Ibid.*

1079 MONNIER A., TACHON J-P., « Les commissions départementales de soins psychiatriques : un pilier de la démocratie sanitaire à consolider », *L'information psychiatrique*, 2015/6, volume 91, p 455 à 458.

1080 *Ibid.*

1081 *Ibid.*

1082 *Ibid.*

1083 CGLPL, recommandations en urgence du 1er février 2022 relatives au centre de santé mentale Jean-Baptiste-Pussin à Lens, mars 2022.

1084 Article R3223-6 du Code de la santé publique.

1085 MONNIER A., TACHON J-P., « Les commissions départementales de soins psychiatriques : un pilier de la démocratie sanitaire à consolider », *L'information psychiatrique*, 2015/6, volume 91, p 455 à 458.



cadre, une seconde limite apparaît puisqu'à l'issue de ses visites, aucune recommandation n'est émise, ce qui amoindrit inévitablement le rôle de la CDSP. Le CGLPL estime en effet que le contrôle de la CDSP est « superficiel »<sup>1086</sup>.

Par ailleurs, la composition pluridisciplinaire de la CDSP qui en faisait un pilier de la démocratie sanitaire a été modifiée par la loi du 23 mars 2019 de *programmation 2018-2022 et de réforme pour la justice*<sup>1087</sup>. Ces changements remettent en cause son effectivité comme le souligne le CGLPL<sup>1088</sup>, ce qui constitue une troisième limite. En effet, à l'issue de leur mandat, les magistrats siégeant dans les CDSP ne seront plus remplacés. Les associations de patients et leurs familles critiquent fortement cette suppression du magistrat, car cela « mettrait en péril le droit à l'impartialité des patients hospitalisés en soins sans consentement »<sup>1089</sup>. Pour ces associations, une telle modification est considérée comme « un recul de la protection de la liberté individuelle et des droits fondamentaux dans les établissements psychiatriques »<sup>1090</sup>. Concrètement, le rôle du magistrat est essentiel pour ces derniers puisque d'une part, il participe à l'examen des dossiers de patients hospitalisés sous contrainte et d'autre part, il dispose de compétences spécifiques pour appréhender les modalités concrètes de privations et de restrictions de liberté imposées aux patients lors des visites au sein des établissements psychiatriques. Il contrôle notamment le placement en isolement et contention des patients par l'examen et l'analyse du registre obligatoire<sup>1091</sup>. Le CGLPL recommande d'ailleurs la réintégration du magistrat judiciaire dans la composition des CDSP<sup>1092</sup>.

Cependant, la nouvelle composition de la CDSP et la pertinence de son contrôle ne pourront être évaluées et remises en question qu'après une année d'exercice. A ce jour, nous manquons de recul pour étudier l'impact sur la protection des droits du patient.

Enfin, cette instance est également en charge tout comme le CGLPL, la CDU et le Défenseur des droits, de recevoir et de traiter les réclamations des patients hospitalisés sous contrainte et

---

1086 CGLPL, rapport « Droits fondamentaux et soins sans consentement », mars 2020, p 137.

1087 UNAFAM, « Suppression du magistrat au sein des CDSP », Communiqué de presse, Santé mentale, 3 septembre 2019.

Avant la Loi n° 2019-222 du 23 mars 2019 de programmation 2018-2022 et de réforme pour la justice, la CDSP se composait de deux psychiatries, l'un désigné par le procureur général près de la cour d'appel, l'autre par le représentant de l'État dans le département. D'un magistrat désigné par le premier président de la cour d'appel et d'un médecin généraliste, désigné par le représentant de l'État dans le département. Elle comprend également deux représentants d'associations agréées respectivement de personnes malades et de familles de personnes atteintes de troubles mentaux, désignés par le représentant de l'État dans le département.

1088 CGLPL, rapport « Droits fondamentaux et soins sans consentement », mars 2020, p 138.

1089 Articles 102 et 109 de la loi n° 2019-222 du 23 mars 2019 de programmation 2018-2022 et de réforme pour la justice.

1090 UNAFAM, « Suppression du magistrat au sein des CDSP », Communiqué de presse, Santé mentale, 3 septembre 2019.

1091 Article L 3222-5-1 du Code de la santé publique.

1092 CGLPL, *op. cit.*, p 138.

d'examiner leur situation<sup>1093</sup>. Elle n'est cependant pas compétente pour analyser toutes les situations portant atteinte à la liberté individuelle telles que le placement en chambre d'isolement, le recours à la contention. Cet élargissement de compétences a pourtant été proposé par le plan « Psychiatrie et santé mentale 2005-2008 »<sup>1094</sup> et par la Cour des comptes<sup>1095</sup> mais n'a pas été retenu par le législateur. Or, une telle extension nous semble opportune au regard des pratiques professionnelles mises en œuvre afin d'améliorer la protection du patient.

Au même titre que la CDSP, la Commission des usagers fait également l'objet de plusieurs limitations questionnant alors la protection des droits.

## **b - La faible incidence de la Commission des usagers sur le respect des droits fondamentaux**

Une Commission des usagers (CDU) est installée dans chaque établissement de santé afin de représenter les patients et leur famille dans le secteur sanitaire<sup>1096</sup>. Elle veille au respect des droits des usagers et à l'amélioration de la prise en charge et de l'accueil des malades et de leurs proches.

Par la loi de *modernisation de notre système de santé* en date du 26 janvier 2016, les missions de la CDU ont toutefois fait l'objet d'une évolution. Outre sa forte implication dans l'élaboration de la politique menée dans l'établissement de santé concernant l'accueil, la prise en charge, l'information et les droits des patients, elle doit être associée à l'organisation des parcours de soins ainsi qu'à la politique de qualité et de sécurité élaborée par la Commission médicale d'établissement (CME). Sa mission de représentation est prégnante puisque c'est à travers elle que vont s'exprimer les patients pris en charge au sein de l'établissement. A ce titre, elle doit présenter un projet des usagers relatant leurs attentes et leurs propositions, après consultation des représentants des usagers et des associations de bénévoles<sup>1097</sup>. Le CGLPL a cependant constaté que les représentants des usagers présents sont fréquemment « des

---

1093 Article L3223-1 alinéa 4, 2° du Code de la santé publique.

1094 Ministère des solidarités et de la santé, Plan psychiatrie et santé mentale 2005-2008.

1095 Cour des comptes, rapport « L'organisation des soins psychiatriques : les effets du plan psychiatrie et santé mentale », décembre 2011.

1096 Article 183 de la loi n°2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé.

Pour sa composition, voir articles R1112-81 à R 1112-84 du Code de la santé publique.

1097 Article L 1112-3 du Code de la santé publique.

associations défendant les intérêts des familles, non pas ceux des usagers eux-mêmes »<sup>1098</sup>. Ainsi, la composition de la CDU<sup>1099</sup> ne prévoit pas la présence d'un patient hospitalisé, ce qui constitue une première limite. Le CGLPL recommande en effet de prendre en compte des associations représentant les patients<sup>1100</sup>.

Au-delà de la représentation des usagers, la CDU semble avoir un rôle consultatif assez limité. En effet, elle doit être consultée à titre informatif sur les événements indésirables graves (EIG) et les actions menées par l'établissement pour y remédier. En toutes circonstances, elle est informée de l'ensemble des réclamations et plaintes déposées par les patients ainsi que des suites qui leur sont données. Lors de l'examen de la plainte, la CDU peut avoir accès à des données médicales « sous réserve de l'obtention préalable de l'accord écrit de la personne concernée ou de ses ayants droit si elle est décédée »<sup>1101</sup>. Le patient hospitalisé en soins sans consentement dispose du droit de saisir la CDU à tout moment de son hospitalisation<sup>1102</sup>. L'effectivité de ce droit est assurée par divers moyens au sein des établissements de santé notamment par voie d'affichage de la liste des membres de la CDU et de leurs coordonnées ou encore par la remise du livret d'accueil dès l'entrée du patient. Tout patient peut donc être l'auteur d'une plainte, dès lors qu'il estime que ces droits n'ont pas été respectés ou que sa prise en charge est inadaptée ou porte atteinte à l'un de ses droits fondamentaux. L'objectif est que tout patient puisse exprimer ses griefs auprès des responsables de l'établissement et entendre leurs explications par le biais de la CDU. Cette commission peut en certaines circonstances confier l'instruction de la demande à la CDSP, dès lors qu'elle nécessite un examen approfondi du dossier médical.

Les compétences détenues tant par la CDU que par la CDSP sont proches voire similaires et disposent finalement de prérogatives très limitées en termes de sanction. En conséquence, l'impact des commissions en matière de protection des droits fondamentaux est remis en question.

---

1098 CGLPL, rapport « Droits fondamentaux et soins sans consentement », mars 2020, p 72.

1099 Article R 1112-81 du Code de la santé publique.

1100 CGLPL, *op. cit.*, p 73.

1101 Articles R1112-80 et R1112-94 du Code de la santé publique.

1102 Article L 3211-3 alinéa 4, 2° du Code de la santé publique.  
Article R 1112-81 du Code de la santé publique.

## **B - La nécessité d'une extension des prérogatives**

Il convient à présent d'envisager deux solutions pour accroître l'ensemble de ces prérogatives. La première proposition serait de fusionner les commissions de contrôle en une seule entité (1). La seconde serait de reconnaître un véritable pouvoir répressif à l'encontre des établissements de santé autorisés en psychiatrie (2).

### ***1 - Par la fusion des instances de contrôle***

La possibilité de fusionner l'ensemble des prérogatives précédemment énumérées de la CDSP et de la CDU en une seule entité, à l'échelle départementale nous paraît devoir être envisagée. Une telle unification permettrait de garantir un contrôle efficient des mesures de soins sans consentement. Evidemment cela ne peut s'effectuer sans un renforcement des moyens humains. Cette entité fusionnée constituerait un premier filtre et pourrait rédiger un rapport d'activité territorial remis au CGLPL. Sur son fondement, le CGLPL réaliserait alors les visites des établissements autorisés en psychiatrie, sur l'ensemble du département en bénéficiant d'une première analyse des pratiques et des fonctionnements internes.

Au-delà d'une simple fusion, il serait opportun, selon nous, de renforcer les compétences de la nouvelle commission précitée à des publics qui aujourd'hui, sont exclus de ce contrôle notamment les mesures de soins du patient mineur. L'extension de ses prérogatives aurait pour effet d'assurer un contrôle extérieur autre que celui du JLD, permettant ainsi de garantir le bien-fondé et la régularité de certaines hospitalisations non soumises actuellement.

Par ailleurs, un délai de contrôle plus restreint que ceux actuellement en vigueur pour la CDU et la CDSP pourrait être envisagé. En effet, la CDSP se réunit « au moins une fois par trimestre sur convocation de son président »<sup>1103</sup> et elle examine avant l'expiration d'un délai de trois mois à compter de cette admission, puis au moins une fois tous les six mois la situation des personnes dont l'admission a été prononcée en application du 2° du II de l'article L. 3212-1 du Code de la santé publique »<sup>1104</sup>. L'instauration d'un délai resserré permettrait à la fois de répondre plus rapidement à des patients se trouvant dans des situations complexes et de

---

1103 Article R 3223-5 du Code de la santé publique.

1104 Article R 3223-8 II du Code de la santé publique.

Article L 3223-1 alinéa 2 du Code de la santé publique.

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.

réaliser un examen plus approfondi des mesures de soins sans consentement.

Même si la concentration des prérogatives en une seule commission est envisageable au niveau territorial, cette fusion paraît plus complexe à appréhender à l'échelle nationale. Il faudrait alors identifier deux niveaux de recours pour exercer à la fois le contrôle des mesures de soins sans consentement, l'examen des plaintes et le contrôle des conditions d'hospitalisation par le biais des visites qui sont, à ce jour, réalisées par les quatre dispositifs. Ainsi, un premier niveau serait mis en place au niveau territorial, par une entité qui rassemblerait la CDSP et la CDU. Dans le cas des départements importants, il faudrait doubler cette nouvelle commission comme le proposent Alain Monnier et Jean-Paul Tachon, afin qu'elle soit compétente pour un « bassin de patients défini » et officialiser la possibilité de membres suppléants, ce qui s'observe déjà dans plusieurs CDSP<sup>1105</sup>. Ces mesures permettraient de répartir la charge de travail et de répondre aux difficultés que rencontrent notamment les médecins membres pour se rendre disponibles.

Un second niveau de recours national, avec le Défenseur des droits et le CGLPL, permettrait de prendre en compte véritablement les données et statistiques territoriales. Ce second niveau engagerait des réflexions et proposerait des recommandations uniformes au niveau national. Il aurait la possibilité de cibler des établissements de santé pour des visites spécifiques. De plus, il assurerait un autre degré de réponse pour les plaintes et réclamations de patients qui n'ont pas eu de retour satisfaisant lors du premier contrôle<sup>1106</sup>. Selon une étude d'impact en 2009 : « le Gouvernement a fait le choix d'une intégration progressive des autorités considérées », l'idée étant de « laisser ces institutions développer leurs activités dans le champ qui leur est propre et de faire un bilan dans quelques années »<sup>1107</sup>.

Dès lors, la fusion du CGLPL au sein de l'institution du Défenseur des droits ou inversement a été écartée<sup>1108</sup> lors de la réforme du 5 juillet 2011 mais cette question pourrait tout à fait être à nouveau, mise à l'ordre du jour. En conséquence, une fusion de ces deux autorités administratives indépendantes permettrait d'une part, de gagner en efficacité et d'autre part, de consolider la légitimité de leurs interventions.

---

1105 MONNIER A., TACHON J-P., « Les commissions départementales de soins psychiatriques : un pilier de la démocratie sanitaire à consolider », *L'information psychiatrique*, 2015/§ volume 91, p 455 à 458.

1106 MARECHAL J-Y., « Le contrôleur général des lieux de privation de liberté et les soins psychiatriques imposés », *Hospitalisations sans consentement sous la direction de Xavier CABANNES et Mikael Benillouche*, CEPRISCA, collection colloques, p 196.

1107 *Projet de loi organique relatif à la création du Défenseur des droits, Etude d'impact*, septembre 2009, p33-34.

1108 *Ibid.*

Malgré de telles propositions d'évolution, la prérogative répressive reste toujours absente et serait pourtant nécessaire pour compléter le rôle de ces institutions.

## ***2 - Par la création d'un pouvoir de sanction à leur disposition***

Si le mécanisme précité se met en œuvre avec un double niveau de contrôle, nous pourrions envisager que les instances de contrôle tant au niveau territorial que national disposent d'un pouvoir de sanction. A ce jour, ni les deux commissions de contrôle, ni le Défenseur des droits ni le CGLPL ne disposent de cette prérogative. En effet, la loi ne prescrit aucune suite aux visites des établissements, hormis les rapports de visite et les signalements. Elle ne prévoit pas davantage de sanction en cas de carence constatées par les autorités administratives habilitées à y procéder. Seul le Directeur général de l'ARS dispose d'importants pouvoirs de sanction administrative à l'égard des établissements de santé, y compris ceux autorisés en psychiatrie. Dans l'hypothèse d'un manquement, il peut demander au directeur de l'établissement de santé concerné, de déposer dans les huit jours des observations en réponse et les mesures correctives adoptées ou envisagées<sup>1109</sup>. A défaut de réponse dans les huit jours, il demande au directeur de l'établissement, titulaire de l'autorisation en psychiatrie, de prendre toutes les mesures nécessaires dans un délai imparti afin de faire cesser les insuffisances ou les manquements. Si le directeur général de l'ARS n'est pas satisfait des changements opérés ou s'il constate une urgence tenant à la sécurité des patients, il peut dans ce cadre suspendre ou retirer l'autorisation<sup>1110</sup>. Il faut noter cependant que ce type de sanction s'applique de manière générale à l'ensemble des établissements de santé. Néanmoins, le rapport de visite réalisé par la CDSP est un document spécifique à la psychiatrie. C'est donc en partie sur ce dernier que se fonde le directeur général de l'ARS pour exercer ses prérogatives à l'encontre des structures autorisées en psychiatrie.

Le CGLPL pour sa part dispose d'une procédure d'urgence qui permet lors d'une visite, d'alerter les pouvoirs publics sur une situation préoccupante constatée, pouvant violer les droits fondamentaux, par le biais de recommandations<sup>1111</sup>. Dans ce cadre, le ministère des Solidarités et de la Santé rend des observations et se met en lien avec l'établissement afin de

---

1109 CASTAING C., « Les contrôles administratifs des mesures de soins psychiatriques sans consentement », Hospitalisations sans consentement sous la direction de Xavier Cabannes et Mikael Benillouche, CEPRISCA, p 182.

1110 Article L6122-13 du Code de la santé publique.

1111 CGLPL, recommandations en urgence du 1er février 2022 relatives au centre de santé mentale Jean-Baptiste-Pussin à Lens, mars 2022.

suivre un plan d'amélioration des pratiques qui ont fait l'objet de ce signalement.

La reconnaissance de ce pouvoir de sanction semble nécessaire peut être pour les commissions, du moins en faveur du CGLPL. Ces dernières disposeraient ainsi de tous les pouvoirs pour veiller au respect des droits et libertés des personnes privées de liberté et exercer un contrôle effectif. Cette prérogative répressive renforcerait leur légitimité et permettrait dans un délai imparti, de sanctionner toute mesure qui porterait atteinte aux droits fondamentaux des personnes prises en charge au sein de l'établissement en question. Ce mécanisme pourrait être complété, par une contravention en cas d'inaction de l'établissement concerné mais la concrétisation d'une telle prérogative nécessiterait toutefois, une réforme législative.

Reste à s'attacher à une amélioration des voies de recours contentieuses existantes.

## **§2 – L'unification des voies de recours contentieuses**

Nous souscrivons aux réflexions de Jean-Marc Panfili qui constate que le dualisme juridictionnel existant en la matière ne permet pas de protéger de manière efficace le patient hospitalisé en soins sans consentement<sup>1112</sup> (A). Il semble alors nécessaire de faire évoluer ce dispositif (B).

### **A - Un dualisme juridictionnel préjudiciable pour la protection du patient**

La répartition des compétences a longtemps fait l'objet de nombreuses controverses<sup>1113</sup> entraînant inévitablement des difficultés pour le patient à faire valoir ses droits et notamment son droit au recours effectif<sup>1114</sup>. La loi du 5 juillet 2011 a toutefois permis une atténuation du dualisme juridictionnel améliorant ainsi l'effectivité des droits du patient en soins sans consentement (1) malgré encore quelques incertitudes (2).

---

1112 PANFILI J-M., « Les instruments de protection des droits et libertés des malades mentaux », thèse, Université Toulouse 1, 2013, p 199 et suivantes.

1113 COELHO. J., « Hospitalisation sous contrainte, plaidoyer pour une réforme », RDSS, n°2, mars-avril 2006, p. 259.

Projet de loi relatif aux droits et à la protection des personnes faisant l'objet de soins psychiatriques et aux modalités de leur prise en charge, Étude d'impact, mai 2010, p7.

Cour des comptes, rapport public thématique, « L'organisation des soins psychiatriques : les effets du plan « Psychiatrie et santé mentale 2005-2010 », décembre 2011, p134.

CASTAING C., « La volonté des personnes admises en soins psychiatriques sans consentement. Quel droit pour quel juge ? », AJDA, 2013, p153.

PANFILI J-M., thèse *op. cit.*, p 199-200.

1114 BIOY X., « La judiciarisation accrue de l'hospitalisation sous contrainte », AJDA, 2011, p 174.  
Article L3211-12 du Code de la santé publique.

## *1 – Une atténuation progressive du dualisme juridictionnel*

Afin de garantir l'exercice et l'efficacité des recours juridictionnels et d'offrir une meilleure visibilité aux justiciables, la loi du 5 juillet 2011 a introduit le contrôle systématique du JLD sur les décisions administratives d'hospitalisation<sup>1115</sup>. Cette réforme allait dans le sens de l'avis du 31 mars 2011 de la Commission nationale consultative des droits de l'homme ainsi que de la position de la CEDH<sup>1116</sup> et de celle du Conseil constitutionnel<sup>1117</sup> qui sont unanimes. Ainsi, le législateur a dérogé aux règles habituelles de répartition des compétences comme le souligne Cécile Castaing, en se fondant sur la compétence « naturelle » du juge judiciaire en matière de liberté individuelle<sup>1118</sup>. Le JLD est désormais compétent pour contrôler le bien-fondé de la mesure de soins et la régularité des décisions administratives relatives à l'admission<sup>1119</sup>. Malgré tout, pour certains auteurs dont Cécile Castaing, la loi du 5 juillet 2011 maintient partiellement une compétence résiduelle en faveur du juge administratif<sup>1120</sup>. Le législateur n'a en effet pas retenu l'amendement initial préconisant que le contentieux né de l'application du titre du Code de santé publique relatif aux modalités de soins psychiatriques serait « exclusivement porté devant l'autorité judiciaire »<sup>1121</sup>. Ainsi, le juge judiciaire est compétent pour contrôler la régularité des décisions administratives prises en application des chapitres II et IV dudit titre<sup>1122</sup>. Toutefois, le chapitre premier du Code de la santé publique relatif aux « Droits des personnes faisant l'objet de soins psychiatriques » étant exclu de l'unification du contentieux, laisse perdurer la compétence du juge administratif en la matière. Dès lors, pour l'auteur précité concernant ces droits : « les règles habituelles de répartition des compétences entre la juridiction administrative et la juridiction judiciaire devraient continuer

---

1115 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.

1116 CEDH, 18 novembre 2010, *Baudoin c. France*, n°35935/03.

CEDH, 27 février 2001, *Donadieu c. France*, n°39066/97.

1117 Conseil constitutionnel, Décision n° 2010-71 QPC du 26 novembre 2010.

1118 CASTAING C., « La volonté des personnes admises en soins psychiatriques sans consentement. Quel droit pour quel juge ? », *AJDA*, 2013, p153.

1119 THERON S., *op. cit.*, p 273 et suivantes.

1120 CASTAING C., *op.cit.*, p 153.

THERON S., *op. cit.*, p 273 et p 279.

1121 Amendement présenté par Jean-René Lecerf, rapporteur de la commission des lois, n°34, compte rendu intégral des débats, séance du 13 mai 2011.

1122 Article L 3216-1 du Code de la santé publique.

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.

Site internet du CRPA : <https://psychiatrie.crupa.asso.fr>



à s'appliquer »<sup>1123</sup>. Il faudrait alors s'interroger sur l'opportunité de favoriser une « unicité de compétence »<sup>1124</sup> en faveur d'un juge unique : le juge judiciaire.

Le dualisme juridictionnel diminue progressivement mais des interrogations perdurent.

## ***2 – Des incertitudes persistantes***

A la lecture de l'article L 3216-1 du Code de la santé publique, un dualisme persiste entre deux juges de l'ordre judiciaire. En effet, le JLD est compétent pour exercer un contrôle systématique des mesures de soins sans consentement quand le TGI l'est pour « statuer sur les demandes en réparation des conséquences dommageables résultant pour l'intéressé des décisions administratives mentionnées au premier alinéa, il peut, à cette fin, connaître des irrégularités dont ces dernières seraient entachées »<sup>1125</sup>. Pour Sophie Théron : « la possibilité pour le JLD d'ordonner une mainlevée en raison d'une irrégularité constitue une extension de sa compétence par rapport à l'état du droit antérieur » et constitue un progrès pour la protection des droits du patient hospitalisé en soins sans consentement<sup>1126</sup>. Pour autant, depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2013, le TGI est également compétent pour constater une irrégularité d'une décision administrative. Autrement dit, comme l'indique l'auteur précité : « rien ne fait obstacle à ce qu'un patient soulève une irrégularité directement devant le TGI au moment et à l'appui de sa demande d'indemnisation »<sup>1127</sup>. Selon Jean-Marc Panfili, ceci constitue une unification partielle « laissant ainsi perdurer une difficulté au droit d'accès au juge pour le patient »<sup>1128</sup>. Cette double compétence judiciaire peut en effet engendrer une incertitude pour le justiciable ne sachant pas quel juge il faudra saisir pour connaître des irrégularités de la décision administrative dont il a fait l'objet.

---

1123 Le juge administratif est compétent pour contrôler la décision par laquelle le directeur d'un établissement de santé ou le représentant de l'Etat refuse d'autoriser une sortie de courte durée de douze heures d'un patient hospitalisé, des sorties non accompagnées d'une durée maximum de quarante-huit heures sur le fondement de l'article L3211-11-1 du Code de la santé publique qui relève du chapitre premier exclu de l'unification. Le juge administratif est également compétent examiner tous les litiges de plein contentieux et réparer les préjudices subis par le patient lors de sa prise en charge dans un établissement public de santé dès lors qu'une faute serait reconnue.

1124 THERON S., *op. cit.*, p 275.

1125 Article L 3216-1 du Code de la santé publique.

1126 THERON S., *op. cit.*, p 280.

1127 THERON S., *op. cit.*, p 284.

Cour de cassation, chambre civile 1, 17 octobre 2019, n°18-16.837.

CA de Toulouse, 1<sup>ère</sup> chambre, section 1, 24 janvier 2022, n°19/02512.

1128 PANFILI J-M., thèse *op. cit.*, p 205.

Voir également THERON S., *op. cit.*, p 283.

Cependant, ce dualisme juridictionnel en la matière est de moins en moins présent, grâce à une évolution législative en faveur du juge judiciaire. Cette perspective se poursuit grâce aux décisions jurisprudentielles récentes<sup>1129</sup> qui font évoluer de manière positive, la protection accordée au patient hospitalisé en soins sans consentement.

## **B - Une évolution attendue**

Il s'agit de proposer dans un premier temps, une unification du contentieux en faveur du juge judiciaire (1), puis dans un second temps, comme le propose de Jean-Marc Panfili<sup>1130</sup>, d'envisager la création d'un tribunal spécifique (2).

### ***1 - Vers une unification en faveur du juge judiciaire***

Depuis 2011, cette dynamique d'unification est en cours. Elle permet de toute évidence de garantir d'une part, une meilleure lisibilité et une simplification du contentieux pour la personne hospitalisée en psychiatrie et d'autre part, est gage d'une meilleure protection pour ce dernier<sup>1131</sup>. Le législateur et l'exécutif ne sont pas intervenus à ce jour pour clarifier véritablement ce sujet. Cependant, différentes décisions jurisprudentielles récentes esquissent un mouvement d'unification aux mains du juge judiciaire.

En premier lieu, le Tribunal des conflits a précisé que l'annulation d'une décision administrative irrégulière de soins sans consentement relève à présent de la compétence du juge judiciaire<sup>1132</sup>. En second lieu, la mise en œuvre des mesures d'isolement et de contention ainsi que leur contrôle ont fait récemment l'objet d'un éclaircissement par la loi du 22 janvier 2022 *renforçant les outils de gestion de la crise sanitaire*<sup>1133</sup>. Initialement à la lecture de l'article L3216-1 du Code de la santé publique, le recours pour mettre un terme à une telle mesure ne relevait ni du JLD ni du juge administratif. Dans ce sens, la Cour de cassation dans un arrêt du 7 novembre 2019 soulignait que le placement « sous contention dans une chambre

---

1129 Cour de cassation, Chambre civile 1, 11 mai 2016, n°15-16233.

CAA de Bordeaux, 22 mai 2018, n°18BX01625.

Tribunal des Conflits, 9 décembre 2019, n° C4174.

Conseil constitutionnel, décision n° 2020-844 QPC, 19 juin 2020.

Conseil constitutionnel, décision n° 2021-912/913/914 QPC, 4 juin 2021.

1130 PANFILI J.-M., thèse, *op. cit.*, p 280 à 282.

1131 PANFILI J.-M., thèse, *op. cit.*, p 199.

1132 Tribunal des Conflits, 9 décembre 2019, décision n° C4174.

1133 Loi n° 2022-46 du 22 janvier 2022 renforçant les outils de gestion de la crise sanitaire et modifiant le code de la santé publique.

d'isolement » constitue une mesure médicale qui échappe au contrôle du JLD<sup>1134</sup>. En parallèle, pour le Conseil d'Etat, « le juge administratif n'est manifestement pas compétent pour connaître du bien-fondé des décisions prises par les médecins qui participent à la prise en charge de patients faisant l'objet d'une mesure d'admission en soins psychiatriques sans leur consentement »<sup>1135</sup>. Le patient aurait pu saisir le juge des référés comme le propose Anna Darmstadter-Delmas, magistrat honoraire, pour une audience d'heure à heure conformément à l'article 485 du Code de procédure civile<sup>1136</sup>. Cette mesure étant considérée comme une privation de liberté individuelle au regard de l'article 66 de la Constitution. Pour autant, une telle procédure supposait l'existence d'une situation d'extrême urgence. Or, même si l'urgence était avérée, il paraît complexe pour un patient contentonné ou isolé, de procéder à une assignation de l'établissement de soins qui le prend en charge. À la suite de plusieurs QPC<sup>1137</sup>, le législateur a dû préciser l'intervention systématique du JLD qui est désormais compétent pour statuer sur la contestation relative à une mesure d'isolement ou de contention<sup>1138</sup>.

Indépendamment de cette proposition d'unification du contentieux aux mains du juge judiciaire, il est possible d'envisager l'existence, d'une procédure unique auprès d'une autorité compétente pour contrôler à la fois le bien-fondé et la régularité de la mesure de soins sans consentement et aussi dédommager la personne hospitalisée lorsqu'elle a subi un préjudice au cours de la mise en œuvre cette mesure.

---

1134 Cour de cassation, Chambre civile 1, 7 novembre 2019, n°19-18262.

1135 Conseil d'Etat, juge des référés, 16 juillet 2012, n°360793.

1136 DELGADO-HERNANDEZ G., MONNET-PLACIDI L., « L'inconstitutionnalité de l'article L. 3222-5-1 du Code de la santé publique relatif à l'isolement et à la contention psychiatrique », La lettre juridique, juillet 2020.

VERON P., « Psychiatrie : l'incompétence du juge des libertés et de la détention pour contrôler la légalité d'une décision médicale de mise à l'isolement ou de contention », CERDACC, novembre 2019.

Voir également, DARMSTADTER-DELMAS A., *Les soins psychiatriques sans consentement*, LexisNexis, 2017.

Site internet du CRPA op. cit.

1137 Conseil constitutionnel, décision QPC n° 2020-844 du 19 juin 2020.

Conseil constitutionnel, décision QPC n° 2021-912/913/914 du 4 juin 2021.

Conseil constitutionnel, décision QPC n° 2021-832 du 16 décembre 2021.

1138 Tribunal Judiciaire de Versailles, ordonnance du JLD, 4 février 2022, n°22/194.

Tribunal Judiciaire de Versailles, ordonnance du JLD, 6 février 2022, Centre hospitalier de Plaisir c/ Taleb Jamal.

## 2 - Vers la création d'un tribunal spécifique en psychiatrie ?

Il faut à présent étudier une autre hypothèse proposée par Jean-Marc Panfili qui serait de créer un tribunal spécialisé, tout du moins, d'instituer un juge spécialisé en santé mentale<sup>1139</sup>. En 1977, le Conseil de l'Europe a déjà adopté une recommandation en ce sens, préconisant l'émergence de « commissions ou des tribunaux indépendants de bien-être mental, chargés de protéger les patients en ouvrant des enquêtes sur les plaintes dont ils sont saisis, ou en intervenant de leur propre initiative dans telle ou telle affaire, avec le pouvoir d'élargissement du patient pour qui l'internement ne leur paraît plus s'imposer »<sup>1140</sup>. Depuis, certains auteurs suggèrent l'émergence d'un juge unique spécialisé en santé mentale et psychiatrie qui siègerait par exemple, au sein d'une juridiction de droit commun<sup>1141</sup>. Nous souscrivons à cette proposition. Dès 2013, Jean-Marc Panfili souligne que les réformes législatives tendent vers le renforcement du contrôle judiciaire en soins psychiatriques sans consentement et donc justifient une telle proposition<sup>1142</sup>.

Pour ce faire, la transformation des CDSP en une juridiction spécialisée, comme le soumet cet auteur, nous paraît une solution intéressante<sup>1143</sup>. Pour lui, ce postulat est justifié d'un côté, par le ressort territorial de la CDSP qui est le même que celui du Tribunal judiciaire et d'un autre côté, par les missions équivalentes de ces deux autorités<sup>1144</sup>. En effet, le JLD alors même qu'il n'est pas spécialisé en psychiatrie, statue à juge unique et se trouve aujourd'hui confronté à une augmentation du contentieux avec depuis peu, la mise en place d'un nouveau contrôle a posteriori des mesures d'isolement et de contention<sup>1145</sup>. Toutefois, par suite de la modification apportée par la loi du 23 mars 2019 de *programmation 2018-2022 et de réforme pour la justice*<sup>1146</sup>, la reconversion de la CDSP en un tribunal spécialisé ne suffirait plus ; puisqu'il faudrait y intégrer à nouveau un magistrat. Dans ce cas, il nous paraît plus opportun

---

1139 PANFILI J.-M., thèse, *op. cit.*, p 280.

1140 Conseil de l'Europe, assemblée parlementaire, recommandation 818, 7 et 8 octobre 1977.

1141 PANFILI J.-M., *op. cit.*, p 281.

GRIMBERT M., « Vers un juge médical : l'office du juge en matière de soins sous contrainte », *Annales Médico-psychologiques*, 2021, Volume 179, p 735-739.

MARQUES A., EYRAUD B., VELPRY L., « Les enjeux d'une judiciarisation tardive, inévitable et embarrassante », *Information psychiatrique*, 2015, volume 91, n°6, p 471- 477.

1142 PANFILI J.-M., *op. cit.*, p 281.

1143 *Ibid.*

1144 Article L 3222-5 du Code de la santé publique.

Voir en ce sens, PANFILI J.-M., *op. cit.*, p 281.

1145 APM, « Soins sans consentement : le Conseil constitutionnel exige un contrôle des mesures d'isolement et de contention », 19 juin 2020.

1146 Loi n° 2019-222 du 23 mars 2019 de programmation 2018-2022 et de réforme pour la justice.

d'instituer un juge spécialisé rattaché à un Tribunal judiciaire comme l'auteur l'a également suggéré<sup>1147</sup>.

Les difficultés rencontrées par l'exercice des voies de recours mettent en évidence une application complexe des textes tant pour les professionnels de santé que le patient. Les réformes législatives si elles vont dans le sens de garanties renforcées pour le patient en soins sans consentement, ne lui assurent cependant pas, selon nous, une protection encore suffisante<sup>1148</sup>.

La prise en compte du régime de soins du patient nous semble indispensable. Il faut évidemment respecter le caractère libre de l'hospitalisation. Cela signifie cependant, au vu des dérives constatées en pratique, que les textes doivent peut-être encadrer davantage le statut de la personne hospitalisée en soins psychiatriques libres, non seulement par rapport à celle prise en charge en soins somatiques, mais aussi en soins sans son consentement. Précisément les droits du malade hospitalisé sous contrainte, tant en sa qualité de patient que de citoyen, doivent être renforcés. Les outils existants méritent d'être développés et d'autres, comme nous l'avons proposé, créés.

Il convient à présent de souligner la nécessité d'un équilibre entre la protection liée au régime de soins psychiatriques du patient et celle liée à son statut, relatif à l'âge ou à sa situation juridique.

---

1147 PANFILI J-M., Les instruments de protection des droits et libertés des malades mentaux, thèse de doctorat en Droit Public (sous la direction de Florence Cruzatier-Durand), Toulouse : Université Toulouse 1, septembre 2013, p 281.

1148 CGLPL, rapport « Droits fondamentaux et soins sans consentement », mars 2020, p 150.

## **Titre 2 - La nécessité d'un équilibre entre la protection liée au régime de soins et celle liée au statut du patient**

Certes la prépondérance donnée au statut du patient est a priori un gage de protection de la prise en charge à sa situation. Cependant, elle rend complexe l'articulation d'une diversité de règles les unes avec les autres dans la pratique (Chapitre 1). Aussi la formation des intervenants devrait-elle être révisée pour les aider dans la compréhension des règles et donc dans la recherche d'une protection effective du patient (Chapitre 2).

## **Chapitre 1- Les difficultés liées à la prépondérance donnée au statut du patient**

De prime abord, la prépondérance accordée au statut du patient paraît être protectrice car les besoins du patient semblent respectés grâce à la création d'unités de soins spécialisées (Section 1). Pourtant, dans les faits, la protection du patient est discutable car cette prépondérance engendre de nombreuses difficultés. En effet, tantôt la prépondérance est insuffisamment affirmée dans l'exercice des obligations incombant aux professionnels tantôt elle est complexe à mettre en œuvre dans l'exercice des droits du patient (Section 2).

### **Section 1- Une prépondérance a priori protectrice**

Lors d'une hospitalisation complète, la prépondérance donnée au statut du patient se traduit concrètement par une conception adaptée des locaux (§1), qui par ricochet, permet de garantir le respect de ses droits (§2).

#### **§ 1- Des unités de soins adaptées aux besoins du patient**

Il s'agit de porter une attention particulière à l'organisation des soins pour les personnes détenues hospitalisées au sein des unités hospitalières spécialement aménagées (A), puis d'étudier les unités de soins prenant en charge des patients en fonction de leur âge<sup>1149</sup> (B).

##### **A- Le cas du patient détenu**

Le fonctionnement des Unités hospitalières spécialement aménagées (UHSA) permet de pallier les déficiences des autres unités de soins établies dans les centres pénitentiaires (1). Ces structures de soins implantées au sein des établissements de santé prennent uniquement en charge des patients détenus souffrant de pathologies psychiatriques sous la forme d'une hospitalisation complète (2).

---

<sup>1149</sup> Les majeurs protégés sont exclus de ces développements car ils sont pris en charge au sein des unités de psychiatrie générale et ne bénéficient pas d'unités spécialisées.

## *1 - L'émergence des UHSA*

Dans une démarche de qualité et de sécurité des soins et dans l'objectif de respecter toutes les particularités de ce statut, il a fallu créer un lieu de soins plus adapté que les unités de psychiatrie générale. A cet effet, par la loi du 9 septembre 2002, le législateur décide de créer de nouvelles unités de soins pénitencio-hospitalières, qui permettent à la fois de surveiller et de soigner les patients détenus atteints de troubles mentaux : les UHSA<sup>1150</sup>. Ces structures hybrides ont été mises en place afin d'offrir aux détenus malades une prise en charge équivalente à celle délivrée en milieu libre. La conception de ces dernières a été délicate car il a fallu trouver un équilibre entre sécurité carcérale et délivrance de soins psychiatriques mais également, établir une étroite collaboration entre deux institutions ayant par nature des logiques antagonistes. Les UHSA sont à la fois une unité de soins et une unité pénitentiaire qui se situe au sein d'un établissement hospitalier.

La circulaire du 18 mars 2011 rappelle que l'organisation des UHSA se fonde sur deux principes fondamentaux<sup>1151</sup>. Le premier est la primauté du soin et ce, même si le patient durant son séjour hospitalier conserve son statut de personne détenue et reste donc soumis à des restrictions carcérales. Le second principe est l'accès sécurisé aux soins spécialisés garantissant une prise en charge mixte : sanitaire et pénitentiaire. Les UHSA ont donc la particularité de faire cohabiter le personnel hospitalier en charge de la délivrance des soins psychiatriques et le personnel pénitentiaire chargé de la surveillance et de la sécurité<sup>1152</sup>. Le rôle de ces professionnels est défini par ladite circulaire et en aucun cas, ils ne doivent empiéter sur leurs missions respectives. Du fait de cette organisation singulière, les personnes hospitalisées sont par intermittence sous la responsabilité de l'administration hospitalière et de l'administration pénitentiaire. L'objectif des UHSA étant de proposer « une organisation interne appropriée des conditions d'hospitalisation garantissant la protection des personnes détenues hospitalisées »<sup>1153</sup>.

Seule l'équipe médicale affectée à cette unité de soins est compétente pour gérer le fonctionnement du service et la sécurité des soins. Toutefois, en application du règlement intérieur de l'établissement de santé, le personnel hospitalier a la possibilité de faire intervenir

---

1150 Loi n°2002-1138 du 9 septembre 2002 d'orientation et de programmation pour la justice, JORF, 10 septembre 2002, p 14934.

1151 Circulaire interministérielle DGOS/R4/PMJ2/2011/105 du 18 mars 2011 relative à l'ouverture et au fonctionnement des UHSA.

1152 Ministère de la Justice, Ministère des affaires sociales de la santé, Guide méthodologique « Prise en charge sanitaire des personnes placées sous-main de justice », 2012, p 48.

1153 PECHILLON E., « Le droit des UHSA : la création progressive de zones pénitentiaires dans les hôpitaux psychiatriques », AJ Pénal, 2010, p 322.



les surveillants pénitentiaires, dès lors qu'une situation représente un incident de nature sécuritaire<sup>1154</sup>. De plus, le personnel a une obligation de signalement lorsqu'existent des absences effectives au sein de la zone de soins<sup>1155</sup>, des manquements graves au règlement intérieur ou des disparitions de matériel. Il a également une mission d'accompagnement envers ce patient, lorsque son état de santé le nécessite, par exemple, lorsqu'il se rend au parloir qui se trouve en zone mixte.

En tout état de cause, les UHSA permettent une nette amélioration de la prise en charge psychiatrique des patients détenus. Cependant, en décembre 2018, l'IGAS souligne dans son rapport *relatif à l'évaluation des UHSA pour les personnes détenues* que « la seconde tranche de construction est fortement attendue afin de mieux répondre aux besoins de cette population »<sup>1156</sup>.

## **2-L'aménagement spécifique des UHSA**

La terminologie même de l'UHSA désigne clairement que cette structure fait l'objet d'une architecture singulière afin de prendre en charge les personnes détenues souffrant de troubles psychiatriques. Cette unité doit aussi satisfaire les exigences de surveillance et de sécurité imposées au regard du statut du patient détenu<sup>1157</sup>. En effet, son architecture prend en compte les contraintes carcérales et doit garantir un espace favorisant une prise en charge psychiatrique de qualité. L'UHSA comprend ainsi une zone d'hospitalisation, une zone mixte (zone d'entrée et de contrôle avec des parloirs), et une zone de sécurité extérieure afin d'anticiper toute évasion ou toute intrusion de la personne détenue hospitalisée<sup>1158</sup>.

La zone d'hospitalisation propose une architecture similaire à celle d'une unité de soins classique avec des chambres individuelles et leurs sanitaires ainsi que des lieux de vie

---

1154 Circulaire interministérielle DGOS/R4/PMJ2 no 2011-105 du 18 mars 2011 relative à l'ouverture et au fonctionnement des unités hospitalières spécialement aménagées (UHSA).

Article R 3214-3 du Code de la santé publique.

1155 La procédure à suivre en cas d'absence irrégulière d'un patient-détenu est prévue à l'article R 3214-13 du Code de la santé publique. Le rapport du CPT en 2012 fait état de trois niveaux d'alerte : gestion de l'incident par l'équipe soignante de l'unité de soins concernée (niveau 1) ; appel en renfort de tout membre du personnel soignant disponible dans les unités de soins voisines (niveau 2) ; réquisition du personnel de surveillance par le personnel hospitalier (niveau 3). Dans l'hypothèse du niveau 3, le patient ne sera plus considéré comme un patient mais comme un détenu.

1156 IGAS, rapport « L'évaluation des UHSA pour les personnes détenues », décembre 2018, p 71. Ministère des solidarités et de la santé, Feuille de route santé mentale et psychiatrie, action n°21, jeudi 28 juin 2018. Ministère des solidarités et de la santé et Ministère de la justice, Le guide méthodologique "prise en charge sanitaire des personnes placées sous-main de justice", 4ème édition, janvier 2018, p 19.

1157 CGLPL, Avis relatif à la prise en charge des personnes détenues atteintes de troubles mentaux, octobre 2019, p 2-3.

PECHILLON E., *op. cit.*

1158 Ministère de la Justice, Ministère des affaires sociales de la santé, Guide méthodologique « Prise en charge sanitaire des personnes placées sous-main de justice », 2012, p 48.

communs. Cependant le statut spécifique du patient détenu nécessite une sécurisation de l'unité de soins. Dès lors, il convient d'étudier les missions du personnel pénitentiaire qui se distingue selon la zone d'intervention.

En application de l'article R 3214-8 alinéa 2 du Code de la santé publique, le personnel pénitentiaire n'intervient en principe pas dans la zone de soins. A titre exceptionnel, il peut agir pour gérer certains risques notamment si une tentative d'évasion est en cours ou que la sécurité des personnes ou des biens est compromise<sup>1159</sup>. A l'extérieur de la zone de soins, l'intervention du personnel pénitentiaire se traduit d'un côté par la garde des patients détenus et d'un autre côté, par le respect des règles pénitentiaires<sup>1160</sup>. Les agents de l'administration pénitentiaire assurent aussi la sécurité dans le SAS d'entrée de l'unité, hors zone de soins<sup>1161</sup>. Pour cette raison, le personnel de santé exerçant dans l'UHSA à titre permanent est également soumis à des contraintes sécuritaires. A ce titre, une autorisation d'accès doit leur être délivrée, dont les modalités sont établies par le directeur de l'établissement de santé et le chef de l'établissement pénitentiaire<sup>1162</sup>. De plus, en vertu des articles 776-1 et R 79 du Code de procédure pénale, le directeur de l'établissement de santé doit vérifier le casier judiciaire du personnel hospitalier qu'il a sous sa direction. Des contrôles d'identité sont obligatoirement effectués concernant le personnel non permanent<sup>1163</sup>.

Il existe aussi des unités adaptées à l'âge du patient.

## **B - Le cas des patients mineurs et âgés**

L'organisation des soins est particulière tant en pédopsychiatrie (1), qu'en gérontopsychiatrie (2).

---

1159 Article R 3214-14 du Code de la santé publique.

1160 Article R 3214-8 du Code de la santé publique.

1161 Il convient de préciser que le personnel pénitentiaire vérifie que toute personne qui souhaite entrer dispose d'une autorisation d'accès ou d'une carte professionnelle et justifie d'une pièce d'identité. Cette personne sera également soumise à des mesures de sécurité telles que le contrôle des objets dont elle a la possession. En cas de refus ou à défaut de pouvoir présenter de telles justifications, les surveillants pénitentiaires auront la possibilité de refuser l'accès à l'UHSA.

1162 Ministère de la Justice, Ministère des affaires sociales de la santé, Guide méthodologique « Prise en charge sanitaire des personnes placées sous-main de justice », 2012, p 42.

1163 A ce titre, le directeur de l'établissement de santé suite à la vérification du bulletin n°2 du casier judiciaire prévient sous la forme d'une note de service le chef de l'établissement pénitentiaire, de l'identité et de la fonction de la personne qui exercera au sein de l'UHSA. Lorsqu'elle se présentera, elle devra justifier de son identité et respecter les contrôles de sécurité dans le SAS d'entrée.

## *1 - L'organisation des soins en pédopsychiatrie*

Les unités de psychiatrie infanto-juvénile accueillent des enfants par tranche d'âge, afin d'adapter au mieux les conditions d'hospitalisation, le rythme ainsi que les règles de vie à la santé physique et mentale du mineur<sup>1164</sup>. A titre d'exemple, le Centre hospitalier Gérard Marchant à Toulouse dispose à la fois de la clinique de Chaurand, accueillant des enfants âgés de cinq à douze ans en hospitalisation à temps plein séquentielle et d'une unité de crise et d'hospitalisation pour adolescents (UCHA) âgés de treize à dix-sept ans pour une hospitalisation de courte durée<sup>1165</sup>. Quel que soit l'âge du mineur accueilli, un entretien de préadmission est programmé entre l'équipe de soins, l'enfant et ses parents, sauf dans l'hypothèse d'une admission en urgence<sup>1166</sup>. D'après les pédopsychiatres, cet entretien a pour finalité de présenter l'établissement, le fonctionnement de l'unité de soins et celui de l'équipe mais surtout, il favorise l'adhésion de l'enfant à son hospitalisation et permet de définir en concertation, le type de prise en charge ainsi que ses modalités.

De plus, la conception du soin en pédopsychiatrie se distingue de la psychiatrie générale, en ce qu'elle attache une grande importance à l'évolution clinique du patient de même qu'à son développement et son cursus scolaire. Dans ce cadre, le diagnostic médical n'est jamais posé de manière définitive jusqu'à l'âge adulte<sup>1167</sup>. Le CGLPL souligne ainsi cette singularité de la prise en charge soignante en pédopsychiatrie et relève que « les équipes font généralement preuve de dynamisme et de volontarisme. Le soin laisse une large place à la parole et aux activités partagées. L'atmosphère, dans ces services, est généralement empreinte de vitalité et de bienveillance »<sup>1168</sup>. A ce titre, dans le rapport du Sénat relatif à *la situation psychiatrique des mineurs en France*, Michel Amiel souligne l'intérêt de la filière de pédopsychiatrie : « les besoins des mineurs en psychiatrie appellent des modalités de prise en charge spécifiques car

---

1164 Voir en ce sens : Défenseur des droits, rapport « Santé mentale des enfants : le droit au bien-être », 2021.

1165 CGLPL, rapport de visite du Centre hospitalier Gérard Marchant, 9 au 16 septembre 2019, p 74.

1166 LANTUEJOUL E., Les spécificités des droits de l'enfant en hospitalisation psychiatrique, mémoire de droit Master 2 (sous la direction de Xavier BIOY), Université Toulouse 1 Capitole, 2014-2015.

CGLPL, rapport « Les droits fondamentaux des mineurs en établissement de santé mentale », novembre 2017, p 36.

1167 Entretien avec le Docteur Jocelyne CALVET, chef du pôle de psychiatrie infanto-juvénile au Centre hospitalier Gérard Marchant.

1168 CGLPL, rapport « Les droits fondamentaux des mineurs en établissement de santé mentale », novembre 2017, p 38.

Site internet du CGLPL : [www.cglpl.fr](http://www.cglpl.fr)

le mineur n'est pas un adulte en miniature. La pédopsychiatrie s'est structurée en discipline médicale pour prendre en compte cette spécificité »<sup>1169</sup>.

De plus, à la différence de la psychiatrie générale, l'équipe de pédopsychiatrie est composée de professionnels spécialisés avec notamment, des éducateurs et des instituteurs qui participent activement à la prise en charge individuelle du patient mineur. Leur expertise est source de complémentarité dans l'ajustement du parcours de soins et de vie de l'intéressé. Leur implication lors des réunions d'équipe est également très importante car leurs observations permettent de moduler les modalités de soins qui sont proposées à l'enfant. Enfin, de nombreuses activités sont suggérées comme l'indique le CGLPL, souvent qualifiées de « thérapeutiques », parce qu'elles se déroulent « sous le regard des soignants et sont considérées comme un support d'observation et d'analyse de l'état clinique de l'enfant »<sup>1170</sup>.

Il existe aussi une organisation des soins adaptée à la prise en charge de la personne âgée souffrant de troubles psychiatriques.

## ***2 -L'organisation des soins en gérontopsychiatrie***

La personne âgée présentant des troubles psychiatriques peut être admise au sein d'une unité de psycho-gériatrie ou d'un EHPAD spécialisé<sup>1171</sup>. La complexité de ce type de prise en charge a conduit à la création de services spécialisés permettant ainsi de réduire la morbi-mortalité iatrogénique et d'améliorer le devenir de patients qui, à la différence de ceux admis dans les unités de soins de longue durée et les EHPAD classiques, sont en moyenne âgés de soixante-cinq ans <sup>1172</sup>. La prise en charge du patient âgé s'articule autour d'un projet de soins individualisé, élaboré en équipe pluridisciplinaire et sous la responsabilité du psychiatre<sup>1173</sup>.

Les unités de psychiatrie générale, les EHPAD, les urgences, voire le médecin traitant peuvent adresser une personne âgée vers les dispositifs spécialisés. Néanmoins, les acteurs

---

1169 SENAT, rapport d'information n° 494 (2016-2017) de Michel AMIEL, fait au nom de la MI situation psychiatrie mineurs en France, déposé le 4 avril 2017.

1170 CGLPL, rapport « Les droits fondamentaux des mineurs en établissement de santé mentale », novembre 2017, p 38.

Site internet du CGLPL : [www.cglpl.fr](http://www.cglpl.fr)

1171 PITAVY M., « Un EHPAD psychiatrique : une première en France et c'est au Puy », Zoomdici.fr, 27 novembre 2020.

Association hospitalière Sainte-Marie, « Établissement d'Hébergement pour Personnes Âgées Dépendantes - EHPAD "Marie Pia" ».

1172 CAMPION T. et BENSADOUN N., « Le rôle d'une équipe de gérontopsychiatrie », Dossier « Accueillir le sujet âgé en psychiatrie », Soins psychiatrie, n°322, mai/juin 2019, p31.

1173 BRIAND K. et FROUIN V., « Accueil en USLD : entre psychose, fantasme et défi », Dossier « Accueillir le sujet âgé en psychiatrie », Soins psychiatrie, n°322, mai/juin 2019, p20.

dénoncent un manque criant de structures<sup>1174</sup>. Ces dernières ont pourtant pour objet à la fois de garantir une qualité de soins adaptés à leur rythme de vie et de répondre à des besoins nés d'une combinaison du vieillissement et des troubles psychiatriques. L'organisation proposée permet ainsi d'offrir une prise en charge mixte : médicale et médico-sociale. Pour cela, une visite médicale hebdomadaire du psychiatre et du gériatre est assurée pour l'ensemble des patients. A défaut, un gérontopsychiatre consulte et suit leur évolution lors d'un entretien approfondi, en moyenne toutes les trois semaines et parfois, en présence de la famille de la personne accueillie<sup>1175</sup>.

De plus, comme l'indique Christophe Arbus, la planification de la vie quotidienne est distincte des unités de psychiatrie générale<sup>1176</sup>. En effet, l'équipe doit organiser les journées en tenant compte de la perte d'autonomie plus ou moins importante de la personne accueillie<sup>1177</sup>. Cette notion de rythme, de temps, est pour le sujet âgé considérée comme un cadre « contenant et sécurisant »<sup>1178</sup>. Le quotidien est notamment cadencé par les soins d'hygiène, pour lesquels l'équipe soignante apporte une aide, dont la teneur est fonction de l'autonomie et par la distribution des traitements ainsi que la gestion du tabac<sup>1179</sup>. L'accompagnement du patient aux différentes activités telles que les Activités physiques adaptées (APA) ou encore aux repas, est également plus important que pour les autres patients de psychiatrie adulte<sup>1180</sup>.

L'aménagement des locaux semble être d'un point de vue environnemental respectueux de l'autonomie de la personne âgée<sup>1181</sup>.

Les unités de soins s'adaptent aux besoins du patient tant du point de vue architectural que de l'organisation des soins. Elles permettent donc un plus grand respect des droits du patient accueilli et sont une garantie de protection.

---

1174 PTSM Haute-Garonne 2021-2025, diagnostic 2019, p 77.

PTSM Haute-Garonne 2021-2025, décembre 2020, p 161 à 166.

1175 CGLPL, Rapport de visite du Centre hospitalier Saint Jean de Dieu, Lyon 8ème, avril 2019, p 85.

1176 Entretien avec le Professeur ARBUS, Chef du pôle psychiatrie du CHU de Toulouse, mars 2021.

1177 CGLPL, Rapport de visite du Centre hospitalier Saint Jean de Dieu, Lyon 8ème, avril 2019, p 85.

1178 GALLIC L., « Une unité spécifique pour les résidents présentant des troubles psychiatriques », Dossier « Accueillir le sujet âgé en psychiatrie », Soins psychiatrie, n°322, mai/juin 2019, p23.

1179 GALLIC L., *op. cit.*, p24.

1180 CGLPL, Rapport de visite du Centre hospitalier Saint Jean de Dieu, Lyon 8ème, avril 2019, p 85.

1181 NUBUKPO P., CLEMENT J-P., "Hospitalisation en psycho-gériatrie et place des autres structures », L'information psychiatrique, 2010/1, Volume 86, p 33-38.

## **§2 - Des unités respectueuses des droits du patient**

La garantie des droits et leur effectivité semblent assurées tant pour les patients détenus en UHSA (A) que pour les mineurs et les personnes âgées dans les unités spécialisées (B).

### **A - Le cas du patient détenu**

La conception de l'unité de soins respecte le principe de dignité humaine (1) et garantit l'exercice des droits fondamentaux du patient détenu (2).

#### ***1 - Le respect de la dignité***

Les UHSA offrent des conditions d'hospitalisation respectueuses de la dignité du patient, à la différence de la prise en charge du détenu placé dans un service de psychiatrie générale. En effet, dans un avis du 14 octobre 2019, le CGLPL souligne à nouveau la situation dégradante voire déshumanisante des personnes détenues hospitalisées sur le fondement de l'article D398 du Code de procédure pénale. Il constate qu'elles sont « presque systématiquement placées en chambre d'isolement et quelquefois sous contention, même si leur état clinique ne le justifie pas, pendant toute la durée de leur séjour »<sup>1182</sup>. Au sein des UHSA, au vu de l'article R 3214-9 du Code de la santé publique<sup>1183</sup> afin de respecter l'intimité du patient détenu, les chambres ne sont pas placées sous vidéo-surveillance, à la différence des espaces communs<sup>1184</sup>.

Au-delà de la dignité c'est l'ensemble des droits du patient détenu qui doit être respecté.

#### ***2 - Le respect des autres droits***

Au regard du fonctionnement de l'unité, le respect du secret médical ainsi que de la confidentialité des soins semblent être assurés, conformément aux dispositions des articles R 3214-5 et R 3214-8 du Code de la santé publique<sup>1185</sup>. Par ailleurs, l'aménagement des locaux de l'UHSA permet de garantir le droit de visite du patient détenu par la création de parloirs

---

1182 CGLPL, Avis relatif à la prise en charge des personnes détenues atteintes de troubles mentaux, novembre 2019, p 3.

1183 Comité européen pour la prévention de la torture, Rapport du 19 avril 2012, p 65.

1184 PECHILLON E., « Le droit des UHSA : la création progressive de zones pénitentiaires dans les hôpitaux psychiatriques », AJ Pénal, 2010, p 322.

1185 CGLPL, Avis relatif à la prise en charge des personnes détenues atteintes de troubles mentaux, 2019, p 2-3.

dans la zone pénitentiaire qui se trouve sous la surveillance des agents pénitentiaires. Ces derniers peuvent malgré tout, entendre les communications du patient détenu<sup>1186</sup>. Néanmoins, les rencontres avec son avocat ou ses visiteurs se déroulent hors présence du personnel pénitentiaire<sup>1187</sup>. De même, durant le séjour hospitalier, la communication téléphonique et les conditions d'accès au téléphone s'effectuent selon les mêmes modalités qu'au sein d'un établissement pénitentiaire. A cet effet, une cabine téléphonique est mise à la disposition du patient au sein de l'unité de soins puisque le téléphone portable lui est interdit eu égard à son statut de personne détenue<sup>1188</sup>.

Cette exigence est également recherchée au sein des unités de soins prenant en charge des patients en fonction de leur âge.

## **B - Le cas des patients mineurs et âgés**

L'agencement des locaux au regard de l'âge du patient mineur (1) et sénior (2) est considéré comme un gage de protection de sa dignité et de ses droits.

### ***1 - Le patient mineur***

Au cours d'une hospitalisation, le droit à l'éducation de l'enfant<sup>1189</sup> est garanti comme l'indique le CGLPL, à la fois par « l'implantation d'une salle de classe au sein de l'unité de soins et par la mise à disposition de locaux permettant des ateliers très variés tels que la musique, le bricolage ou encore le sport »<sup>1190</sup>. D'ailleurs, les activités proposées en pédopsychiatrie sont « plus riches et diversifiées que pour les autres patients hospitalisés dans les services de psychiatrie générale » comme le rappelle le CGLPL. De plus, « les salles collectives offrent un cadre agréable et chaleureux aux enfants hospitalisés. Au même titre

---

1186 Seules les personnes disposant d'un permis de visite peuvent venir rencontrer les détenus hospitalisés au sein de l'unité. Les conditions de délivrance de ce permis sont prévues par le CPP. L'article R 3214-3 fixe par convention les jours, les heures et la durée des visites.

1187 Article R 3214-18 du Code de la santé publique.

1188 Circulaire interministérielle DGOS/R4/PMJ2/2011/105 du 18 mars 2011 relative à l'ouverture et au fonctionnement des UHSA.  
CGLPL, *op. cit.*

1189 Voir en ce sens : Défenseur des droits, rapport « Santé mentale des enfants : le droit au bien-être », 2021.

que les lieux de vie, les salles de visite, situées à l'écart des lieux communs, tentent de préserver la confidentialité des échanges »<sup>1191</sup>.

Les unités de soins sont « spacieuses et comporter un accès à l'air libre » comme le souligne le CGLPL<sup>1192</sup>. L'équipement doit être conforme à la sécurité requise tout en préservant leur dignité et leur intimité<sup>1193</sup>. L'intimité physique de l'enfant doit être respectée au mieux par les équipes médicales. L'aménagement des locaux doit également en tenir compte, particulièrement dans le cas de chambres doubles. Ceci est plus complexe à garantir dès lors que les locaux sont plus anciens. Ainsi, le CGLPL a pu relever qu'il faut parfois « passer par une chambre pour accéder à une autre, avec une absence de sanitaires individuels complets et adaptés »<sup>1194</sup>.

L'extérieur des services est toutefois mieux pensé, puisqu'ils disposent fréquemment d'un jardin ou d'une cour arborée privatisée, afin d'accorder aux patients mineurs des temps à l'air libre plus en accord avec des conditions d'hospitalisation dignes. Pour ceux qui se situent dans des locaux anciens présentant une certaine vétusté, les établissements de santé doivent prévoir dans leur schéma directeur immobilier des projets de réhabilitation voire de nouvelles constructions.

La protection et le respect des droits fondamentaux est également recherchée pour la personne âgée.

## ***2 - Le patient âgé***

La conception de l'unité doit garantir l'intimité et la vie privée de la personne âgée. A la différence des services de psychiatrie générale et des autres unités de soins spécialisées, le patient âgé peut apporter des meubles personnels et les conserver dans sa chambre. Cet aménagement spécifique lui offre alors, un certain confort de vie et lui permet, par la même occasion, de conserver ses repères spatio-temporels. Une telle singularité est justifiée par la nature hybride de certaines unités telles que les USLD.

---

1190 CGLPL, rapport de visite du Centre hospitalier Gérard Marchant, 9 au 16 septembre 2019, p 74.

1191 CGLPL, rapport « Les droits fondamentaux des mineurs en établissement de santé mentale », novembre 2017, p39-40.

1192 CGLPL, rapport « Les droits fondamentaux des mineurs en établissement de santé mentale », novembre 2017, p39-40.

1193 CGLPL, rapport « Les droits fondamentaux des mineurs en établissement de santé mentale », novembre 2017, p39-40.

1194 *Ibid.*



A des fins de protection, ces structures sont fréquemment fermées afin d'adapter la prise en charge de la personne âgée au regard de son état clinique notamment au regard de leur dégénérescence cognitive et de leurs troubles spatio-temporels<sup>1195</sup>. A ce titre, l'entrée dans le service se fait grâce à une porte à digicode. Ce système sécurisé pose parfois des difficultés pratiques puisque rien n'empêche les résidents de se transmettre le code entre eux. Dans cette hypothèse, certains patients s'absentent de l'unité sans autorisation ni surveillance particulière alors même qu'au regard de leur état clinique, une telle sortie n'est pas préconisée. Pour autant, il paraît impossible de ne pas délivrer le code d'accès aux autres patients. Ceci contreviendrait aux principes posés par le Code de la santé publique et le Code de l'action sociale et des familles<sup>1196</sup>. Il faut dans ce cas envisager un autre mécanisme sécurisé : la délivrance d'un badge individualisé et programmé en fonction des restrictions médicales de chaque patient. Ceci permettrait de garantir à la fois sa liberté de circulation et sa protection. Si l'entrée dans le service est envisagée selon l'état de santé de chaque résident, l'accès au jardin l'est également. Au regard des dispositions actuelles, l'architecture des unités spécialisées et les conditions de séjour nous paraissent offrir un respect de la dignité et des droits du sujet âgé.

Si la création de structures spécifiques affirme la prépondérance donnée au statut du patient et semble le protéger, la réalité nous conduit pourtant à tempérer ce constat.

## **Section 2- Une protection en réalité discutable**

Il existe en réalité deux limites. D'abord, il apparaît que dans la pratique la priorité donnée au statut pour protéger le patient est relative. C'est le cas notamment lors de la mise en oeuvre des obligations d'information et de surveillance (§1). Ensuite, lorsqu'une telle priorité est donnée, elle se révèle parfois difficile à concrétiser en pratique (§2).

---

1195 CGLPL, rapport « Les droits fondamentaux des mineurs en établissement de santé mentale », novembre 2017, p 39- 40.

1196 Article L311-3 du Code de l'Action sociale et des familles.  
Article L 3211-2 du Code de la santé publique.

## **§1- Une prépondérance limitée lors de l'application des obligations d'information et de surveillance**

Cette prépondérance semble limitée dans la réalisation de deux obligations incontournables en psychiatrie car le statut n'est pas expressément reconnu par le législateur. Il s'agit d'une part, de l'obligation d'information due à tout patient (A) ainsi que l'obligation de surveillance (B).

### **A - Dans la mise en œuvre de l'obligation d'information**

Le législateur reconnaît une obligation d'information à la charge des professionnels qui varie en fonction du régime de soins psychiatriques et non en fonction du statut du patient (1). Il s'agit alors de proposer la reconnaissance d'une obligation adaptée à ce dernier (2).

#### ***1 – Une obligation d'information différenciée selon le régime de soins psychiatriques***

En soins psychiatriques, il est nécessaire de délivrer à tout patient une information relative à l'évolution de son état clinique, aux possibles changements de sa prise en charge et à ses modalités. Actuellement, le législateur se fonde sur le régime des soins, libres ou contraints. Pour les soins libres, une obligation d'information de droit commun pèse sur le personnel<sup>1197</sup>. Pour les soins sans consentement, l'obligation d'information est renforcée<sup>1198</sup>.

En tout état de cause, les spécificités relatives au statut du patient ne sont pas prises en compte par le législateur, sauf pour le majeur protégé pour lequel, l'équipe doit délivrer une information adaptée à la fois au patient et à son représentant légal. Il est fait référence à l'obligation d'information à destination du représentant légal à plusieurs reprises dans le Code de la santé publique. A ce titre, toute sortie autorisée du patient majeur protégé hospitalisé en soins à la demande d'un tiers nécessite au préalable une information de la personne chargée de sa protection, si ce dernier est le tiers à l'origine de la demande de soins et ce, conformément à l'article L 3211-11-1 du Code de la santé publique. La procédure de contrôle de la mesure de soins devant le JLD fait également l'objet d'une communication auprès du tuteur ou du

---

1197 Article 35 du Code de déontologie médicale.

Articles L. 1112-1 et L1112-2 du Code de la santé publique.

1198 Articles L 3211-2-1 et L3211-3 du Code de la santé publique.

curateur, en application des articles R3211-11, R 3211-13 et R3211-16 du Code de la santé publique.

Hormis cette adaptation le législateur et les professionnels ne tiennent pas compte du statut du patient ce qui pourrait pourtant être bénéfique pour le patient détenu, le mineur et la personne âgée.

## ***2- Vers la reconnaissance d'une obligation d'information adaptée au statut du patient***

La vulnérabilité du patient en raison de son âge ou de sa situation juridique impliquent l'intervention d'une tierce personne dans la démarche de soins. Ainsi, les professionnels de santé ont implicitement une obligation d'information envers cet autre interlocuteur, justifiée par la spécificité de son statut juridique. Cette tierce personne devient en effet décisionnaire et donc acteur dans la prise en charge psychiatrique du patient. Elle constitue une garantie supplémentaire pour sa protection et le respect de ses droits.

A ce titre, l'article L1111-2-II du Code de la santé publique prévoit que l'information est délivrée aux parents, leur permettant de prendre, en toute connaissance de cause, les décisions qui leur semblent les plus conformes à l'intérêt de leur enfant, y compris s'agissant d'une hospitalisation en psychiatrie<sup>1199</sup>. Même s'il est rappelé dans l'article précité du Code de la santé publique que le mineur doit être personnellement destinataire d'une information adaptée à son degré de maturité<sup>1200</sup>. Il faut pouvoir en effet : « l'associer à la prise de décision selon leur âge, sachant qu'elle revient aux titulaires de l'autorité parentale »<sup>1201</sup>. La délivrance de cette information paraît aussi primordiale à l'issue de l'hospitalisation car elle permet d'anticiper la continuité de la prise en charge de la maladie au quotidien et de prévenir de nouvelles crises<sup>1202</sup>. De ce fait, la prise en charge d'un patient mineur nécessite la

---

1199 Article L3211-1 du Code de la santé publique.

Article L3211-10 du Code de la santé publique.

Pour prendre une telle décision et dans l'intérêt de la santé de leur enfant, les parents doivent au préalable être informés de l'état de santé de leur enfant, des conditions de l'hospitalisation et des modalités de prise en charge.

1200 Article L1111-2 II du Code de la santé publique.

Voir également : CGLPL, rapport « Les droits fondamentaux des mineurs en établissement de santé mental », novembre 2017, p 37.

1201 HAS, Recommandation de bonne pratique, « Délivrance de l'information à la personne sur son état de santé », mai 2012.

Voir également : CGLPL, rapport « Les droits fondamentaux des mineurs en établissement de santé mental », novembre 2017, p 37.

1202 CGLPL, *op. cit.*, p 37.

reconnaissance d'une obligation d'information renforcée à la charge de l'équipe médico-soignante.

A l'instar du patient mineur, l'information destinée à la personne âgée, au regard des poly pathologies dont elle souffre, devrait être aussi nécessairement distincte de celles des autres patients. Cela étant, aucune disposition ne consacre une obligation d'information spécifique à l'égard des professionnels de santé, alors même, qu'au regard du vieillissement du patient, les aidants en tant que « protecteurs naturels » pourraient mettre en jeu la responsabilité du personnel. De la même façon que pour le patient mineur, le personnel est débiteur d'une double information à la fois à l'égard du patient âgé et des aidants. Ils sont en effet des personnes ressources pour le patient et jouent un rôle essentiel dans la prise en charge de la personne âgée<sup>1203</sup>. C'est pourquoi, l'obtention d'une information claire et complète est importante afin qu'ils puissent agir dans l'intérêt du patient. De manière générale, une obligation d'information à destination des familles devrait être obligatoire, tout en s'assurant de veiller à préserver le respect du secret médical du patient.

Dans le même sens, la prise en charge du détenu nécessite une délivrance d'information à la fois de nature médicale, administrative et judiciaire. Dans ce cadre, le personnel hospitalier a la charge de transmettre des informations relatives à la situation judiciaire du patient détenu ce qui peut d'une part affecter son état clinique sur un court ou moyen terme et d'autre part, avoir une incidence sur le cours de son hospitalisation<sup>1204</sup>. Ainsi, la saisie judiciaire du dossier médical, le déroulement de l'instruction avec les potentielles confrontations ou encore l'arrivée du procès constituent des événements qui peuvent avoir un impact sur l'évolution de la santé mentale du patient<sup>1205</sup>. De plus, toute décision relative à sa condition carcérale dépend de l'administration pénitentiaire et des autorités judiciaires qui doivent donc être les principaux interlocuteurs en relation avec l'administration hospitalière.

Dès lors, il semble évident qu'une obligation d'information adaptée au statut du patient permettrait de lui garantir une prépondérance protectrice.

Reste à analyser ce qu'il en est de la prépondérance donnée au statut du patient dans l'application de l'obligation de surveillance.

---

1203 DEVERS G., « Familles et psychiatrie : que dit le droit ? », Santé mentale, n°159, Juin 2011, p 81-83.

REBOURG M., « La notion de "proche aidant" issue de la loi du 28 décembre 2015 : Une reconnaissance sociale et juridique. », RDSS, n°4, 2018, p 693-705.

1204 CGLPL, Avis relatif à la prise en charge des personnes détenues atteintes de troubles mentaux, octobre 2019.

1205 CGLPL, Avis relatif à la prise en charge des personnes détenues atteintes de troubles mentaux, octobre 2019.

## **B- Dans la mise en œuvre de l'obligation de surveillance**

Il existe une certaine ambivalence dans l'application de l'obligation de surveillance à la charge des intervenants qui varie d'une part, en fonction du régime de soins psychiatriques et qui s'adapte d'autre part uniquement au statut de la personne détenue et du mineur (1). Il s'agit alors de proposer la reconnaissance d'une obligation adaptée à chacun des statuts et en particulier au majeur protégé et à la personne âgée (2).

### ***1 - Le constat de difficultés***

L'obligation de surveillance semble plus importante en psychiatrie que dans tout autre service médical, comme le rappelle le Professeur Jean-Louis Senon<sup>1206</sup>. Ainsi, la prépondérance donnée au statut du patient est en réalité limitée car l'équipe hospitalière favorise l'application de l'obligation de surveillance selon le régime de soins d'une part et d'autre part, une obligation spécifique semble exister lorsqu'il s'agit d'une personne détenue ou mineure.

S'agissant du détenu, la surveillance incombe à l'administration pénitentiaire mais pèse également sur l'administration hospitalière dès lors qu'il s'agit d'une surveillance médicale. Il existe une forme de coresponsabilité des deux administrations<sup>1207</sup>. De plus, en vertu des articles L4121-1 et L1251-21 du Code du travail applicable à la fonction publique hospitalière, le directeur de l'établissement de santé a une obligation de résultat quant à la sécurité de son personnel. C'est pourquoi, les agents pénitentiaires sont constamment à proximité de l'unité de soins.

S'agissant du mineur confié à un établissement de santé<sup>1208</sup> sur le fondement de l'article 375-9 du code civil : « le service hospitalier devient le gardien de l'enfant et du fait de sa minorité, porte une attention particulière à sa surveillance et à sa sécurité ». Il est souhaitable que le personnel hospitalier identifie les risques spécifiques liés à la prise en charge du mineur, les priorise, et mette en place des mesures de surveillance particulières si l'état clinique le nécessite. Dans ce cadre, le personnel hospitalier peut réaliser les actes usuels relatifs à la surveillance du mineur mais en parallèle doit garantir aux parents, le respect de leurs droits.

---

1206 CAROL J. et SENON J-L., Responsabilité médicale et droit du patient en psychiatrie, Elsevier, 2002, p 27.

1207 Conseil d'Etat, 24 avril 2012, *M.A.*, n° 342104, publié au recueil Lebon.  
Conseil d'Etat, 4 juin 2014, *Mme C. F.*, n°342104.

1208 Voir CGLPL, rapport « Les droits fondamentaux des mineurs en établissement de santé mentale », novembre 2017.

Selon l'article 1242 du Code civil, les parents qui ont conservé leur autorité parentale, sont tenus responsables des dommages commis par leur enfant<sup>1209</sup>.

En conséquence, l'affirmation de la prépondérance donnée au statut du patient dans la mise en œuvre de l'obligation de surveillance paraît lui offrir une protection adaptée. Dès lors, il serait souhaitable de prévoir une telle adaptation pour le majeur protégé et la personne âgée.

## ***2- Vers la reconnaissance d'une obligation de surveillance adaptée au majeur protégé et à la personne âgée***

En principe, le majeur protégé relève de la même surveillance que le patient de droit commun. Pourtant à des fins de protection du patient et selon diverses dispositions du Code de la santé publique, il est nécessaire d'informer le tuteur ou le curateur de toute sortie d'hospitalisation. Il serait opportun d'affirmer la prépondérance de son statut lors de la mise en œuvre de l'obligation de surveillance pour lui offrir une protection adaptée.

L'obligation de surveillance à l'égard de la personne âgée hospitalisée en psychiatrie et parfois, conjointement, souffrant de complications neurodégénératives accompagnées de perte de repères spatio-temporels<sup>1210</sup>, est en pratique très stricte et encadrée au niveau institutionnel. En effet, comme nous l'avons évoqué précédemment, l'organisation et l'architecture se doivent d'offrir une sécurité maximale. Pour autant, cette obligation ne fait pas non plus l'objet d'une codification particulière. Il serait alors opportun de reconnaître pour chacun des statuts une obligation de surveillance adaptée à ses spécificités.

Plus généralement, quand bien même une prépondérance est effectivement accordée au statut du patient, elle peut être source de difficultés au cours d'une hospitalisation.

---

1209 Article 1242 alinéa 4 du Code civil : Le père et la mère, en tant qu'ils exercent l'autorité parentale, sont solidairement responsables du dommage causé par leurs enfants mineurs habitant avec eux. (...) La responsabilité ci-dessus a lieu, à moins que les père et mère et les artisans ne prouvent qu'ils n'ont pu empêcher le fait qui donne lieu à cette responsabilité.

Voir en ce sens TOUZEIL-DIVINA M., « Responsabilité pour faute des actes d'un mineur dément en hôpital de jour : ni risque spécial, ni garde transférée », La semaine juridique, Edition générale n°9, février 2012, p 256.

1210 CAA de Nantes, 13 avril 2018, n°16NT02950.

## **§2 - Une mise en oeuvre complexe de la prépondérance affirmée**

La protection du patient et donc le respect de ses droits sont remis en question par l'application complexe des règles relatives à la prise en charge psychiatrique. Celle-ci s'explique d'un côté, par une imbrication ambivalente entre le statut du patient et le régime de soins psychiatriques (A) et d'un autre côté, par une combinaison complexe des différents statuts (B).

### **A - L'imbrication du statut du patient et du régime de soins psychiatriques**

L'imbrication des statuts entraîne un manque de cohérence dans l'application des dispositions légales (1) et nous conduit à formuler quelques propositions (2).

#### ***1 - Un manque de lisibilité des règles relatives à la prise en charge du patient***

La prise en compte prédominante du statut a des incidences sur l'exercice des droits du patient et sur sa protection tant au sein des unités de psychiatrie générale qu'au sein des unités spécialisées.

Dans les services de psychiatrie générale, le régime de soins permet en principe, une prise en charge et un exercice des droits du patient différencié. Pourtant, comme on l'a précédemment analysé, il semblerait en réalité qu'existe une prise en charge identique pour tous les patients, qu'ils soient en soins libres ou en soins sans consentement. Ceci incite les professionnels de santé à favoriser en priorité, les spécificités liées au statut du patient et à lui assurer un exercice approprié de ses droits. Ainsi, ils mettent en oeuvre des mesures restrictives de droits de manière adaptée et proportionnée au statut du patient. Une telle prise en charge accroît inévitablement l'indifférence du régime de soins psychiatriques. C'est le cas par exemple de la consommation du tabac du majeur protégé qui va dépendre directement de la gestion financière de son mandataire, sans considération de son régime de soins.

Ceci vaut également pour les unités de soins spécialisées car l'équipe ne fait aucune distinction entre le régime des soins libres et celui des soins sans consentement. Par exemple, au sein des unités de pédopsychiatrie, les professionnels de santé prennent en charge de la même manière un mineur, qu'il soit placé sur demande de ses parents ou sur le fondement

d'une ordonnance de placement provisoire<sup>1211</sup>. Les professionnels vont privilégier naturellement les droits fondamentaux en sa qualité de patient mineur plutôt que les modalités de prise en charge en fonction de son régime de soins. A titre d'exemple, la procédure pour les permissions de sortie est la même, que l'enfant soit hospitalisé en soins libres ou en soins contraints. Elles sont toutes soumises à une autorisation médicale et parentale, sauf si le juge a expressément prévu dans sa décision un retrait total ou partiel de l'autorité parentale.

Ce phénomène est également constaté au sein des UHSA. En effet, les équipes font primer la qualité de personne détenue hospitalisée. A ce titre, au sein de l'unité de soins, la libre circulation est autorisée pour l'ensemble des patients sans considération de leur régime de soins tout comme pour les sorties dans la cour extérieure du service.

Aussi, l'absence de priorisation de la part du législateur accentue ce manque de lisibilité des règles et nécessite donc des propositions d'amélioration.

## ***2 - De quelques propositions pour une meilleure articulation entre le statut du patient et le régime de soins***

Se pose la question du choix de la protection du patient la plus appropriée et de sa mise en œuvre. En effet, la rédaction du titre premier du livre II relatif aux « Modalités de soins psychiatriques » du Code de la santé publique<sup>1212</sup> fait primer de notre point de vue, tantôt le régime de soins psychiatriques tantôt les spécificités liées au statut du patient. Il serait donc souhaitable de proposer des outils permettant une meilleure lecture de ces règles.

Dans un premier temps, il serait possible d'harmoniser les dispositions dispersées dans les différents Codes, qui ne s'articulent pas voire se contredisent entre elles. Un cas représentatif en la matière est fourni par celui du majeur protégé. En effet, les mentions du Code civil et du Code de la santé publique étaient difficiles à articuler, notamment pour garantir l'expression de la volonté du patient<sup>1213</sup>. Depuis l'ordonnance du 11 mars 2020<sup>1214</sup>, une meilleure articulation et lisibilité des dispositions des différents codes est enfin possible.

---

1211 CGLPL, rapport « Les droits fondamentaux des mineurs en établissement de santé mental », novembre 2017, p 36.

1212 Articles L 3211-1 à L3216-1 du Code de la santé publique.

1213 Défenseur des droits, rapport « Protection juridique des majeurs vulnérables », septembre 2016.

1214 Ordonnance n° 2020-232 du 11 mars 2020 relative au régime des décisions prises en matière de santé, de prise en charge ou d'accompagnement social ou médico-social à l'égard des personnes majeures faisant l'objet d'une mesure de protection juridique.



Le législateur pourrait dans un second temps, envisager un regroupement des dispositions relatives à une catégorie de patient dans un même chapitre du Code de santé publique. Ce regroupement permettrait à la fois de reconnaître les spécificités et les garanties relatives à chaque statut de patient et d'assurer une meilleure lisibilité du dispositif juridique dans son ensemble. Par exemple, le Cercle de réflexion et de proposition d'actions sur la psychiatrie (CRPA) propose de regrouper dans un même chapitre les dispositions relatives à la protection du patient mineur en psychiatrie qui sont actuellement issues du Code civil et du Code de la santé publique<sup>1215</sup>.

Enfin, il serait souhaitable d'élaborer un mécanisme de renvoi. Ainsi, à la lecture d'un article du Code de la santé publique, une disposition spécifique du même code ou d'un code différent pourrait être systématiquement visée. Ce système existe déjà pour les règles applicables à certains patients, à titre d'illustration, l'article L 3211-12-1 du Code de la santé publique fait référence à l'article 706-135 du Code de procédure pénale relatif à la déclaration d'irresponsabilité pénale pour cause de trouble mental mais ne paraît pas suffisamment abouti. En tout état de cause, il serait opportun de constituer un groupe de réflexion sur ce sujet afin de proposer un travail rédactionnel.

Il convient désormais de souligner que les difficultés de protection résultent aussi d'une imbrication entre les différents statuts de patients.

## **B - La difficile combinaison entre les différents statuts**

Cette articulation complexe entre statuts est source d'insécurité juridique pour le patient de manière générale, (1) et pour le patient mineur en particulier (2).

### ***1- Le risque d'une insécurité juridique pour tout patient***

Actuellement, le manque de lisibilité et de clarté des dispositions relatives à chaque statut de patient ne permet pas aux équipes soignantes de les mettre en œuvre de façon appropriée et de les articuler. Seuls les professionnels de santé ayant plusieurs années d'expérience disposent des compétences nécessaires et acquièrent une vision globale suffisante pour appréhender les droits du patient et les spécificités<sup>1216</sup>. Pour le reste, la plupart des acteurs de santé ne sont pas

---

1215 Site internet du CRPA : <https://psychiatrie.crpa.asso.fr>

1216 CGLPL, rapport « Soins sans consentement et droits fondamentaux », 2020, p 150.

informés des dispositions juridiques applicables en la matière. Ils sont dans l'incapacité de sélectionner la disposition la plus adéquate. Par exemple, si l'on prend en charge un majeur protégé de la même manière qu'une personne âgée non protégée sans prendre en considération les singularités liées à son statut, inévitablement ses droits risquent de ne pas être respectés. La responsabilité des professionnels est alors susceptible d'être engagée bien que les pouvoirs publics et le législateur ne leur donnent pas les moyens de protéger correctement ces publics spécifiques. Les personnes hospitalisées sont en droit de demander réparation d'un préjudice subi du fait d'une prise en charge inadaptée.

Dans le même sens, lorsqu'un patient détenu est pris en charge dans une unité de psychiatrie générale, l'équipe soignante ne peut lui garantir l'exercice des droits liées à son statut. Dès lors, il ne peut recevoir de visites puisque les conditions sécuritaires ne sont pas réunies dans ce type de service, tout comme il ne peut ni téléphoner, ni commander des denrées alimentaires ou autres produits sur un catalogue fourni en principe, par l'administration pénitentiaire. Ainsi, dans une telle situation, il est privé de certains droits.

Les difficultés semblent particulièrement importantes pour le patient mineur hospitalisé.

## ***2- Le risque spécifique à l'égard des mineurs***

Dans ce cadre, deux catégories de patients méritent particulièrement notre attention : le mineur émancipé et le mineur toxicomane. En raison de leur minorité, ces patients présentent une vulnérabilité singulière qui est renforcée par leur situation juridique<sup>1217</sup> ou une situation médicale complexe.

Le CGLPL précise en effet que la situation du mineur émancipé diffère de celle du mineur de droit commun pour lequel les règles du Code civil s'appliquent en matière de santé<sup>1218</sup>. Selon les termes de l'article L3211-10 du Code de la santé publique : « la décision d'admission en soins psychiatriques d'un mineur ou la levée de cette mesure sont demandées, selon les situations, par les personnes titulaires de l'exercice de l'autorité parentale ou par le tuteur ». Or, l'expression « selon les situations » est très vague, car il n'est pas possible de savoir avec certitude s'il est fait référence implicitement aux mineurs émancipés. Surtout, aucune précision n'est donnée sur la procédure à suivre. Il faut pour cela se reporter aux articles 413-1

---

1217 Loi n° 2022-140 du 7 février 2022 relative à la protection des enfants.

1218 CGLPL, rapport « Les droits fondamentaux des mineurs en établissement de santé mental », novembre 2017, p 14.

et suivants du Code civil, afin de comprendre que le mineur émancipé est juridiquement assimilé à un majeur et qu'il peut accomplir seul les actes de la vie civile<sup>1219</sup>. Dès lors, un mineur émancipé qui bénéficie à titre personnel des remboursements de soins par les organismes sociaux, peut consentir seul aux soins sans autre condition. Ainsi, par analogie, l'admission en soins psychiatriques d'un patient mineur émancipé semble être celle prévue pour un patient adulte. Or, si les professionnels intervenant dans la prise en charge du mineur n'en ont pas connaissance, ses droits et les garanties légales afférentes ne seront pas respectés. Le mineur toxicomane pour sa part, est, à la différence du mineur de droit commun soumis à l'autorité parentale, bénéficiaire d'une exception d'autonomie lorsqu'il est en demande de soins en application des articles L1111-5 et L 3414-1 du Code de la santé publique combinés<sup>1220</sup>. Pourtant, si l'on se réfère à l'article L3211-10 du Code de la santé publique, l'admission en soins psychiatriques n'est possible que sur demande des titulaires de l'autorité parentale. Là encore, au sein du chapitre premier du Code de la santé publique intitulé « Droits des personnes faisant l'objet de soins psychiatriques »<sup>1221</sup>, il n'est pas fait référence aux mineurs souffrant de troubles addictifs. Cette spécificité n'est d'ailleurs pas plus mise en avant pour le patient adulte. Egalement si l'on se réfère aux articles L3411-9 et L3414-1 du Code de la santé publique : « l'anonymat et la gratuité des soins sont admis pour les personnes accueillies dans les centres d'accueil et d'accompagnement à la réduction des risques pour usagers de drogue »<sup>1222</sup>. Dès lors, comme le souligne le CGLPL : « l'anonymat ne permet pas de distinguer entre majeurs et mineurs et ces derniers peuvent y être accueillis sans autorisation parentale »<sup>1223</sup>. En conséquence, lorsque le mineur toxicomane est en demande de soins psychiatriques, rien n'indique si l'exception d'autonomie prévue aux articles précités s'applique ou pas. Dès lors, l'équipe se trouve confronter à une imbrication de statuts spécifiques, faisant référence à une diversité de dispositions, qu'elle ne sait pas appliquer ni prioriser.

---

1219 Article 413-6 du Code civil.

1220 CGLPL, rapport « Les droits fondamentaux des mineurs en établissement de santé mentale », novembre 2017, p 17.

Voir également site internet : [psychiatrie.crupa.asso.fr](http://psychiatrie.crupa.asso.fr)

1221 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.

1222 CGLPL, rapport « Les droits fondamentaux des mineurs en établissement de santé mentale », novembre 2017, p 17.

1223 CGLPL, rapport « Les droits fondamentaux des mineurs en établissement de santé mentale », novembre 2017, p 17.

De ce fait, la prépondérance donnée au statut du patient, qui plus est inégale, se traduit par un affaiblissement de la protection des droits du patient. Ainsi, il semble nécessaire d'aider les professionnels de santé à s'approprier la législation en vigueur pour améliorer la qualité de la prise en charge du patient hospitalisé et par la même occasion, sécuriser leurs pratiques professionnelles<sup>1224</sup>.

---

1224 DUJARDIN V., PECHILLON E., « La judiciarisation des soins psychiatriques : le point de vue du juriste », *L'information psychiatrique*, 2015/6, volume 91, p 459 à 469.

## **Chapitre 2 - Le rétablissement d'un équilibre par l'adaptation de la formation des intervenants**

En vue d'une amélioration à la fois des pratiques professionnelles et de la protection accordée au patient, il convient à présent d'envisager le développement d'une formation appropriée. Cette dernière nous paraît être le moyen le plus adapté pour pallier le déséquilibre constaté d'une part, entre les exigences imposées par le législateur et les pratiques médico-soignantes mises en œuvre et d'autre part, entre la protection liée au régime de soins psychiatriques et celle liée au statut du patient. A cette fin, il faut dans un premier temps, accroître la spécialisation de la formation des personnels soignants (Section 1) et dans un second temps, l'étendre auprès de l'ensemble des acteurs intervenant dans le dispositif de soins (Section 2).

### **Section 1- Une spécialisation renforcée de la formation des personnels soignants**

Le respect des procédures juridiques ou encore le respect des droits du patient hospitalisé sont insuffisamment abordés au cours des formations initiales et continues des médecins et infirmiers. Il nous semble aujourd'hui nécessaire de consolider la spécialisation de la formation délivrée au personnel médico-soignant (§1). Ceci améliorerait de facto la protection du patient (§2).

#### **§1- Le contenu de la spécialisation**

Les professionnels concernés doivent pouvoir bénéficier de connaissances approfondies pour exercer la psychiatrie. Pour autant, de nombreuses lacunes sont aujourd'hui constatées. C'est pourquoi, il est essentiel de renforcer la spécialisation de cette formation à la fois en psychiatrie (A) et en droit (B).

#### **A- Le développement de la spécialisation de la formation en psychiatrie**

Tant le cursus universitaire que les stages, ne permettent ni aux médecins (1) ni aux infirmiers (2), d'acquérir une spécialisation en psychiatrie satisfaisante.

## ***1- Dans les cursus médicaux***

Dans le cadre des cursus médicaux, un besoin apparaît d'accroître la spécialisation des psychiatres (a) et ensuite, celle des médecins généralistes (b).

### **a- Les psychiatres**

En 1982, une réforme a supprimé l'internat de psychiatrie créé en 1968<sup>1225</sup> et a abouti au retour de la formation des psychiatres dans les Centres hospitaliers universitaires (CHU)<sup>1226</sup>. Selon Michel Laforcade, seulement 2,3% des psychiatres en France sont universitaires. Ceci conduit à un taux d'encadrement très faible des internes<sup>1227</sup>, alors même que le nombre de postes d'internes en psychiatrie est élevé contrairement aux autres spécialités<sup>1228</sup>.

En parallèle, le nombre de praticiens de secteur reste faible car les jeunes psychiatres formés se tournent de plus en plus vers l'exercice libéral ou le secteur privé. Ceci a pour effet d'accentuer le déficit médical en psychiatrie publique qui engendre inévitablement des prises en charge délétères. Le CGLPL relève également qu' « au sein des CHU, certains professeurs conservent des chaires de psychiatrie alors même qu'ils n'interviennent plus au sein des services d'hospitalisation »<sup>1229</sup>. Un tel constat a nécessairement des conséquences sur la formation et l'apprentissage des internes. En effet, en l'absence d'un psychiatre senior, les internes ne peuvent appréhender les enjeux et spécificités de cette discipline médicale, tels que le régime des soins sans consentement ou l'exercice singulier des droits fondamentaux du patient hospitalisé.

De surcroît, la formation telle qu'elle est construite et délivrée aujourd'hui peut, sur le long terme, avoir des effets néfastes sur la protection des droits du patient. De notre point de vue,

---

1225 Loi n° 68-978 du 12 novembre 1968 d'orientation de l'enseignement supérieur.

1226 Loi n° 82-1098 du 23 décembre 1982 relative aux études médicale et pharmaceutiques.

HARDY-DUBERNET A-C., ARLIAUD M., HORELLOU-LAFARGE C., LE ROY F., BLANC M-A., La réforme de l'internat de médecine de 1982 et ses effets sur les choix professionnels des médecins : Recherche réalisée dans le cadre du programme INSERM/CNRS/MIRE 98 : Processus de décision et changements des systèmes de santé, 2001.

1227 LAFORCADE M., Rapport « relatif à la santé mentale », octobre 2016, p 69.

COUTY E. Rapport « Missions et organisation de la santé mentale et de la psychiatrie », recommandation n°13, janvier 2009, p 36.

Dans son rapport, il souligne : « la participation active des psychiatres hospitaliers non universitaires à l'enseignement et à la formation ».

COUTY E., rapport « Missions et organisation de la santé mentale et de la psychiatrie », janvier 2009, p 37.

1228 CGLPL, rapport « Soins sans consentement et droits fondamentaux », mars 2020, p 68.

1229 CGLPL, *op.cit.*, p 68-69.

elle ne prépare pas suffisamment les psychiatres à prendre en charge les personnes relevant du secteur public<sup>1230</sup> que ce soit celles en grande précarité, en soins sans consentement, les irresponsables pénaux ou encore les personnes détenues. Ces trois dernières catégories de patients ne sont pas hospitalisées dans le secteur privé sauf si les établissements de santé sont habilités à prendre en charge des patients en soins sans consentement<sup>1231</sup>.

Enfin, il convient de souligner que la formation des psychiatres est encore fortement cloisonnée entre le secteur sanitaire, social et médico-social. Seuls deux stages de six mois hors psychiatrie sont proposés tout au long du cursus. En général, les internes choisissent à 90% la neurologie, la médecine générale ou la pédiatrie<sup>1232</sup>. Cela a plusieurs conséquences : l'apprentissage des missions et le rôle des acteurs provenant tant du secteur social que du médico-social est amoindrie ; de plus, la construction du parcours de soins et de vie du patient hospitalisé n'est pas complètement coordonnée ni intégrée.

Les médecins généralistes rencontrent, eux aussi, au cours de leur exercice, de nombreuses problématiques de psychiatrie et de santé mentale qui nécessitent une formation adaptée.

## **b- Les médecins généralistes**

Les médecins généralistes sont des acteurs de premier recours dans le parcours de soins des personnes souffrant de troubles mentaux. Paradoxalement, plusieurs rapports soulignent le manque de formation à cette discipline médicale. Il est donc recommandé d'inclure dans leur cursus universitaire, un stage au sein d'un établissement psychiatrique afin de mieux appréhender et diagnostiquer la maladie mentale. Ce stage aurait pour finalité de les sensibiliser à ces pathologies et de conforter leur rôle dans la prise en charge du patient psychiatrique<sup>1233</sup>. Afin de promouvoir le repérage précoce, la prévention et l'élaboration du diagnostic psychiatrique, ces professionnels de première intention ont tout intérêt à avoir des

---

1230 CGLPL, rapport « Soins sans consentement et droits fondamentaux », mars 2020, p 67.

1231 Articles L 6112-3 et R 6112-1 du Code de la santé publique.

1232 LAFORCADE M., « Rapport relatif à la santé mentale », Octobre 2016, p 69.

1233 LAFORCADE M., *op.cit.*, p 70.

Assemblée nationale, rapport d'information « en conclusion des travaux de la mission relative à l'organisation de la santé mentale », 18 septembre 2019, p125.

Ministère des Solidarités et de la Santé, Feuille de route « Santé mentale et psychiatrie », Jeudi 28 juin 2018.

Voir site internet : [vie-publique.fr](http://vie-publique.fr)

COUTY E., rapport « Missions et organisation de la santé mentale et de la psychiatrie », recommandation n°15, janvier 2009, p 37-38.

connaissances en la matière : « il est impératif et urgent de former les généralistes aux questions de santé mentale »<sup>1234</sup>.

Afin de pallier les besoins identifiés par ces professionnels de santé, un dispositif permettant à des psychiatres d'accompagner et de venir en appui des médecins généralistes est en pleine expansion. Il constitue un moyen d'accroître les connaissances des médecins généralistes en psychiatrie et santé mentale directement sur le terrain. Il s'agit du Dispositif de soins partagés en psychiatrie (DSPP), qui existe en Haute-Garonne<sup>1235</sup> et dans les Yvelines, et pourrait être un modèle à transposer dans d'autres territoires<sup>1236</sup>. Maurice Benssoussan, médecin à l'origine de ce dispositif sur Toulouse, souligne qu'il est novateur et propose « des consultations d'avis psychiatrique et de suivi conjoints pour aider les médecins généralistes dans la prise en charge des patients souffrant de troubles mentaux »<sup>1237</sup>. Il vise à faciliter l'accès aux soins psychiatriques des personnes malades en proposant notamment une évaluation et une orientation adaptée dans un court délai<sup>1238</sup>. A travers la mise en place d'un tel outil, les liens entre la médecine de ville et l'hôpital se renforcent peu à peu et la spécialisation en psychiatrie s'étend progressivement<sup>1239</sup>.

Par ailleurs, les cursus paramédicaux et particulièrement celui des infirmiers, sont eux aussi concernés par ce manque de spécialisation.

---

1234 Assemblée nationale, rapport d'information en conclusion des travaux de la mission relative à l'organisation de la santé mentale », 18 septembre 2019, p125.

Dans le même sens : « Augmentation du nombre de stages en santé mentale pendant les études de médecine générale pour qu'à terme chaque étudiant en médecine générale ait eu une expérience dans le champ de la psychiatrie et de la santé mentale », *Ma santé* 2022, Dossier de presse septembre 2018, p 29.

1235 Partenariat entre l'Union régionale des professionnels de santé (URPS), le CHU de Toulouse et le Centre hospitalier Gérard Marchant.

1236 Assemblée nationale, rapport d'information en conclusion des travaux de la mission relative à l'organisation de la santé mentale », 18 septembre 2019, p125.

1237 Site internet de l'URPS : <https://www.medecin-occitanie.org/le-dspp/>

1238 *Ibid.*

1239 LABOUTIERE J-J., « Psychiatrie de ville et coordination des soins », *L'information psychiatrique*, 2017/9, volume 93, p 746 - 753.



## 2- Dans le cursus infirmier

Le décret du 23 mars 1992 a mis fin au double cursus infirmier préexistant<sup>1240</sup> et propose un diplôme d'infirmier commun. Dans ce cadre, la spécialisation des infirmiers en psychiatrie disparaît<sup>1241</sup>, alors même qu'elle a fait l'objet d'une évolution par la mise en place d'une formation d'adaptation au poste et par la création d'un tutorat<sup>1242</sup>. A ce titre, pour le CGLPL : « cette absence de formation n'est compensée qu'après plusieurs années de pratique ». Il recommande alors que tout infirmier souhaitant exercer dans un service de psychiatrie puisse suivre un cursus spécialisé d'une durée d'au moins six mois supplémentaire<sup>1243</sup>. Il nous semble donc urgent de développer au sein de la formation initiale proposée par les Instituts de formation en soins infirmiers (IFSI), une unité d'enseignement concernant spécifiquement la psychiatrie et la santé mentale et par la même occasion, de rendre obligatoire le stage en secteur psychiatrique pour avoir une approche globale des spécificités reconnues<sup>1244</sup>. En effet, si quatre terrains de stage sont obligatoires durant la formation initiale des infirmiers diplômés d'Etat (IDE), dont celui des soins en santé mentale et psychiatrie, rien n'indique que celui-ci doit se réaliser dans le secteur public<sup>1245</sup>.

Cependant, dans le cadre de la loi *de modernisation de notre système de santé* en date du 26 janvier 2016<sup>1246</sup>, une avancée notable de la formation des infirmiers est à souligner : une spécialisation en psychiatrie et santé mentale leur est proposée ce qui va leur permettre d'acquérir sur deux ans de véritables connaissances dans cette discipline<sup>1247</sup>. Ce diplôme

---

1240 Décret du 27 juin 1922 portant institution du brevet de capacité d'infirmières professionnelles.

Arrêté du 3 février 1949 relatif à l'exercice de la profession : titres et diplômes.

1241 Décret n°92-264 du 23 mars 1992 modifiant le décret no 81-306 du 2 avril 1981 modifié relatif aux études conduisant au diplôme d'Etat d'infirmier et d'infirmière.

CGLPL, rapport « Soins sans consentement et droits fondamentaux », mars 2020, p 68.

COUTY E., rapport « Missions et organisation de la santé mentale et de la psychiatrie », recommandation n°15, janvier 2009, p 38.

LAFORCADE M., « Rapport relatif à la santé mentale », Octobre 2016, p 70.

1242 COUTY E., rapport « Missions et organisation de la santé mentale et de la psychiatrie », recommandation n°15, janvier 2009, p 38.

LAFORCADE M., « Rapport relatif à la santé mentale », Octobre 2016, p 71.

1243 CGLPL, *op. cit.*, p 69.

1244 COUTY E., *op. cit.*

1245 Arrêté du 31 juillet 2009 relatif au diplôme d'Etat d'infirmier.

1246 Article 119 de la loi n°2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé.

Article L 4301-1 du Code de la santé publique.

Décret n° 2019-835 du 12 août 2019 relatif à l'exercice infirmier en pratique avancée et à sa prise en charge par l'assurance maladie.

Décret n° 2019-836 du 12 août 2019 relatif au diplôme d'État d'infirmier en pratique avancée mention psychiatrie et santé mentale.

Décret n° 2018-633 du 18 juillet 2018 relatif au diplôme d'État d'infirmier en pratique avancée.

Décret n° 2018-629 du 18 juillet 2018 relatif à l'exercice infirmier en pratique avancée.

1247 LAFORCADE M., « Rapport relatif à la santé mentale », Octobre 2016, p 72.

d'Infirmiers de pratiques avancées (IPA) vise à répondre aux enjeux d'un système de santé en pleine mutation<sup>1248</sup>. À l'interface de l'exercice infirmier et de l'exercice médical, l'IPA va disposer de compétences élargies par rapport à celles de l'IDE<sup>1249</sup>. L'IPA peut ainsi réaliser des actes réservés habituellement aux médecins tels que la prescription d'examen complémentaires et de prévention ou encore le renouvellement de certaines prescriptions médicales<sup>1250</sup>. Ce nouveau métier a pour objet d'améliorer l'accès aux soins psychiatriques, ainsi que la qualité et la fluidité des parcours de soins des patients souffrant de troubles mentaux<sup>1251</sup>.

Il convient également de mettre en lumière l'absence d'enseignements juridiques au sein des formations initiales médicale et infirmière.

## **B- Le développement de la spécialisation de la formation en droit**

Les soins psychiatriques prodigués en fonction du régime de soins et selon le statut du patient nécessitent une spécialisation juridique, tout du moins, une maîtrise de connaissances supplémentaires. Cela est vrai tant pour les médecins (1) que pour les infirmiers (2).

---

COUTY E., rapport « Missions et organisation de la santé mentale et de la psychiatrie », recommandation n°16, janvier 2009, p 38.

1248 Un IPA est un infirmier expérimenté qui a obtenu son diplôme d'Etat d'IPA et qui travaille au sein d'une équipe de soins, ambulatoire ou hospitalière.

Voir en ce sens, CHASSAGNOUX A., GAYE P-Y., *Infirmier en pratique avancée- IPA, mention psychiatrie et santé mentale*, Foucher, collection IPA, 2022.

1249 PERRIN-NIQUET A., « De l'infirmier de secteur psychiatrique à l'infirmier de pratique avancée en santé mentale et psychiatrie », *L'information psychiatrique*, 2020/7, volume 96, p 511 à 517.

GAKOU S., « Infirmière en pratique avancée dans le domaine de la psychiatrie », *L'information psychiatrique*, 2020/7, volume 96, p 533 à 537.

1250 Décret n° 2018-629 du 18 juillet 2018 relatif à l'exercice infirmier en pratique avancée.

AMBROSINO F., *Le guide de l'Infirmier en pratique avancée*, Vuibert, 2ème édition, février 2021, p 46 à 48.

1251 MARGAT A., DEBOUT C., MERCIER A., CHEVALLIER F., « Le nouveau métier diplôme d'état infirmier en pratique avancée mention psychiatrie et santé mentale », *L'information psychiatrique*, 2020/7, volume 96, p 545 à 552.

POIROT-MAZERES I., « Pratiques avancées et médecine de parcours », *RDSS*, n° 3, 2021, p 425.

## *1- Dans les cursus médicaux*

Le Diplôme d'études spécialisées (DES) en psychiatrie, qui se compose de trois phases, propose une formation à l'exercice de la psychiatrie générale. La lecture du programme permet de constater que peu d'unités d'enseignements ont trait au droit<sup>1252</sup>.

Tout d'abord, dans la phase socle de la formation, des connaissances de base sont à assimiler, notamment un module qui correspond aux « modalités de demande de mise sous mesure juridique de protection des majeurs »<sup>1253</sup>. Puis, des compétences spécifiques sont également à acquérir. Les items enseignés sont les suivants : « délivrer une information au patient et à la famille », « demander et recevoir le consentement du patient », « rédiger les certificats sous contrainte » et « connaître leurs conditions de mise en œuvre » ou encore « demander une ordonnance de placement provisoire »<sup>1254</sup>. Ainsi, les thématiques traitées abordent un cadre juridique en particulier, mais n'abordent pas de manière globale ni les droits du patient ni les obligations spécifiques des psychiatres dans l'exercice de leurs fonctions.

Ensuite, durant la phase d'approfondissement, les connaissances spécialisées suivantes sont abordées : « recommandations actuelles de bonnes pratiques et cadre législatif des soins psychiatriques et du handicap », puis « organisation de l'offre de soins psychiatriques en France ». Des compétences doivent également être acquises, telles que savoir se coordonner avec d'autres professionnels impliqués dans la prise en charge du patient, savoir repérer une situation de maltraitance, connaître les modalités d'intervention et de signalement ainsi que s'initier à la rédaction des différents types de certificats.

Enfin, dans la phase de consolidation, il n'existe pas de cours particuliers sur des thématiques transversales et juridiques car les stages et la pratique sont priorisés.

Après avoir fait état du programme du DES<sup>1255</sup>, il convient de noter qu'une formation relative à la rédaction des certificats médicaux pour les mesures de soins sans consentement est délivrée seulement lors de la troisième phase de l'internat. Pourtant, la judiciarisation de cette discipline médicale fait de ce sujet un enjeu majeur pour les psychiatres car ces certificats peuvent avoir des incidences à la fois sur la responsabilité du professionnel et sur la régularité de la procédure à l'origine de la mesure de soins. À la différence de ceux des autres spécialités, ces certificats doivent être circonstanciés puisqu'ils motivent le placement ou la poursuite des soins psychiatriques sans consentement sur décision du préfet ou du directeur

---

1252 Arrêté du 12 avril 2017 portant organisation du troisième cycle des études de médecine.

1253 *Ibid.*

1254 *Ibid.*

1255 *Ibid.*

d'établissement<sup>1256</sup>. De plus, ces documents médico-légaux sont fréquemment lus et analysés par des autorités administratives ou judiciaires, notamment lors de la saisie des dossiers médicaux dans le cadre d'une instruction ou encore, lors du contrôle de la mesure de soins sans consentement par le JLD. Ainsi, conformément à l'article L1110-4 du Code de la santé publique et à l'article L 226-13 du Code pénal, le diagnostic ne doit pas être révélé dans le certificat ou dans l'avis médical. Néanmoins, la symptomatologie constatée du patient doit être décrite pour que le certificat soit suffisamment précis et motivé<sup>1257</sup>. Par exemple, un médecin qui révélerait les antécédents médicaux de la famille et établirait clairement le diagnostic du patient pourrait engager sa responsabilité professionnelle. Par son action, un non-respect du secret médical serait constitué et pourrait dès lors, justifier une levée de la mesure de soins sans consentement par le JLD. En vue d'une meilleure appréhension de tous ces enjeux, il nous paraît nécessaire de proposer à ces jeunes praticiens, une formation juridique adaptée dès la seconde phase de l'internat.

Dans le même sens, nous allons mettre en évidence les besoins en formation des infirmiers, qui sont constamment confrontés à des problématiques liées à l'exercice des droits du patient.

## ***2 - Dans le cursus infirmier***

Le diplôme de l'IDE issu de l'arrêté en date du 31 juillet 2009 propose un programme au sein duquel plusieurs thématiques relèvent des soins délivrés en psychiatrie telles que : « le processus psychopathologique », « les soins relationnels infirmiers, éducatifs et préventifs », ou encore « la gestion des risques »<sup>1258</sup>. Concernant les sciences sociales et la législation, les unités d'enseignement intitulées : « Psychologie, sociologie et anthropologie », et « Législation, éthique, déontologie » abordent brièvement les droits du patient hospitalisé, les soins sans consentement et l'obligation de soins en psychiatrie<sup>1259</sup>.

---

1256 Instruction interministérielle DGS/MC4/DGOS/DLPAJ n° 2014-262 du 15 septembre 2014 relative à l'application de la loi n° 2013-869 du 27 septembre 2013 visant à modifier 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.

1257 HAS, Recommandation de bonne pratique, « Aide à la rédaction des certificats et avis médicaux dans le cadre des soins psychiatriques sans consentement d'une personne majeure à l'issue de la période d'observation de 72 heures », mars 2018.

1258 Arrêté du 31 juillet 2009 relatif au diplôme d'Etat d'infirmier.

1259 Arrêté du 31 juillet 2009 relatif au diplôme d'Etat d'infirmier.  
UE 1.3 Semestre 1 et Semestre 4.

Il n'existe donc pas réellement de connaissances enseignées concernant la situation juridique du patient hospitalisé en soins psychiatriques, les spécificités résultant de son statut, ni de compétences particulières requises pour un futur exercice infirmier en psychiatrie<sup>1260</sup>. A ce titre, alors même que la psychiatrie fait l'objet de réformes législatives<sup>1261</sup> impactant fortement les pratiques soignantes, la thématique relative aux mesures d'isolement et de contention ne fait l'objet d'aucune unité d'enseignement au cours de la formation initiale. Ainsi, les étudiants infirmiers ne connaissent ni le cadre légal, ni l'impact sur les droits du patient ni les gestes pratiques pour réaliser la mise en œuvre de ces mesures. Ils peuvent alors se trouver en stage sans aucune connaissance pratique ni théorique sur ce sujet.

En ce qui concerne le diplôme de l'IPA, il existe encore de nombreuses lacunes au sein de la formation délivrée et en particulier, une absence d'enseignement juridique. Pourtant, au regard des prérogatives qui leur sont accordées, il nous paraît important de les sensibiliser à la fois sur les responsabilités encourues lors de leur exercice, sur les enjeux de gouvernance territoriale ainsi que sur le respect des droits du patient<sup>1262</sup>.

En tout état de cause, le développement de la spécialisation tant en psychiatrie qu'en droit devrait avoir des incidences sur la manière dont le patient est protégé.

## **§2- Les conséquences sur la protection de certains publics spécifiques**

La formation spécialisée permettrait bien évidemment de mieux protéger le patient pris en charge en psychiatrie générale selon son régime de soins et selon son statut. Il convient toutefois de s'attarder sur certaines catégories de patient ayant des besoins spécifiques et pour lesquelles la protection serait renforcée grâce à la spécialisation de la formation. Ainsi, elle permettrait de mieux garantir d'une part, un accès aux soins psychiatriques pour deux publics isolés : les patients souffrant de pathologies duelles et les étrangers malades (A). D'autre part, elle entraînerait des effets bénéfiques pour le respect des droits du patient mineur (B).

---

1260 CGLPL, rapport « Le personnel des lieux de privation de liberté », juin 2017, p 32.

1261 Loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé.

Loi n° 2020-1576 du 14 décembre 2020 de financement de la sécurité sociale pour 2021.

1262 Entretiens avec le Professeur Jean-Philippe RAYNAUD et Docteur YRONDI, Psychiatres au CHU de Toulouse et en charge du programme de formation des IPA à l'IFSI de Toulouse.

## **A - Un meilleur accès aux soins psychiatriques pour les patients souffrant de pathologies duelles et les étrangers malades**

Une attention particulière doit être portée à deux publics isolés et non protégés : les personnes souffrant de pathologies addictologiques et psychiatriques dites « pathologies duelles » (1) et les étrangers malades (2).

### ***1 – Pour les patients souffrant de pathologies duelles***

Par principe, la construction d'un parcours de soins nécessite un travail partenarial afin de l'adapter au mieux aux besoins et aux spécificités identifiés chez le patient. En amont de cette élaboration, il faut au préalable garantir à la personne un accès aux soins psychiatriques. Dans certains milieux ou structures spécialisées, l'accès aux soins est possible grâce à la sollicitation de partenaires reconnus qui peuvent être contactés pour prendre en charge la personne concernée. En effet, ces derniers ont la capacité de proposer de nombreuses alternatives à l'hospitalisation psychiatrique. Grâce à leurs conseils, l'évaluation et l'orientation du patient est plus rapide et cela permet une fluidité et une continuité dans son parcours de soins. Pour autant, certains professionnels exerçant dans ces structures ne disposent pas de compétences en matière de repérage précoce ou, après détection, n'ont pas de ressources suffisantes pour interpellier les acteurs qualifiés.

La santé mentale des personnes souffrant de pathologies duelles<sup>1263</sup> en France constitue un problème de santé publique majeur<sup>1264</sup>. En effet, il est complexe d'identifier, d'orienter et de soigner cette population dans son environnement (rue, squat) et également, au sein des structures sociales et médico-sociales. Plusieurs études démontrent que ce type de prise en charge constitue un véritable défi au regard de « la mauvaise observance thérapeutique fréquente, de la confusion diagnostique possible »<sup>1265</sup>. Il existe un manque d'anticipation des problématiques mêlant troubles psychiatriques et addictologiques et le personnel est peu formé au repérage. De plus, le personnel exerçant dans les dispositifs du champ de la précarité (Centre d'hébergement et de réinsertion sociale, hébergement d'urgence, maisons

---

1263 Les pathologies duelles sont une combinaison d'une pathologie psychiatrique et d'une addiction.

1264 ARS Occitanie, Feuille de route régionale Addictions 2020-2022, p 8.

1265 Observatoire français des drogues et des toxicomanies, Drogues, chiffres clés – 8ème édition, juin 2019. LEMAIRE F., LECOLIER D ; « Pour une meilleure prise en charge de la comorbidité addictions et troubles psychiatriques », *Alcoologie et Addictologie*, 2013, volume 35, n°4, p325-333. BENYAMINA A., « Pathologie duelle, actualités et perspectives », *Annales médico-psychologiques*, n°176, 2018, p 742-745.

relais) ne dispose pas de compétences spécifiques en santé mentale. Dès lors, la combinaison de ces facteurs entraîne la multiplication d'évènements indésirables et la difficulté d'accéder aux soins psychiatriques<sup>1266</sup>. Dans ce cadre, la spécialisation de la formation faciliterait d'une part, l'accès aux soins par l'interconnaissance des partenaires, du réseau et de l'offre de soins existante sur le territoire. D'autre part, elle favoriserait l'intervention de spécialistes du champ de la psychiatrie et de la santé mentale au sein de ces structures sociales et médico-sociales pour accompagner les professionnels en difficultés et évaluer également les patients<sup>1267</sup>. En conséquence, elle donnerait les moyens aux professionnels de garantir l'accès aux soins de ce public spécifique.

Outre les personnes souffrant de pathologies duelles, un autre public particulièrement fragile et isolé connaît actuellement des difficultés pour accéder aux soins psychiatriques : les étrangers en situation irrégulière souffrant de troubles mentaux.

## ***2- Pour les étrangers malades***

La combinaison de la maladie mentale avec une situation administrative irrégulière conduit à une stigmatisation accrue qui entraîne un accès aux soins psychiatriques complexe. Dès lors, peu d'étrangers malades bénéficient de soins adaptés. De plus, le faible nombre de spécialistes au sein des Centres de rétention administrative (CRA) accentue ce phénomène.

La question des étrangers malades et notamment ceux retenus dans les CRA ne fait pas l'objet d'une attention particulière de la part des pouvoirs publics. Pourtant, la spécificité de leurs droits en tant que personne retenue, ainsi que la question de l'interprétariat et des démarches administratives paraissent bien singulières en raison de la forte précarité administrative et sociale rencontrée.

De plus, l'accès aux soins conduit parfois vers l'organisation d'une hospitalisation d'un patient étranger et implique de faire appel à un interprète pour l'ensemble des entretiens médicaux qui doivent donc être programmés. Le CGLPL relève en effet que : « peu de psychiatres sont formés à mener un entretien en présence d'un interprète et dans le même sens, il manque

---

1266 BENYAMINA A., « Pathologie duelle, actualités et perspectives », *Annales médico-psychologiques*, 176 (2018), 742-745.

LUQUIENS A., REYNAUD M., PAILLE F., « Epidémiologie et impact médico-économique », *Addictions et comorbidités*, sous la direction de BENYAMINA A., Dunod, 2014.

1267 PTSM Haute-Garonne, 2021-2025, fiche action 15.4 intitulée « Améliorer l'accès aux soins et aux pratiques addicto-psychiatrie pour des patients ayant un seuil de comorbidités élevé ».

d'interprètes ayant une spécialisation médicale »<sup>1268</sup>. Ce droit d'accès à l'interprétariat paraît complexe à garantir et se traduit concrètement par des entretiens médicaux plus espacés. Ces délais peuvent alors engendrer du retard dans le rétablissement de la personne malade<sup>1269</sup>. Pour aller plus loin, ceci engendre une inégalité de traitement au sein des patients psychiatriques.

Il convient de noter que l'hospitalisation en psychiatrie implique de surcroît, la levée de la mesure de rétention. Le CGLPL le rappelle clairement dans la mesure où la personne hospitalisée se trouve dans l'impossibilité d'exercer ses droits afférents à sa situation administrative de personne retenue<sup>1270</sup>. Ainsi, ces deux mesures administratives sont incompatibles et peuvent porter atteinte aux droits fondamentaux de la personne concernée.

De plus, les professionnels n'ont pas connaissance des textes applicables relatifs aux droits du patient retenu, ni des obligations qui leur incombent<sup>1271</sup>. Dès lors, le développement de la formation pour les acteurs intervenant auprès de ce public permettrait d'une part de garantir les droits de la personne et de faciliter par exemple l'accès à l'interprétariat. D'autre part, elle impulserait un meilleur repérage des situations complexes et donc faciliterait l'accès aux soins.

La spécialisation de la formation entraînerait également une meilleure protection des droits du patient de manière générale et en particulier, des mineurs.

## **B-Un meilleur respect des droits à l'égard des mineurs**

L'extension de la spécialisation permettrait de ne plus porter atteinte aux droits du patient mineur présentant des spécificités résultant soit de son âge, soit de sa situation juridique. Il s'agit en premier lieu, des mineurs âgés de 16 à 18 ans (1) et des mineurs placés à la suite d'une décision judiciaire (2).

---

1268 CGLPL, Avis relatif à la prise en charge sanitaire des personnes étrangères au sein des centres de rétention administrative, décembre 2018.

1269 PTSM Haute-Garonne 2021-2025, diagnostic territorial 2019, p 65.

1270 CGLPL, *op. cit.*

1271 Circulaire DPM/CT/DH/DLPAJ/DEF/GEND n° 99-677 du 7 décembre 1999 relative au dispositif sanitaire mis en place dans les centres de rétention administrative.



## *1- Pour les mineurs âgés de 16 à 18 ans*

En sus du défaut de formation spécialisée, le manque de moyens matériels, humains et financiers engendre de nombreuses atteintes aux droits du patient mineur. Le placement d'un mineur au sein d'un service adulte illustre parfaitement nos propos. La prise en charge de ce type de patient soulève une problématique particulière de la transition de la psychiatrie infanto-juvénile vers la psychiatrie adulte<sup>1272</sup>. Il peut s'agir d'une période de rupture dans le parcours de soins caractérisée soit par un éloignement des soins, soit par des difficultés pour le patient suivi en pédopsychiatrie à s'adapter à l'organisation des soins de la psychiatrie adulte<sup>1273</sup>. Le rapport d'information du Sénat *relatif à la psychiatrie des mineurs en France* du 4 avril 2017 recense « une dizaine de départements dépourvus de lits de pédopsychiatrie »<sup>1274</sup>. Sur le territoire national, de nombreuses structures prennent en charge des mineurs jusqu'à l'âge de 16 ans et disposent d'un nombre de lits limités.

En principe, le mineur ne peut être hospitalisé en psychiatrie adulte<sup>1275</sup>. Or, peu d'unités sont spécialisées dans la prise en charge des jeunes adultes, autrement dit des adolescents proches de la majorité. Dans ce cadre, l'adolescent est inévitablement pris en charge dans des services adultes, soit lors d'une hospitalisation complète, soit lors d'un passage aux urgences psychiatriques. Ses droits ne sont alors pas respectés comme l'indique le CGLPL dans son rapport en mars 2020 et ses conditions d'hospitalisation sont inadaptées<sup>1276</sup>.

Parfois, le parcours de soins complexe d'un patient mineur conduit également les équipes de pédopsychiatrie à se tourner par choix vers la psychiatrie adulte, ce qui est en soi dérogatoire au droit commun<sup>1277</sup>. Pourtant, ces services là ne sont pas formés à la prise en charge des enfants et des adolescents, ce qui peut avoir un impact sur leur protection<sup>1278</sup>. Dans ce contexte, le CGLPL recommande qu'ils soient constamment en lien avec le pédopsychiatre

---

1272 CGLPL, rapport « Les droits fondamentaux des mineurs en établissement de santé mentale », novembre 2017, p 50-51.

1273 *Ibid.*

1274 SENAT, rapport d'information « Situation de la psychiatrie des mineurs en France », n° 494, 2017.

1275 Il ressort par exemple dans un établissement situé dans l'ouest de la France que durant l'année 2016, dix-sept mineurs ont été hospitalisés dans une unité pour adultes.

CGLPL, rapport « Soins sans consentement et droits fondamentaux », mars 2020, p 51.

1276 CGLPL, *op.cit.*, p 53-54.

1277 CGLPL, rapport « Les droits fondamentaux des mineurs en établissement de santé mentale », novembre 2017, p 55.

1278 CGLPL, rapport « Soins sans consentement et droits fondamentaux », mars 2020, p 53.

réfèrent afin d'adapter au mieux le parcours de soins<sup>1279</sup>. Pour ces motifs, la délivrance d'une formation spécialisée tant en psychiatrie qu'en droit, garantirait un meilleur respect des droits de ce « jeune adulte ».

Il reste à évoquer la situation du patient mineur placé en institution psychiatrique à la suite du prononcé d'une décision de l'autorité judiciaire.

## ***2- Pour les mineurs placés à la suite d'une décision judiciaire***

Il en va ainsi des enfants relevant initialement de structures sociales ou médico-sociales mais qui, du fait de l'inadaptation de ces établissements à leur situation, sont abandonnés dans les unités de pédopsychiatrie à la suite d'une décision de placement judiciaire. Ils sont hospitalisés durant plusieurs mois, voire pour certains plusieurs années, alors que ces services sont eux-mêmes inadaptés. En l'espèce, ce n'est pas tant le défaut de connaissances des partenaires spécialisés mais plutôt l'absence de complémentarité et de collaboration entre les acteurs qui pose un problème. Le CGLPL lors de ses visites a en effet relevé « un certain désengagement des équipes socio-éducatives laissant ainsi des équipes de soins dans des situations insatisfaisantes à l'égard du mineur »<sup>1280</sup>. La formation permettrait en ce sens de décloisonner les secteurs sanitaire, social et médico-social pour garantir un parcours de soins coordonné et respectueux des droits du mineur.

Tel est également le cas des mineurs détenus. En effet, il est constaté un taux de réponse pénale en hausse pour cette population<sup>1281</sup>. Cette catégorie de patient fait pourtant l'objet de mesures de soins psychiatriques<sup>1282</sup>. Sur le fondement de l'article D398 du Code de procédure pénal, il est fréquemment hospitalisé dans un service de psychiatrie adulte. Un tel placement a des incidences sur sa protection. Dès lors, le déploiement d'une formation spécialisée permettrait aux équipes d'une part, d'être sensibilisé aux spécificités de la pédopsychiatrie et d'autre part, d'avoir des connaissances approfondies sur le statut de patient détenu. Par conséquent, ceci permettrait de mieux adapter la protection de ce patient.

---

1279 CGLPL, rapport « Soins sans consentement et droits fondamentaux », mars 2020, recommandation 17, p 54.

1280 CGLPL, rapport « Les droits fondamentaux des mineurs en établissement de santé mentale », novembre 2017, p 52.

1281 Ministère de la justice, Chiffres clés de la justice, Editions 2010 à 2019.

Assemblée nationale, mission d'information sur la justice des mineurs, Rapport n° 1702, février 2019.

1282 Article L3214-1 III du Code de la santé publique.

Circulaire interministérielle DGOS/R4/PMJ2/2011/105 du 18 mars 2011 relative à l'ouverture et au fonctionnement des UHSA.

Il convient de s'intéresser à présent aux autres acteurs intervenant dans le parcours du patient hospitalisé.

## **Section 2- Une formation ouverte à l'ensemble des acteurs du dispositif de soins**

L'accès à la formation devrait concerner à notre sens, tous les acteurs intervenant dans le dispositif de soins psychiatriques. En 2016, Michel Laforcade a recommandé la création d'un diplôme en santé mentale pour tous les autres professionnels intervenant au cours du parcours de soins psychiatriques et du parcours de vie<sup>1283</sup>. Dans un premier temps, il convient de proposer la mise en place d'une formation juridique pour l'ensemble des professionnels intervenant auprès des patients hospitalisés en psychiatrie (§1). Puis, dans un second temps, il s'agit d'étudier les conséquences d'une telle extension (§2).

### **§1- L'importance d'un développement de la formation juridique**

Il s'agit tout d'abord d'exposer les motifs justifiant le besoin d'étendre la formation juridique auprès de tous les acteurs, qui semble être une priorité de santé publique (A). Il s'agit ensuite de mettre en lumière les objectifs poursuivis par le développement de cette formation (B).

#### **A- Les insuffisances à l'origine de l'ouverture de la formation juridique**

Ce besoin d'élargissement de la formation se justifie par la nécessité d'une part, de consolider le respect des procédures juridiques (1) et d'autre part, d'assurer une protection efficace des droits du patient en fonction de son régime de soins et de son statut juridique (2).

##### ***1- L'insuffisant respect des procédures***

En premier lieu, en psychiatrie générale, la connaissance des procédures juridiques est en soi l'art du juriste mais la forte judiciarisation de cette discipline conduit les professionnels à

---

1283 LAFORCADE M., Rapport relatif à la santé mentale, octobre 2016, p 72- 73.

devenir acteurs de celles-ci<sup>1284</sup>. La procédure juridique s'entend ici de manière large et concerne toutes celles que l'on peut rencontrer au cours d'une hospitalisation psychiatrique. Par exemple, la procédure de signalement auprès du procureur de la République, celle relative au contrôle du JLD<sup>1285</sup> ou encore, la procédure de mise en place d'une mesure de protection juridique<sup>1286</sup>. Or, peu d'acteurs intervenant auprès d'un patient hospitalisé sont au fait de celles-ci. En réalité, à défaut de connaître la procédure à suivre, ils se réfèrent à une personne ressource de leur équipe, souvent leur supérieur hiérarchique. Ce processus présente une limite puisqu'il ne permet pas d'agir dans l'urgence<sup>1287</sup>.

Le manque de moyens humains et matériels constitue aussi un obstacle dans la mise en œuvre des procédures. Ainsi, si le patient est victime de maltraitance de la part d'un membre de l'équipe de soins ou de sa propre famille, le professionnel doit être en mesure d'agir rapidement et surtout efficacement, ce qui n'est pas toujours le cas. Il serait judicieux en complément de la formation juridique, de mettre à leur disposition des outils pour qu'ils puissent réaliser les modalités procédurales dans le délai imparti ou saisir la personne compétente rapidement.

En second lieu, la multiplicité des statuts de patient (mineur, personne âgée, personne détenue, majeur protégé) conduit inévitablement les professionnels à se spécialiser et pour cela, ils doivent pouvoir bénéficier de notions appropriées pour délivrer une prise en charge de qualité. Or, lors de la formation continue, très peu de programmes proposent une actualisation des connaissances procédurales.

Par exemple, la prise en charge d'un mineur implique des références relatives aux ordonnances de placement provisoire qui peuvent avoir des conséquences sur la rédaction des certificats médicaux, sur le respect des délais et sur les auditions du mineur réalisées au cours de son hospitalisation. Dans le même sens, la prise en charge d'une personne détenue nécessite des acquis sur ses droits, mais également sur le suivi socio-judiciaire de la personne ou encore sur les règles liées au procès et à l'instruction ainsi qu'à la possible saisine du dossier médical. D'ailleurs, de nombreuses interrogations portent sur la tenue du dossier médical, en particulier sur la question des écrits et leurs conséquences sur la procédure

---

1284 COUTY E., rapport « Missions et organisation de la santé mentale et de la psychiatrie », janvier 2009, p 39.

1285 Article L 3211-12 et suivants du Code de la santé publique.

1286 Article L 3211-6 alinéa 2 du Code de la santé publique.

1287 FERREPSY, Recherche – action « Identification des besoins en formation des professionnels de santé en Occitanie », mai- juillet 2021.

judiciaire en cours<sup>1288</sup>. Une étude récente menée par la Fédération régionale de recherche en psychiatrie et santé mentale Occitanie (FERREPSY) met en lumière l'intérêt pour ces professionnels de pouvoir accéder à de telles formations. A défaut d'en bénéficier au niveau institutionnel, ils se forment dans un cadre personnel<sup>1289</sup>. De telles démarches sont bien évidemment louables mais conduisent à une inégalité des connaissances au sein même d'une équipe de soins, d'un pôle voire d'un établissement de santé.

Par ailleurs, le respect des droits du patient constitue le second motif à l'origine de la proposition d'extension de la formation auprès de tous les acteurs.

## ***2- L'insuffisant respect des droits du patient***

En fonction du statut du patient et selon son mode d'admission, divers intervenants peuvent être sollicités et prendre part à la prise en charge. Il convient cependant de distinguer les professionnels faisant partie d'une équipe hospitalière de ceux qui lui sont extérieurs.

S'agissant des professionnels appartenant à l'équipe hospitalière, il serait judicieux de délivrer un enseignement juridique spécialisé. Dans ce cadre, les assistantes du service social, les éducateurs spécialisés, les enseignants ou encore les mandataires judiciaires en charge du patient hospitalisé bénéficieraient d'un enseignement spécifique au cours de leur cursus universitaire. En effet, si l'assistante sociale et le médecin n'ont pas connaissance des dernières actualités juridiques permettant de proposer au patient une mesure de protection adaptée à sa situation, cela peut engendrer un défaut de protection et un non-respect de ses droits. Peu de professionnels ont connaissance du dispositif de la personne de confiance alors même que celle-ci doit assurer la protection de la personne souffrant de troubles psychiatriques<sup>1290</sup>. De plus, ils seraient également susceptibles de délivrer des informations aux aidants, qui eux-mêmes tiennent une place singulière dans le parcours de soins et de vie et disposent de nombreuses prérogatives à des fins de protection de la personne malade. A ce titre, le déploiement de journées d'information voire de formation à destination des aidants serait souhaitable.

---

1288 CGLPL, Avis relatif à la prise en charge des personnes détenues atteintes de troubles mentaux, octobre 2019.

CGLPL, rapport « Le personnel des lieux de privation de liberté », juin 2017, p 7.

1289 FERREPSY, Recherche – action « Identification des besoins en formation des professionnels de santé en Occitanie », mai- juillet 2021.

1290 CGLPL, Rapport de visite du centre hospitalier Gérard Marchant à Toulouse, visite du 9 au 16 septembre 2019, p 28.

En tout état de cause, les droits du patient sont insuffisamment abordés lors des formations initiales. La formation continue tente de pallier ces carences et d'actualiser les acquis mais de notre point de vue, cela paraît encore insuffisant. Il serait opportun de réviser les programmes en y intégrant des unités d'enseignement relatives aux droits des personnes hospitalisées ainsi qu'à leurs différents statuts.

La délivrance d'une formation juridique doit également être dispensée à destination d'acteurs intervenant dans la prise en charge du patient mais ne relevant pas pour autant de l'équipe hospitalière. Par exemple, les agents pénitentiaires sont fréquemment en contact avec des personnes bénéficiant d'une prise en charge psychiatrique au sein des UCSA, des SMPR ou des UHSA. Tant la formation initiale que la formation continue sont considérées comme un véritable enjeu pour l'administration pénitentiaire<sup>1291</sup>. Cette dernière veille notamment à ce que tous les agents reçoivent « une formation sur les principales règles nationales et internationales relatives à la protection des droits de l'homme »<sup>1292</sup>. Le CGLPL souligne en effet qu'au sein des programmes de formation, les droits des personnes détenues ont une place essentielle et devraient à ce titre, faire l'objet d'un cours unique. Les agents pénitentiaires pourraient ainsi mieux les identifier et en assurer le respect au cours de leur exercice en les conciliant par exemple avec les obligations sécuritaires imposées<sup>1293</sup>.

Au même titre, les éducateurs spécialisés intervenant soit dans les Centres éducatifs fermés (CEF) soit au sein des unités de pédopsychiatrie, ne disposent pas de notions juridiques suffisamment approfondies sur les droits fondamentaux du mineur<sup>1294</sup>. À la suite des rapports de l'Inspection générale des services judiciaires et de l'Inspection générale des affaires sociales de 2013 et 2015<sup>1295</sup>, l'École nationale de la protection judiciaire s'est saisie de ce sujet. Elle propose à présent un plan de formation spécifique pour améliorer les connaissances et les compétences des éducateurs sur le terrain et permettre un meilleur accompagnement des mineurs dont ils ont la charge<sup>1296</sup>.

Enfin, des formations communes interprofessionnelles sur la maladie psychiatrique et les droits du patient ainsi que la réinsertion sociale pourraient être délivrées « hors les murs »,

---

1291 Décret n° 2010-1711 du 30 décembre 2010, Code de déontologie du service public pénitentiaire.

1292 CGLPL, rapport « Le personnel des lieux de privation de liberté », juin 2017, p 31.

1293 *Ibid.*

1294 CGLPL, rapport « Le personnel des lieux de privation de liberté », juin 2017, p 31.

Voir également : CGLPL, rapport « Soins sans consentement et droits fondamentaux », mars 2020.

1295 Inspection générale des services judiciaires et inspection générale des affaires sociales, rapport sur le dispositif des centres éducatifs fermés, juillet 2015.

1296 CGLPL, rapport « Le personnel des lieux de privation de liberté », Juin 2017, p 49.

notamment pour les médecins généralistes, les infirmiers libéraux, les pharmaciens et autres professionnels qui interviennent auprès des patients en programme de soins ou hospitalisés à domicile. Ceci aurait pour finalité entre autres, comme l'indique Michel Laforcade : « de mieux repérer et d'inclure des patients qui ne sont pas encore insérés dans un parcours de soins psychiatriques et qui pourtant le nécessitent »<sup>1297</sup>.

Après avoir mis en évidence le manque de connaissances spécialisées des acteurs et leur incidence sur la protection du patient, il s'agit à présent d'étudier les objectifs d'un développement de la formation juridique.

## **B- Les objectifs poursuivis par le développement de la formation juridique**

Deux objectifs sont identifiés. En premier lieu, la formation devrait permettre d'offrir une réponse adaptée à tous les patients présentant au cours de leur parcours des problématiques médico-légales (1). En second lieu, elle devrait favoriser la prise en compte du caractère pluridisciplinaire de la prise en charge psychiatrique (2).

### ***1- Une amélioration de la prise en charge médico-légale***

La multiplication de problématiques médico-légales et le contexte de judiciarisation rendent nécessaire le développement de la psychiatrie légale<sup>1298</sup>. Pour le Professeur Jean-Louis Senon, ces questions envahissent peu à peu les pratiques psychiatriques<sup>1299</sup>. En effet, l'accueil de patients avec des parcours complexes s'intensifie et place les équipes de soins dans des situations parfois délicates. Cette promotion de la psychiatrie légale est également soulignée dans le rapport *relatif à la santé mentale* de Michel Laforcade<sup>1300</sup> ainsi que dans le cadre de la réforme *du diplôme d'études spécialisées (DES)*<sup>1301</sup>. Notons que cette matière se structure

---

1297 LAFORCADE M., « Rapport relatif à la santé mentale », Octobre 2016, p 73.

1298 COUTY E., rapport « Missions et organisation de la santé mentale et de la psychiatrie », janvier 2009, p 39.

TYRODE Y., BOURCET S., BOURICHE D., Psychiatrie légale, La pratique de terrain, Paris : Ellipses, 1999, cop. 1999. -

1299 SENON J-L., GRANGER B., « Intérêt clinique de la psychiatrie médico-légale », PSN, Éditions Matériologiques, 2014/1, Volume 12, p 11 à 14.

1300 LAFORCADE M., *op.cit.*, p 70.

1301 FRANC A., « Psychiatrie : un DES en cinq ans avec des options précoces dès novembre 2022 (Olivier Véran) », APM News, septembre 2021.

actuellement en France, notamment au sein des sociétés savantes<sup>1302</sup> et par le biais de nouveaux Diplômes interuniversitaires<sup>1303</sup>. Bien plus que les droits du patient, elle englobe comme le rappelle Jean-Louis Senon : « la responsabilité médico-légale des soignants, l'expertise en psychiatrie avec ses diverses situations expertales, les interactions entre la psychiatrie et la justice ainsi que les données victimologiques et criminologiques »<sup>1304</sup>.

Par le biais de cette formation, l'objectif pour les équipes de soins est d'acquérir ou d'actualiser leur savoir afin de rechercher des solutions adaptées sur le terrain et d'éviter des incompréhensions voire des tensions entre les professionnels et le patient. Il convient cependant de préciser que cet éclairage juridique donne des repères aux professionnels pour réinterroger leurs pratiques et ainsi proposer des prises en charge plus appropriées selon le statut du patient. La finalité n'est pas que les professionnels de santé deviennent des juristes, mais plutôt qu'ils bénéficient d'outils pour donner la réponse la plus adaptée à une situation donnée.

Cette prise en charge médico-légale ne peut s'envisager qu'à travers la mise en place et le soutien d'une équipe pluridisciplinaire.

## ***2- Un renforcement de la prise en charge pluridisciplinaire***

Le patient ayant un parcours complexe nécessite une réflexion approfondie de la part de l'équipe. Les parcours social, judiciaire et médical d'un patient peuvent s'imbriquer et impliquent dès lors une étude élargie par l'ensemble des membres d'une équipe de soins voire par des professionnels relevant de secteurs distincts. A titre d'illustration, une équipe de pédopsychiatrie se compose aujourd'hui d'un orthophoniste, de psychologues, de psychomotriciens, de pédopsychiatres, d'une assistante sociale, d'infirmiers, d'aides-soignants

---

Arrêté du 3 mars 2022 portant modification de l'organisation du troisième cycle des études de médecine, de maquettes de formation de diplômes d'études spécialisées et création d'option et de formations spécialisées transversales.

1302 Par exemple, l'Association Française de Psychiatrie Biologique et de Neuropsychopharmacologie (AFPBN).

1303 Diplôme inter universitaire de psychopathologie légale : fondements cliniques et juridiques à l'Université de Montpellier. Diplôme Inter Universitaire de Psychopathologie Légale, université de Montpellier et Université Toulouse III Paul Sabatier.

Diplôme Inter Universitaire de Psychiatrie légale, Université Lyon 1.

Diplôme universitaire psychiatrie et psychologie légales, Unité mixte de formation continue en santé (UMFCS), Aix Marseille Université.

Diplôme Inter Université Psychiatrie criminelle et médico-légale, Université de Poitiers.

Diplôme Universitaire Psychiatrie et psychologie légales, Université de Lorraine.

1304 SENON J-L., CAROL J., VOYER M., Préface GRAVIER B., Psychiatrie légale et criminologie clinique, Collection Les âges de la vie, Elsevier-Masson, octobre 2013.



et d'éducateurs spécialisés. L'ensemble de ces professionnels, experts dans leur domaine de compétences, apporte une complémentarité dans l'analyse des besoins du patient et dans l'adaptation de sa prise en charge.

L'objectif est également de sensibiliser et de prendre en considération la pluridisciplinarité d'une équipe de soins. Dans le cadre de la réforme du *Ségur de la santé*, le troisième pilier est consacré à cette notion. De ce pilier, découle un axe spécifique sur la restauration du travail collectif avec notamment la systématisation des réunions cliniques et des temps d'échanges<sup>1305</sup>. Grâce à ces temps de travail commun, le flux d'informations entre les membres d'une équipe est garanti et apporte par conséquent, une plus-value à la prise en charge du patient.

Le CGLPL a pu constater lors de ses visites, une certaine méconnaissance des acteurs entre eux, les conduisant parfois à gérer des situations complexes de manière surprenante. A défaut de connaître le rôle et les missions de certains intervenants, ils sollicitent uniquement des partenaires connus, même si ces derniers s'avèrent incompetents<sup>1306</sup>. Le développement de la formation aurait pour objectif d'améliorer « l'interconnaissance entre les acteurs des différents champs concernés », <sup>1307</sup> et d'offrir une meilleure lisibilité des dispositifs sur le territoire qui peuvent être saisis à un moment précis du parcours de soins et de vie du patient.

L'extension de la formation à l'ensemble des acteurs du dispositif de soins, au-delà de l'équipe de soins est d'ailleurs recommandée pour accroître les approches pluridisciplinaires et transversales mais aussi pour développer les liens et les relais avec les partenaires intervenant dans le champ de la psychiatrie et de la santé mentale<sup>1308</sup>. A ce titre, Michel Laforcade proposait que lors des formations initiales, des stages soient effectués au sein des dispositifs sociaux et médico-sociaux<sup>1309</sup>, qui sont l'amont et l'aval des services de psychiatrie. La découverte de ces milieux paraît importante d'une part, pour appréhender la diversité des dispositifs existants et d'autre part, pour mieux orienter le patient au sein de ces structures à différentes étapes de son parcours<sup>1310</sup>.

---

1305 Ministère des Solidarités et de la Santé, Les accords du Ségur de la santé, 20 juillet 2020.

1306 CGLPL, rapport « Le personnel des lieux de privation de liberté, juin 2017, p 49.

1307 Ministère des Solidarités et de la Santé, Feuille de route « Santé mentale et psychiatrie », Jeudi 28 juin 2018, action n°17 intitulée : « Poursuivre l'amélioration des connaissances et des pratiques professionnelles, ainsi que le développement de l'interconnaissance entre les acteurs des différents champs concernés: diffusion, sur un site dédié, des bonnes pratiques et données probantes, issues des travaux de la HAS, l'ANESM, l'ANAP, ainsi que de travaux de recherche publiés et développement de l'interconnaissance entre les acteurs des différents champs concernés ».

1308 LAFORCADE M., *op. cit.*, p 71.

1309 *Ibid.*

1310 *Ibid.*

En tout état de cause, l'élargissement de la formation permettrait des interactions plus fluides entre les professionnels et à moyen terme favoriserait le décloisonnement et la coordination dans le parcours du patient en psychiatrie.

## **§2 - Les conséquences d'une ouverture de la formation juridique**

Il s'agit d'étudier les effets positifs de l'ouverture de la formation sur le terrain et, par la même occasion, le changement de pratiques que cela implique pour les professionnels. Deux bénéfices sont attendus et doivent être mis en lumière : le renforcement de la communication entre les acteurs du dispositif de soins mais aussi auprès du grand public (A) ainsi qu'une meilleure coordination entre tous les acteurs du territoire (B).

### **A - Une meilleure communication entre les acteurs et auprès du grand public**

Dans ce cadre, les outils de communication à destination des professionnels intervenant dans le parcours du patient devront être adaptés afin de faciliter le partage d'informations (1). De plus, le déploiement de la formation bénéficierait bien évidemment au grand public, puisque les professionnels seraient à même de leur délivrer des informations appropriées et de les sensibiliser à la santé mentale et la psychiatrie (2).

#### ***1 - Des outils favorisant la communication entre les acteurs du dispositif de soins***

Pour garantir la communication et améliorer la qualité des informations échangées entre les professionnels, il est nécessaire de mettre à leur disposition des outils.

Tout d'abord, l'organisation de temps d'échanges doit être proposée notamment par la mise en place de réunions pluridisciplinaires voire pluri-institutionnelles au sein des services. Elles restent en réalité complexes à instaurer au regard des obligations de chacun. Ces réunions ont pour objectif d'éviter les ruptures de parcours, de mieux convenir des soins en se coordonnant avec l'ensemble des acteurs<sup>1311</sup>.

Outre l'échange d'informations de manière orale, des outils informatiques sont mis à disposition tels que la lettre de liaison ou encore le Dossier médical partagé (DMP). Or, le contenu de ce dossier ainsi que les modalités d'accès ne nous paraissent pas adaptées aux spécificités psychiatriques. Il garantit seulement la continuité de la prise en charge médicale

---

1311 PTSM Haute-Garonne 2021-2025, diagnostic territorial 2019, p 94.

pour faire le lien entre la médecine de ville et l'hôpital. A ce titre, de nombreuses limites sont constatées quant à l'usage du DMP. Il semble opportun de rechercher de nouveaux outils afin d'un côté de mieux répondre aux besoins spécifiques du patient et d'un autre côté de garantir une communication de qualité entre les différents acteurs exerçant dans les champs sanitaire, social ou judiciaire.

En premier lieu, nous proposons d'étendre le DMP par la création d'un module externe adapté à la psychiatrie. Il serait alors accessible et complété par les professionnels recevant régulièrement le patient afin d'assurer la continuité du suivi médical. Ce type de fichier en tant qu'outil de communication permettrait de garantir et de promouvoir un véritable flux d'informations entre les acteurs prenant en charge le même patient. Ceci contribuerait, à favoriser d'une part, l'accès du patient à ses informations et d'autre part, à la promotion d'un décloisonnement institutionnel aujourd'hui attendu<sup>1312</sup>.

En second lieu, nous pourrions envisager la création d'une plateforme d'informations permettant de déposer des données médico-administratives comprenant aussi le suivi social et judiciaire de la personne malade concernée. Toutefois, afin de préserver le secret médical reconnu à tout patient, il faudrait prévoir un dépôt cloisonné. Se pose également la question de l'obtention du consentement préalable du patient quant à l'accès à ce dossier pour le personnel non médical. Dans ce cadre, des données étendues pourraient être collectées qui, conformément à l'article L 1110-4 alinéa 3 du Code de la santé publique, « sont strictement nécessaires à la coordination ou à la continuité des soins ou à son suivi médico-social et social ». L'accès à l'ensemble des données collectées pourrait être autorisé pour l'équipe pluridisciplinaire qui intervient auprès du patient hospitalisé. Ceci permettrait d'avoir une vision globale de l'environnement dans lequel évolue le patient et de mieux répondre à ses besoins. Nous pourrions envisager qu'un professionnel faisant partie de l'équipe de soins et disposant d'une autorisation puisse accéder uniquement aux informations utiles à la prise en charge du patient. Par exemple, un professionnel de santé pourrait avoir une vision très étendue des données du dossier alors qu'une assistante sociale disposerait d'un accès limité. Dans cette hypothèse, cette dernière n'aurait pas besoin d'accéder au diagnostic ni aux comptes-rendus médicaux mais aurait accès aux démarches administratives, aux procédures judiciaires en cours ainsi qu'aux autres éléments pertinents lui permettant d'accompagner le patient de manière appropriée. A cette fin, la mise en place d'un algorithme serait requise. Ce

---

1312 Ministère des solidarités et de la santé, Dossier presse, « Ma santé 2022 : un engagement collectif », 2018, p 24.

dernier sélectionnerait les informations accessibles par une personne en fonction de sa catégorie professionnelle et permettrait ainsi de sauvegarder le secret médical.

L'intensification de la communication entre les acteurs n'est pas le seul effet bénéfique que l'extension de la formation pourrait engendrer. En effet, elle permettrait aux acteurs formés de mieux communiquer auprès du grand public, d'attirer leur attention tant sur la santé mentale et la psychiatrie que sur les droits du patient.

## ***2 - Des outils renforçant la communication auprès du grand public***

Grâce à l'ouverture de la formation, l'échange d'informations serait également renforcé auprès du grand public par la création et le développement d'outils de communication. Ils permettraient à la fois, d'améliorer la lisibilité de l'offre de soins en santé mentale et psychiatrie pour l'ensemble des acteurs mais aussi pour les usagers et leurs familles (a). Ils garantiraient également une meilleure connaissance des droits du patient (b).

### **a - Pour une meilleure lisibilité de l'offre de soins en santé mentale et psychiatrie**

La bonne compréhension de l'offre de soins en psychiatrie est un atout indispensable pour structurer les parcours de soins, mais encore faut-il mettre à la disposition des acteurs et surtout du grand public, un outil délivrant ce type d'informations pour que lui aussi devienne acteur<sup>1313</sup>. En effet, le déploiement de ce dernier favoriserait la visibilité des structures, l'orientation dans le parcours et les liens entre les acteurs pour les suivis médicaux. Il s'agirait de transmettre des connaissances auprès du grand public et par la même occasion, de les sensibiliser à la maladie mentale afin de la déstigmatiser<sup>1314</sup>. Certains outils sont déjà en cours de développement. Par exemple, un outil dénommé « ViaPsy » vient d'être mis en place en Haute-Garonne<sup>1315</sup>. Celui-ci constitue un répertoire pédagogique de l'offre en santé mentale et propose une cartographie de l'ensemble des dispositifs sur le territoire<sup>1316</sup>. L'objectif est qu'il soit accessible et compréhensible par tous. Un tel outil garantit une meilleure vision des acteurs et des dispositifs. De manière plus large, il offre un accès à l'information pour

---

1313 LAFORCADE M., *op. cit.*, p 61.

1314 CESE, Avis « Améliorer le parcours de soins en psychiatrie », mars 2021, p 31.

1315 Site internet de l'outil Viapsy : <https://viapsy.fr/>

1316 PTSM Haute-Garonne 2021-2025, « Axe 5 : Amélioration de la lisibilité de l'offre en santé mentale et aide à l'orientation et au suivi des acteurs dans le parcours », p 24.

connaître les missions de chacun et donc, permet d'orienter le patient plus facilement vers une structure adaptée, qu'elle soit sanitaire, sociale ou médico-sociale.

Dans cette dynamique, une nouvelle formation soignante émerge : le case management<sup>1317</sup>. Ce concept dont la traduction littérale signifie « la gestion de cas » permet à un coordonnateur de soins d'assurer une continuité du suivi socio-sanitaire tout au long du parcours du patient. Ce type de pratique place le patient au cœur du dispositif, permet un accompagnement et une continuité des soins de manière plus structurée. A ce jour, aucune étude ne permet d'évaluer la portée en psychiatrie mais ce type de suivi pourrait limiter les décompensations fortuites ainsi que les ré-hospitalisations. Sur le terrain, par l'intermédiaire du case-manager, le lien entre le public et la plateforme ViaPsy pourrait être garanti. Il permettrait par exemple, d'orienter les personnes en fonction des informations recherchées vers les structures adaptées à leurs pathologies et de structurer leurs parcours de soins et de vie. Grâce au case manager, en tant que personne référente, la communication serait donc assurée auprès du grand public.

Dans une approche similaire à celle que nous venons d'évoquer, il s'agit à présent d'étudier le développement d'outils d'informations concernant spécifiquement les droits du patient.

### **b- Pour une meilleure compréhension et application des droits du patient**

Le renforcement de la protection du patient en psychiatrie passe également par une meilleure connaissance et compréhension de ses droits. Celle-ci serait garantie par la spécialisation et l'ouverture de la formation auprès de tous les acteurs, y compris le grand public. Pour cela, il est nécessaire de créer des outils qui permettent une meilleure articulation entre le droit et la pratique. Ces derniers seraient à destination à la fois des usagers et de leurs familles ainsi que des professionnels de santé. Le degré d'information différerait selon la qualité du demandeur. Au sein du diagnostic du PTSM de la Haute-Garonne, il a été proposé, « la mise en place d'un guichet unique d'informations et d'orientation à destination du grand public et des professionnels non spécialisés en santé mentale et psychiatrie »<sup>1318</sup>.

---

1317 Diplôme universitaire de Case management, formation continue, Université de Tours.

Diplôme universitaire « Management des personnes vulnérables », Université catholique de Lille.

Diplôme inter-universitaire « Case management en psychiatrie et santé mentale », Université Bourgogne Franche-Comté.

1318 PTSM Haute-Garonne 2021-2025, diagnostic territorial 2019, p 104.

De plus, l'émergence d'une « plateforme pluridisciplinaire d'informations et de facilitation d'accès aux droits pour les usagers, leurs familles et les professionnels »<sup>1319</sup> a fait l'objet d'une autre proposition. Elle permettrait de disposer de conseils juridiques, d'accéder plus facilement à des interprètes, à des assistantes sociales et autres professionnels pouvant être sollicités lors d'une prise en charge psychiatrique<sup>1320</sup>. Ceci devrait être mis en place à l'échelle départementale pour garantir la coordination des acteurs à un niveau pertinent et réalisable. Enfin, cette plateforme offrirait une information fiable qui peut être actualisée facilement.

Outre une amélioration significative de la communication, l'ouverture de la formation permettrait également d'encourager la coordination des acteurs dans l'intérêt du patient et d'une véritable cohérence des parcours de soins.

## **B - Une meilleure coordination entre les acteurs du dispositif de soins**

La formation va à moyen terme, faciliter l'émergence de partenariats entre les acteurs provenant de différents champs de la psychiatrie et de la santé mentale, ce qui leur permettra de mieux s'articuler<sup>1321</sup>(1). Pour soutenir cette dynamique, des outils territoriaux sont progressivement mis à leur disposition<sup>1322</sup> (2).

### ***1 - L'élaboration de partenariats pour un parcours de soins coordonné***

Le partenariat en psychiatrie et santé mentale a pour finalité la construction et la mise en œuvre de projets communs à des fins de structuration du parcours de soins et de vie du patient et en parallèle, un meilleur respect de ses droits.

Il s'agit tout d'abord de mettre en évidence, un premier niveau de partenariat en psychiatrie générale qui permettra aux secteurs sanitaire, social et médico-social de mieux se coordonner<sup>1323</sup>. Ce premier niveau de partenariat en tant que priorité nationale nécessite

---

1319 PTSM Haute-Garonne 2021-2025, diagnostic territorial 2019, p 104.

1320 PTSM Haute-Garonne 2021-2025, diagnostic territorial 2019, p 105.

1321 IGAS, rapport information « Organisation et fonctionnement du dispositif de soins psychiatriques, 60 ans après la circulaire du 15 mars 1960 », Tome 1, 2017, p 51.

1322 Ministère des solidarités et de la santé, Feuille de route « Santé mentale et psychiatrie », Jeudi 28 juin 2018, Axe n°2.

1323 CESE, Avis « Améliorer le parcours de soins en psychiatrie », mars 2021, p 60.

également une forte amélioration à l'échelle territoriale<sup>1324</sup>. En 2016, Michel Laforcade le soulignait déjà dans son rapport et recommandait d'ailleurs de renforcer cette articulation entre les acteurs des différents secteurs, notamment avec les bailleurs intervenant dans le champ de la psychiatrie générale. En effet, tout au long du parcours de soins du patient, divers professionnels de champs distincts et issus de cultures différentes proposent leur concours. Or, l'ensemble de ces actions qui sont pourtant mises en œuvre dans l'intérêt du patient, ne sont ni concomitantes ni coordonnées. A titre d'illustration, le législateur a proposé concrètement le rapprochement de professionnels issus de différents secteurs par la création de Communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS)<sup>1325</sup>. Ce nouveau dispositif contribue au maillage territorial en structurant les parcours de soins des patients et en décloisonnant la médecine de ville avec la psychiatrie hospitalière<sup>1326</sup>. Par l'émergence des CPTS, la coopération des acteurs serait garantie et permettrait d'améliorer la prise en charge psychiatrique des patients intégrés dans des parcours de soins complexes<sup>1327</sup>.

La nécessité de créer des partenariats est également constatée à un second niveau plus étendu et concerne les acteurs intervenant auprès de publics spécifiques<sup>1328</sup>. A titre d'illustration, le CGLPL a relevé que l'articulation entre les services sociaux, médico-sociaux, sanitaires et judiciaires était

---

1324 Ministère des Solidarités et de la Santé, Feuille de route « Santé mentale et psychiatrie », Jeudi 28 juin 2018, action n°8.

1325 Instruction n° DGOS/R5/2016/392 du 2 décembre 2016 relative aux équipes de soins primaires (ESP) et aux communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS).

Instruction n° DGOS/DIR/CNAM/2019/218 du 9 octobre 2019 portant dispositions et modalités d'accompagnement à proposer aux porteurs de projets des communautés professionnelles territoriales de santé.

Site internet, Ministère des solidarités et de la santé, Dossier de presse « Ma santé 2022 : point d'étape des mesures d'accès aux soins », 2019, p 19.

1326 DRESS, rapport « Organisation de l'offre de soins en psychiatrie et santé mentale », avril 2014.

Ministère des solidarités et de la santé, Dossier presse, « Ma santé 2022 : un engagement collectif », 2018, p 12.

Site internet : <https://www.vie-publique.fr>

LABOUTIERE J-J., « Psychiatrie de ville et coordination des soins », L'information psychiatrique, 2017/9, Volume 93, p 746-753. Accords Conventionnels Interprofessionnels (ACI), « L'accord conventionnel interprofessionnel définit un peu mieux la graduation de la coordination de l'offre de soins : « L'exercice coordonné revêt deux dimensions : une coordination de proximité et une coordination à l'échelle du territoire », 2019. La réponse coordonnée de proximité est assurée par « les maisons de santé pluri-professionnelles, les centres de santé, les équipes de soins spécialisées, ... ou d'autres formes d'organisation pluri-professionnelles » telles que les équipes de soins primaires ou les équipes de soins spécialisées. La réponse coordonnée au niveau d'un territoire est quant à elle, assurée par les CPTS.

1327 Les CPTS sont composés de professionnels de santé notamment des professions médicales, des professions d'auxiliaires médicaux, des professions de la pharmacie, des professionnels salariés des établissements de santé ainsi que des professionnels de structures médico-sociales et sociales tels que définis par l'article L. 312 – 1 CASF.

Articles L 4111-1 à L4163-10, articles L 4311-1 à L 4394-3 et articles L 4211-1 à L4244-2 du Code de la santé publique.

Ministère des solidarités et de la santé, Dossier presse, « Ma santé 2022 : un engagement collectif », 2018, p 21-22.

1328 Les mineurs, les personnes détenues, les personnes âgées et les majeurs protégés.

défaillante en pédopsychiatrie et devait faire l'objet d'une attention particulière de la part des autorités publiques<sup>1329</sup>. A cette fin, nous sommes convaincus que le cloisonnement actuel s'estompera à l'aide du déploiement de la formation auprès de tous les acteurs. Ceci engendrera des synergies entre les différents services et secteurs qui se traduiront par la création de projets communs à l'échelle d'un territoire mais également, permettront à cette multiplicité d'acteurs de se coordonner afin d'offrir des prises en charge individualisées et adaptées.

Reste à envisager quels outils de coordination doivent être sollicités.

## ***2 – La mise à disposition de plusieurs outils territoriaux***

L'émergence d'outils au niveau territorial est nécessaire pour soutenir la création de partenariats et la coordination des acteurs, permettant ainsi d'organiser des espaces d'échanges. Dans son rapport en novembre 2017, l'IGAS évoque plusieurs outils de concertation en psychiatrie et santé mentale<sup>1330</sup>.

Les premiers outils se trouvent à l'échelle du département : le Conseil territorial de santé (CTS) et les Conseils locaux de santé (CLS) avec en particulier, la Commission santé mentale (CSM), émanation du CTS. La composition de ces commissions permet de garantir une large représentativité des acteurs territoriaux. Elles ont pour mission d'assurer la coordination sur les stratégies territoriales à adopter et les ajustements à apporter.

De plus, à l'échelle départementale, un nouvel outil territorial est en cours d'élaboration : les Dispositifs d'appui à la coordination (DAC)<sup>1331</sup>. Les DAC ont vocation à unifier tous les dispositifs actuels qui viennent en appui des parcours de santé de la population sur des problématiques distinctes<sup>1332</sup>. Ce nouvel outil aura pour mission de soutenir et d'apporter des réponses coordonnées aux professionnels de santé, sociaux et médico-sociaux faisant face à des parcours de soins complexes. Il s'adresse à la fois aux professionnels de santé et aux personnes malades ainsi qu'aux aidants, afin de leur offrir une information adaptée, une aide à

---

1329 CGLPL, rapport « Les droits fondamentaux des mineurs en établissement de santé mentale », novembre 2017, p 53.

1330 IGAS, rapport n°2017-064R « Organisation et fonctionnement du dispositif des soins psychiatriques, 60 ans après la circulaire du 15 mars 1960 », Alain Lopez et Gaëlle Turan-Pelletier, novembre 2017, Tome 2, annexe 11, p 131.

1331 Site internet : <https://solidarites-sante.gouv.fr/professionnels/gerer-un-etablissement-de-sante-medico-social/cooperations/DAC>

1332 Ministère des solidarités et de la santé, Cadre national d'orientation : unification des dispositifs d'appui à la coordination des parcours complexes, Juin 2020.



l'orientation et un appui à l'organisation individualisé du parcours de soins et de vie<sup>1333</sup>. Les acteurs de la psychiatrie sont impliqués dans le déploiement de ce nouvel outil de manière plus ou moins importante selon le profil des patients.

Un autre outil concerne plus spécifiquement la concertation relative au Projet territorial de santé mentale (PTSM) ainsi que toutes les actions mises en œuvre en faveur de la santé mentale dont le Conseil local de santé mentale (CLSM) est une instance incontournable<sup>1334</sup>. Le CLSM doit participer à l'élaboration du PTSM et décliner les actions définies dans ce dernier<sup>1335</sup>. Le PTSM que nous avons étudié dans la première partie de cette recherche<sup>1336</sup>, est un outil participatif permettant de rassembler les acteurs à l'échelle du département<sup>1337</sup>. De plus, les CLSM sont des espaces de négociation et de coordination de proximité<sup>1338</sup>. Ce second outil est défini comme une plateforme de concertation et de coordination entre les élus locaux d'un territoire, la psychiatrie publique, les usagers et les aidants. Il a pour objectif « de définir des politiques et des actions permettant l'amélioration de la santé mentale de la population »<sup>1339</sup>. Il tente de proposer une meilleure gestion des cas complexes et permet d'éviter des ruptures de parcours de soins en regroupant notamment la municipalité, les bailleurs, les établissements de santé autorisés en psychiatrie<sup>1340</sup>.

Au même titre que le CLSM, la Communauté psychiatrique de territoire (CPT) comme nous l'avons évoqué dans nos développements précédents constitue un outil structurant au niveau départemental. Comme nous le savons, la CPT a pour finalité de fédérer les acteurs de la psychiatrie et de la santé mentale d'un territoire défini pour offrir aux patients des parcours de prévention, de soins, de réadaptation et de réinsertion sociale coordonnés et sans rupture<sup>1341</sup>. Dès sa mise en place et conformément à la réglementation<sup>1342</sup>, la CPT doit se mobiliser pour contribuer au PTSM avec ses nombreux partenaires issus du secteur sanitaire, médico-social et sanitaire. Dans le cadre de cette démarche, la CPT doit piloter et coordonner des groupes de travail chargés de formuler des propositions d'évolution de l'offre de soins en psychiatrie

---

1333 Ministère des solidarités et de la santé, Fiche annexe n° 8 : rôle des dispositifs d'appui à la coordination pour la prise en charge des parcours de sante complexes.

1334 CESE, Avis « Améliorer le parcours de soins en psychiatrie », mars 2021, p 57.

1335 Article L 3221-2-II du Code de la santé publique.

1336 Première partie de la thèse, Titre 1, Chapitre 1, p 47.

1337 Décret n° 2017-1200 du 27 juillet 2017 relatif au projet territorial de santé mentale.

Ministère des solidarités et de la santé, Mise en œuvre de la feuille de route « Santé mentale et psychiatrie », 21 janvier 2022.

1338 Décret n° 2017-1200 du 27 juillet 2017 relatif au projet territorial de santé mentale.

1339 GUEZENNEC P. et ROELANDT J-L., « Les conseils locaux de santé mentale en France : état des lieux en 2015 », L'information Psychiatrique. Volume 91, n°7, Août - Septembre 2015.

1340 LAFORCADE M., rapport « relatif à la santé mentale », octobre 2016, p 61.

1341 Cour des comptes, rapport « Les groupements hospitaliers de territoire », exercices 2014 à 2019, Communication à la commission des affaires sociales du Sénat, octobre 2020, p 78.

1342 Article D 6136-31 du Code de la Santé Publique.

et santé mentale sur le territoire, en intégrant fortement la dimension collaborative du PTSM et en portant une attention particulière aux publics spécifiques<sup>1343</sup>.

---

1343 Cour des comptes, rapport « Les parcours dans l'organisation des soins de psychiatrie », février 2021, p86.

Tout au long de cette seconde partie, nous avons tenté de nous questionner sur la pertinence des spécificités de la protection du patient hospitalisé en psychiatrie et ce à plusieurs niveaux. Tout d'abord, les spécificités constatées mettent en évidence la nécessité d'améliorer la protection du patient tant en soins libres qu'en soins sans consentement. A cet effet, il a été proposé de reconnaître un statut juridique spécifique pour le patient en soins libres distinct du patient somatique et du patient en soins sans consentement. Ce nouveau statut serait alors assorti de garanties légales adaptées. Pour le patient hospitalisé en soins sans consentement, il a également été proposé de renforcer ses droits en sa qualité de patient et de citoyen. Puis, nous avons tenté de soumettre une adaptation des voies de recours mises à sa disposition afin de lui offrir une protection plus appropriée.

Ensuite, l'équilibre entre la protection liée au régime de soins et celle liée au statut du patient a soulevé des questions. La prépondérance accordée au statut du patient semble a priori protectrice. En effet, l'émergence des unités de soins spécialisées permet la prise en compte des spécificités selon le statut du patient pris en charge. Pour autant, la protection est en réalité discutable et ce, pour plusieurs motifs. La prépondérance donnée au statut du patient est en fait limitée et en particulier, dans l'application des obligations à la charge du personnel hospitalier. Le second constat tient dans la difficulté à mettre en œuvre la prépondérance reconnue au statut du patient au cours de son hospitalisation. Dès lors, l'exercice des professionnels est rendu complexe par l'imbrication de toutes ces spécificités.

Ce déséquilibre engendré par cette multiplicité de particularités dans la protection du patient hospitalisé pourrait toutefois être atténué par le biais de la formation. Le déploiement d'une formation juridique auprès du corps médical et paramédical ainsi qu'auprès de l'ensemble des acteurs intervenant dans le parcours de soins psychiatriques serait une première réponse.

## Conclusion générale

Au terme de ces développements, nous avons constaté de nombreuses particularités dans la protection du patient hospitalisé en psychiatrie dont la pertinence interroge.

A priori tous les patients devraient avoir le même statut juridique quelle que soit la nature de leurs troubles. Pour autant, tel n'est pas le cas et le fait même d'être atteint d'une pathologie psychiatrique a une incidence, à différents niveaux, sur la protection qui leur est accordée. Cette dernière se caractérise par un accès aux soins particulier en raison d'une organisation sectorisée de l'offre et nécessite une attention particulière pour garantir un accès aux soins somatiques au patient. Elle implique également sa réinsertion sociale : la perception négative de la maladie mentale dans la société et la complexité à conserver ou retrouver une place de citoyen à la suite d'une hospitalisation constituent une problématique propre à la psychiatrie.

De plus, parmi les patients psychiatriques, ceux qui sont hospitalisés à temps complet mériteraient selon nous une attention particulière dans la mesure où il existe une pluralité de situations.

D'abord, le législateur distingue les soins libres des soins sans consentement. Or cette différenciation n'est pas toujours respectée dans la pratique. Dans ce contexte, il est apparu nécessaire de proposer un véritable statut pour le patient en soins libres, différencié à la fois de celui du patient somatique et du patient en soins sans consentement dans la mesure où il est souvent assimilé en fait à ce dernier. Corrélativement, renforcer la garantie des droits du patient en soins sans consentement apparaît aussi indispensable. La protection qui lui est accordée semble encore insuffisamment adaptée à sa situation malgré les évolutions législatives récentes<sup>1344</sup>. A ce titre, il est important de consolider l'exercice de ses droits à la fois en qualité de patient hospitalisé et en qualité de citoyen, mais également d'améliorer les voies de recours à sa disposition.

Ensuite, le statut du patient en psychiatrie se révèle très hétéroclite. Il implique une prise en charge différente, ou du moins qui devrait l'être, en fonction de l'âge du patient en premier lieu. Si une spécificité est affirmée pour le mineur engendrant une protection plus ou moins adaptée en raison de la prégnance de l'autorité parentale, un statut propre à la personne âgée

---

1344 Loi n° 2011-803 du 5 juillet 2011 relative aux droits et à la protection des personnes faisant l'objet de soins psychiatriques et aux modalités de leur prise en charge.

Loi n° 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.

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

devrait être également reconnu. Sa protection est en effet quasi inexistante aujourd'hui. Pourtant, en raison du vieillissement de la population et de l'accroissement des troubles combinés, il semble urgent d'y prêter attention. En second lieu, la situation juridique de la personne détenue ou du majeur protégé méritent des adaptations. La particularité de la situation du majeur protégé est établie depuis bien longtemps en psychiatrie. Pourtant des difficultés liées, par exemple, à la gestion du mandataire judiciaire sont constatées et ont des conséquences sur l'exercice des droits du patient. De son côté, la protection de la personne détenue n'a cessé de se renforcer ces dernières années avec la construction des UHSA notamment, qui garantissent le respect de ses droits tant en qualité de détenu que de patient hospitalisé. Pourtant, l'articulation complexe entre parcours judiciaire et parcours de soins psychiatriques nécessite, selon nous, encore des ajustements à cette protection.

Dès lors et plus largement, la question posée est celle de l'équilibre à rechercher entre le régime de soins et le statut du patient. Un premier levier semble résider dans le développement de la formation scientifique et juridique de l'ensemble des acteurs intervenant dans le dispositif de soins psychiatriques. Elle garantirait une meilleure connaissance des droits du patient en fonction de ses spécificités, et permettrait ainsi d'améliorer sa protection, de conforter les choix des acteurs selon les situations rencontrées et de tendre vers une uniformisation des pratiques professionnelles.

Finalement, ces développements nous conduisent à une interrogation classique en termes de protection des droits qui est celle du caractère pertinent d'une catégorisation des individus<sup>1345</sup>. Naturellement, on retrouve d'un côté les avantages liés à une adaptation du droit à une situation particulière et, de l'autre, les risques d'une stigmatisation dont nous savons qu'elle est déjà très importante pour les usagers de la santé mentale et de la psychiatrie. Aussi, si nous prônons au cours de ces développements un renforcement, voire parfois l'instauration, de spécificités dans la protection du patient hospitalisé en psychiatrie, il ne s'agit pas de créer un droit à la différence. Au contraire, il s'agit par-là de reconnaître les particularités inhérentes à la maladie mentale qui, de notre point de vue, ne peuvent plus être ignorées précisément afin de mieux protéger la personne ; de ce fait il convient de veiller à appréhender le parcours du

---

1345 ATTAL-GALY Y. Droits de l'homme et catégories de personnes, thèse de doctorat en Droit (sous la direction de Marie-Hélène Bernard-Douchez), Toulouse : Université Toulouse 1, 2002.

BIOY X., *Droits fondamentaux et libertés publiques*, LGDJ, 6ème édition, 2020, p 39, §39.

LOCHAK D., *Le droit et les paradoxes de l'universalité*, PUF, 2010, p 59-116.

Voir également Assemblée nationale, rapport d'information n°726 « une adolescence entre les murs : l'enfermement dans les limites de l'éducatif, du thérapeutique et du répressif sous la direction de Michel AMIEL, septembre 2018.

patient hospitalisé en psychiatrie de manière globale. A cet égard, l'évolution des politiques publiques de ces dernières années mérite l'attention. Les pouvoirs publics insistent en effet sur une approche pluridisciplinaire comme élément déterminant de la fluidification du parcours de santé et de vie du patient, en particulier en amont et en aval de l'hospitalisation psychiatrique. Le décroisement des pratiques professionnelles et des prises en charges au niveau d'un territoire est fortement attendu pour construire des parcours de soins gradués et coordonnés, tout en garantissant l'implication des usagers au sein de cette démarche<sup>1346</sup>.

La nécessité d'améliorer les conditions de vie et de citoyenneté de la personne souffrant de troubles psychiatriques apparaît aussi comme une priorité : ce peut être au cours de son hospitalisation par l'accès au numérique par exemple ou, à la sortie, par le développement des nouvelles pratiques telles que la réhabilitation psycho-sociale<sup>1347</sup> permettant un accompagnement et un suivi de l'intéressé.

Dans le même sens, le rôle des aidants, à l'instar des aidants familiaux instaurés pour les personnes dépendantes ou handicapées, est également à consolider car ils tiennent une place essentielle à toutes les étapes du parcours de l'utilisateur souffrant de troubles psychiatriques et ont parfois besoin d'un soutien lorsque leur proche est hospitalisé<sup>1348</sup>.

Voilà autant d'instruments qui, s'ils sont mis en œuvre, permettraient incontestablement d'améliorer la situation du patient hospitalisé en psychiatrie. Ces outils nous semblent parfaitement complémentaires d'une spécificité dans l'approche de la protection de ses droits. Ces perspectives nous laissent entrevoir la singularité de la psychiatrie de demain...

---

1346 Ministère des solidarités et de la santé, Feuille de route de la santé mentale et de la psychiatrie, 28 juin 2018, action n°8, action n°12.

1347 Ministère des solidarités et de la santé, Feuille de route de la santé mentale et de la psychiatrie, 28 juin 2018, action n°18.

1348 PTSM Haute-Garonne 2021-2025, p 20-21.

## BIBLIOGRAPHIE

### OUVRAGES GENERAUX

- APOLLIS B., TRUCHET D., *Droit de la santé publique*, Dalloz, 10<sup>ème</sup> édition, 2020
- BATTEUR A., *Droit des personnes, des familles et des majeurs protégés*, LGDJ, 10<sup>ème</sup> édition, 2019
- BEVIERE-BOYER B., *La dignité appréhendée par le code de santé publique*, LEH Edition, 2017
- BIOY X., LAUDE A., TABUTEAU D., *Droit de la santé*, Thémis, 4<sup>ème</sup> édition, 2020
- BIOY X., *Droits fondamentaux et libertés publiques*, LGDJ, 6<sup>ème</sup> édition, 2020
- CORNU G., *Vocabulaire juridique*, association H. Capitant, PUF, 13<sup>ème</sup> édition, 2020
- DUPONT M., BERGOIGNAN-ESPER C., *Droit hospitalier*, Dalloz, 11<sup>ème</sup> édition, 2022
- LAMI A., VIOUJAS V., *Droit hospitalier*, Bruylant, Collection Paradigme, 2<sup>ème</sup> édition, 2020
- LANTERO C., *Les droits des patients*, LGDJ, 2018
- LAUDE A. (dir.), *Consentement et santé*, Dalloz, 2017
- LECOURT D., *Dictionnaire de la pensée médicale*, Paris, PUF, 2004
- MARION L., MAUGUE C., *La responsabilité du service public hospitalier*, LGDJ, 2<sup>ème</sup> édition, 2019
- MATHIEU B., VERPEAUX M., *Contentieux constitutionnel des droits fondamentaux*, LGDJ, 2002
- MOQUET-ANGER M-L., *Droit hospitalier*, LGDJ, 6<sup>ème</sup> édition, 2021
- PETIT J., FRIER P-L., *Droit administratif*, LGDJ, 15<sup>ème</sup> édition, 2021-2022
- VOIRIN P., GOUBEAUX G., *Droit Civil*, Tome 1, LGDJ, 41<sup>ème</sup> édition, 2021

## OUVRAGES SPECIALISES

ANGELLOZ-NICOUD M., *Guide pratique du contrôle des hospitalisations psychiatriques sans consentement par le juge des libertés et de la détention*, LEH Edition, 2019

AMBROSINO F., *Le guide de l'Infirmier en pratique avancée*, Vuibert, 2ème édition, 2021

BARON-LAFORET S. et BRAHMY B., *Psychiatrie en milieu pénitentiaire*, Encyclopédie médico-chirurgicale, Psychiatrie, 1998

BEVIERE-BOYER B. (dir.), *La dignité humaine en santé- France-Chine*, Actes du colloque, LEH Edition, 2017

BIENVENU N., *Le médecin en milieu carcéral, étude comparative France/ Angleterre et pays de Galles*, LeHarmattan, 2006

BITTON A., *Du déni des droits des psychiatisés dans la psychiatrie française*, Édition Contes de la folie ordinaire, 2018

CABANNES X., BENILLOUCHE M. (dir.), *Hospitalisations sans consentement*, CEPRISCA, PUF, 2013

CHASSAGNOUX A., GAYE P-Y., *Infirmier en pratique avancée- IPA, mention psychiatrie et santé mentale*, Foucher, collection IPA, 2022

CLEMENT J-P., CALVET B., *Psychiatrie de la personne âgée*, Lavoisier, janvier 2019

CYRULNIK B. et LEMOINE P., *La folle histoire des idées folles en psychiatrie*, Odile Jacob, 2016

DARMSTADTER-DELMAS A., *Les soins psychiatriques sans consentement*, LexisNexis, 2017

DRESS, *Les établissements de santé*, sous la direction de Fabien Toutlemonde, Edition 2020

DUPONT M., LAGUERRE A., VOLPE A., *Soins sans consentement en psychiatrie. Comprendre pour bien traiter*, Presses de l'EHESP, 2015

DUPONT M., REY-SALMON C., *L'enfant et l'adolescent à l'hôpital. Règles et recommandations applicables aux mineurs*, Presses de l'EHESP, 2014

DUPUY O., *Droit et psychiatrie. La réforme du 5 juillet 2011 expliquée*, HDF, 2011



FILIPPI I. et HERRERIA M., *La protection juridique de l'incapable à l'hôpital*, LEH Edition, 2001

FOUCAULT M., *Histoire de la folie à l'âge classique*, Gallimard, collection « Tel », 1972

GILOUX N., PRIMEVERT M., *Les soins psychiatriques sans consentement*, LEH Edition, 2017

GUELFY J-D., *Les apports du concept de santé mentale à la psychiatrie*, DUNOD, 2018

HUMBERT S., GALANOPOULOS P., LUNEL A., *La médecine judiciaire d'hier à aujourd'hui : regards croisés*, LEH Edition, 2019

JONAS C. et SENON J-L., *Responsabilité médicale et droit du patient en psychiatrie*, EMC Référence, 2002

LUNEL A., « *Folie et déraison* » : *regards croisés sur l'évolution juridique des soins psychiatriques en France, Pouvoir, santé et société*, LEH édition, 2015

LUNEL A., *Le fou, son médecin et la société. La folie à l'épreuve du droit de l'Antiquité à nos jours*, LEH Edition, 2019

LUQUIENS A., REYNAUD M., PAILLE F., *Épidémiologie et impact médico-économique, Addictions et comorbidités*, sous la direction de BENYAMINA A., Dunod, 2014

MARZOUG S., SEGUI-SAULNIER S., « *Le dossier médical du patient* », *Guide juridique pratique*, Berger-Levrault, 2010

PERRIER J-B. (dir.), *Soins et privation de liberté*, Actes du colloque du 4 avril 2014, LGDJ, 2015

POIROT-MAZERES I. (dir.), *L'accès aux soins Principes et réalités*, Actes du colloque n°8, LGDJ, 2011

POSTEL J., *Dictionnaire de la psychiatrie*, Larousse, 2011

PROTAIS C., *Sous l'emprise de la folie ? - L'expertise judiciaire face à la maladie mentale (1959-2009)*, EHESS, 2017

QUETEL C., *Histoire de la folie, de l'antiquité à nos jours*, Tallandier, 2009

REY-SALMON C., *Secret médical et personnes vulnérables : le cas du mineur*, Recueil Dalloz Siney, n°39, 2009, p 2651

SENON J-L., CAROL J., VOYER M., Préface GRAVIER B., *Psychiatrie légale et criminologie clinique*, Collection Les âges de la vie, Elsevier-Masson, 2013

TYRODE Y., BOURCET S., BOURICHE D., *Psychiatrie légale, La pratique de terrain*, Paris : Ellipses, 1999

THERON S., *Les soins psychiatriques sans consentement*, Dunod, 2017

VIALLA F., *Les grandes décisions du droit médical*, LGDJ, 2009

VIALLA F., *Jurisprudence du secteur social et médico-social*, DUNOD, 2012

## **THESES ET MEMOIRES**

ATTAL-GALY Y., Droits de l'homme et catégories de personnes, thèse de droit (sous la direction de Marie-Hélène Bernard-Douchez), Toulouse : Université Toulouse 1, 2002.

BOUGON E., Protection juridique et soins sans consentement chez le majeur hospitalisé en psychiatrie, thèse de doctorat : Médecine humaine et pathologie (sous la direction de Hélène VERDOUX), Bordeaux : Université Bordeaux 2, 2015.

CAMBONIE C., Est-il encore utile de fermer nos unités ? thèse de médecine (sous la direction de Etienne Very), Toulouse : Université Toulouse III-Paul Sabatier-Rangueil, 2017.

CHAULIAC N., « Prévenir le suicide des personnes âgées institutionnalisées », Thèse de doctorat en Épidémiologie, Santé publique, Recherche sur les services de santé (sous la direction de Antoine Duclos), Lyon : École Doctorale Interdisciplinaire Sciences-Santé, 2019.

COLDEFY C., De l'asile à la ville : une géographie de la prise en charge de la maladie mentale en France, thèse de géographie (sous la direction de Denise PUMAIN), Paris : Université Paris 1 Panthéon Sorbonne, 2010.

DOUMENG V., La vie privée du majeur malade mental ou déficient intellectuel, thèse de droit privé (sous la direction de Claire NEIRINCK), Toulouse : Université Toulouse 1, 2002.

GUIGUE S., « L'approche juridique du trouble mental », thèse de droit (sous la direction de François Vialla), Montpellier : Université Montpellier 1, 2011.

HUBERT P., mémoire Master 2 « La responsabilité administrative des établissements publics de soins psychiatriques » (sous la direction de THERON Sophie), Université Toulouse 1 Capitole, 2015.

KABBAJ S., MARQUES J-M., LUDWIG C., Repérer les personnes âgées à risque de suicide : une évaluation des instruments à l'usage de l'infirmière à domicile, Mémoire de Bachelor : Haute école de santé Genève, 2019.

LANTUEJOUL E., mémoire Master 2 « Les spécificités des droits de l'enfant en hospitalisation psychiatrique », (sous la direction de Xavier BIOY), Toulouse : Université Toulouse 1 Capitole, 2014-2015.

MALATERRE J., mémoire Master 2 « Quelle prise en charge pour les détenus souffrant de troubles mentaux ? », (sous la direction de PANFILI Jean-Marc), Toulouse : Université Toulouse 1 Capitole, 2015-2016.

PANFILI J-M., Les instruments de protection des droits et libertés des malades mentaux, thèse de doctorat en Droit Public (sous la direction de Florence Crouzatier-Durand), Toulouse : Université Toulouse 1, 2013.

PECHILLON E., Sécurité et droit du service public pénitentiaire, thèse de doctorat en Droit Public (sous la direction de Francis Chauvin), Rennes : Université Rennes 1, 1997.

PERRAULT C., « Abolition et altération du discernement (au sens de l'article 122-1 du Code pénal) : quelles définitions, quels diagnostics psychiatriques ? », thèse de médecine (sous la direction de Christophe Arbus), Toulouse : Université Toulouse III – Paul Sabatier, 2013.

PITCHO B., Le statut juridique du patient, thèse de doctorat en Droit Privé (sous la direction de François Vialla), Toulouse : Université Montpellier 1, 2002.

RUBINSTEIN S., *La sectorisation psychiatrique en France. Histoire d'une construction juridique et médicale*, thèse en doctorat de Droit (sous la direction de Alexandre LUNEL), Paris : Université Paris 8 Vincennes Saint-Denis, 2020.

## ARTICLES

ARHAB-GIRARDIN F., « L'aide à la décision médicale de la personne âgée vulnérable », *RDSS*, 2018, p 779.

ASCENSI L., « Les transformations de l'irresponsabilité pénale pour cause de trouble mental », *Actualité juridique pénal*, 2021, n°10, p 452-454.

BARBIER L., Dossier « Hospitalisation sans consentement », La réforme des soins sans consentement vue d'un service MJPM, *AJ Famille*, 2016, p 33.

BENIA F., « La réforme des tutelles renforce le droit des personnes vulnérables », *Journal du droit des jeunes*, 2007/8, n°268, p 32-36.

BENSUSSAN P., « La pénalisation de la folie », *Santé mentale*, 2018, n°227, p 74-77.

BENSUSSAN P., « La pénalisation de la folie ou l'arbitraire en pratique expertale », *Actualité juridique pénal*, 2021, n°10, p 456-459.

BENYAMINA A., « Pathologie duelle, actualités et perspectives », *Annales médico-psychologiques*, 176 (2018), 742-745.

BERGOIGNAN ESPER C., « Le consentement médical en droit français », Actes du colloque, LAENNEC, n°4/2011, tome 59, p 15-23.

BERTAUD E., « Evolution et enjeux à venir de la pair-aidance dans le champ de la psychiatrie en France », *Evolution psychiatrique*, 2021, volume 86, n°1, p 17-24.

BICHET C., MONCANY A-H., « Le psychiatre face à l'irresponsabilité pénale pour trouble mental : concepts, enjeux, perspectives », *L'information psychiatrique*, 2022, volume 98, n°2, p 99-106.

BIOY X., « La judiciarisation accrue de l'hospitalisation sous contrainte », *AJDA*, 2011, p 174.

BIOY X., « Le droit d'accès aux soins en contexte pandémique », *AJDA*, 2020, p 1487.

BORGETTO M., « La personne âgée, sujet de protection du droit », *RDSS*, 2018, p 757.

BOTBOL M., CHOQUET L-H., HAMON H., GOURBIL A., « Ordonnance de placement provisoire et obligation de soins en psychiatrie de l'adolescent », *EMC Psychiatrie*, volume 16-1, n°177, Janvier 2019.

BOUCHARD J-P., « Irresponsabilité et responsabilité pénales : faut-il réformer l'article 122-1 du Code pénal français ? », *Annales médico-psychologiques*, 2018, volume 176, n°4, p 421-424.

BOURRET R., FAURE M., MARTINEZ E., VIALLA F., « Mineur et secret médical », *RDS*, n°65, 2015, p374-379.

BRIAND K. et FROUIN V., « Accueil en USLD : entre psychose, fantasme et défi », Dossier « Accueillir le sujet âgé en psychiatrie », *Soins psychiatrie*, n°322, mai/juin 2019, p18.

CAMPION T. et BENSADOUN N., « Le rôle d'une équipe de gérontopsychiatrie », Dossier « Accueillir le sujet âgé en psychiatrie », *Soins psychiatrie*, n°322, mai/juin 2019, p31.

CASTAING C., « La volonté des personnes admises en soins psychiatriques sans consentement », *AJDA*, Dalloz, 2013, p 153.

CASTAING C., « La volonté des personnes admises en soins psychiatriques sans consentement. Quel droit pour quel juge ? », *AJDA*, 2013, p153.

CASTAING C., « Pouvoir administratif versus pouvoir médical ? », *AJDA*, 2011, p 2055.

CASTAING C., « Psychiatrie et soins ambulatoires », *RDSS*, 2016, p 77.

CERE J-P, « Le détenu malade : le traitement du droit européen », *AJ Pénal*, 2010, p 325.

CERVELLO S., « Bénéfices de la pair-aidance dans les troubles psychiques sévères », *EMC PSYCHIATRIE*, 2020, volume 17-4, n°37, p 1-6.

CHARNEY DS. , REYNOLDS CF 3rd, LEWIS L., LEBOWITZ BD., SUNDERLAND T., ALEXOPOULOS GS. « Depression and bipolar support alliance consensus statement on the unmet needs in diagnosis and treatment of mood disorders in late life », *Arch Gen Psychiatry*, 2003, p 664-672

COELHO J., « Responsabilité du fait du suicide de patients psychiatriques en hospitalisation libre : quelle obligation de surveillance », *AJDA*, 2008, p 441.

COELHO. J, « Hospitalisation sous contrainte, plaidoyer pour une réforme », *RDSS*, n°2, mars-avril 2006, p 259.

COLDEFY M., FERNANDES S., LAPALUS D., « Les soins sans consentement en psychiatrie : bilan après quatre années de mise en œuvre de la loi du 5 juillet 2011 », *Questions d'économie de la santé*, n°222, février 2017, p 4.

CORDIER C., « L'Élysée annonce un plan global en santé mentale avec accès facilité aux psychologues », *Hospimedia*, 28 septembre 2021.

COUTURIER M., « La responsabilité pénale du psychiatre dans la prise en charge du malade dangereux : suite... », Note sous cour d'appel d'Aix-en-Provence, 7° ch.A , 31 mars 2014, n°150/2014, *RDSS*, 2014, p 919.

COUTURIER M., « La santé mentale dans la loi du 26 janvier 2016 : une évolution des cadres sans révolution des pratiques », *RDSS*, 2016, p 683.

CUIJPERS P., « Mortality and depressive symptoms in inhabitants of residential homes », *Int J Geriatr Psychiatry*, 2001, p 131-138.

DA COSTA J., MONCANY A-H., LEYMARIE F., « Parcours de soins complexes pour les patients détenus », *FERREPSY*, mai 2020.

DAVID M., MONTET I., « L'irresponsabilité pénale sous le coup de la « légifémotion », *L'information psychiatrique*, 2022, n°1, volume 98, p 13-18.

DE BIDERAN C., BÉTRÉMIEUX M., HAOUI R., MADELPUECH B., « Communautés psychiatriques de territoire : Quatre ans après la loi de 2016, quel bilan ? » *RHF*, 2020, n°595, p33-37

DELARUE J-M., Psychiatrie. Le lieu des audiences des patients soignés sans consentement doit être l'hôpital, *Hospimedia*, 26 novembre 2012.

DELGADO-HERNANDEZ G., MONNET-PLACIDI L., « L'inconstitutionnalité de l'article L. 3222-5-1 du Code de la santé publique relatif à l'isolement et à la contention psychiatrique », *La lettre juridique*, juillet 2020.

DELVOLVE P., « Voie de fait : limitation et fondements », *RDFA*, 2013, p 1041.

DEVERS G., « Familles et psychiatrie : que dit le droit ? », *Santé mentale*, n°159, Juin 2011, p 81-83.

DUGNE J., « Judicialisation de la procédure de soins psychiatriques sans consentement », *RDS*, n° 62, 2014, p 1745-1749.

DUJARDIN V., PECHILLON E., « Conduite automobile et traitement psychotrope », *Santé mentale*, n°223, Décembre 2017, p 8-9.

DUJARDIN V., PECHILLON E., « La judiciarisation des soins psychiatriques : le point de vue du juriste », *L'information psychiatrique*, 2015/6, volume 91, p 459- 469.

DUPONT M., « Le libre choix du médecin : son évolution depuis la loi du 4 mars 2002 » *RDSS*, 2007, p 759.

DUPONT M., « Que reste-t-il de la sectorisation psychiatrique ? », *RDSS*, 2017, p 890

FAVIER Y., « Vulnérabilité et fragilité : réflexions autour du consentement des personnes âgées », *RDSS*, 2015, p 702.

FESSARD L., « L'inamovible infirmerie psy de la préfecture de police de Paris », *Médiapart*, 2013.

FORT F-X, « La protection de la dignité de la personne détenue », *AJDA*, 2010, p 2249.

FRANC A., « Psychiatrie : un DES en cinq ans avec des options précoces dès novembre 2022 (Olivier Véran) », *APM News*, septembre 2021.

FRANCK N., CELLARD C., MARIOTTI P., *Pair-aidance en santé mentale : une entraide professionnalisée*, Elsevier Masson, 2020, p 286.

FUHRER R., DUFOUIL C., ANTONUCCI T., SHIPLEY M., HELMER C., DARTIGUES JF, *J Epidemiol*, 1999, n°149, p116- 126.

GAKOU S., « Infirmière en pratique avancée dans le domaine de la psychiatrie », *L'information psychiatrique*, 2020/7, volume 96, p 533-537.

GALLAIS J-L., « Médecine générale, psychiatrie et soins primaires : regard de généraliste ». *L'Information Psychiatrique*, 2014/5, volume 90, p 323-329.

GALLIC L., « Une unité spécifique pour les résidents présentant des troubles psychiatriques », *Soins psychiatrie*, n°322, mai/juin 2019, p 22.

GARCIA M., « Réflexions critiques sur les notions d'abolition et d'altération de la faculté à discerner », *Médecine & Droit*, 2021, n°167, p 25-29.

GENTNER Fabrice, « Un médiateur de santé pair dans une équipe de réhabilitation psychosociale », *Soins aides soignantes*, 2019, n°91, p 24-25.



GIRER M. et ROUSSET G., « Sexualité et règlement intérieur en psychiatrie », *Juris associations*, 2015, n°530, p 20.

GRABOY-GROBESCO A., « Les séjours psychiatriques sous contrainte et l'évolution des droits des malades », *AJDA*, 2004, p 65.

GUEZENNEC P. et ROELANDT J-L., « Les conseils locaux de santé mentale en France : état des lieux en 2015 », *L'information Psychiatrique*, volume 91, n°7, Août - Septembre 2015, p 549-556.

GUIDI J. et al. « Etudes rétrospective concernant les mineurs hospitalisés en psychiatrie adulte », *L'information psychiatrique*, 2018/3, volume 94, p 183-188.

GUIVARCH J., PIERCECCHI-MARTI M-D., GLEZER D., CHABANNES J-M., « Divergences dans l'expertise de responsabilité des personnes schizophrènes accusées d'homicide volontaire : enquête auprès des experts de la cour d'appel d'Aix-en-Provence », *Encéphale*, 2016 ; volume 42, n°4, p 296-303.

HANON C., « La psychiatrie de la personne âgée : contours et perspectives », *Rhizome*, n°74, décembre 2019.

HANON C., « La psychiatrie du sujet âgé : mythe ou réalité ? », *Le carnet psy*, 2014/4, n°180, p 31-35.

HANON C., CAMUS V., « Formation à la psychiatrie du sujet âgé : quels enjeux ? », *L'information psychiatrique*, 2010/1, volume 86, p 15-20.

HARDY-DUBERNET A-C., ARLIAUD M., HORELLOU-LAFARGE C., LE ROY F., BLANC M-A., " La réforme de l'internat de médecine de 1982 et ses effets sur les choix professionnels des médecins », Recherche réalisée dans le cadre du programme INSERM/CNRS/MIRE 98 : Processus de décision et changements des systèmes de santé, 2001.

HARRAR MASMOUDI W. « Le statut du détenu malade », *Droit, Santé et Société*, 2018/5, n°5-6, p 59 -77.

HELAINÉ C., « Risque de fugue et comparution de la personne hospitalisée sans consentement », *Dalloz actualités, Civil, Famille-Personne*, 30 mars 2021.

HENNION-JACQUET P., « Dignité et détention des personnes souffrant de troubles mentaux et si la justice s'arrêtait aux portes des prisons ? », *RDSS*, 2009, p 509.

HENNION-JACQUET P., « Soigner et punir : l'improbable conciliation entre santé et prison », *RDSS*, 2007, p 259.

HENNION-JACQUET P., « Soins en prison, troubles psychiques, suicide, droit à la vie, traitements inhumains et dégradants, responsabilité », *RDSS*, 2009, p 363.

HOCHMANN J., « Réflexions sur les rapports entre l'histoire et la psychiatrie », *L'évolution psychiatrique*, volume 82, n°3, 2017, p 469-481.

HOERNI B., BOUSCHARAIN J-P., « Arrêt Teyssier de la Cour de Cassation, 28 janvier 1942 : quelques remarques sur une décision "oubliée" », *Histoire des sciences médicales*, 2001, n°3, p 299- 304.

HUDE W., PINET E., « Les médiateurs de santé pair : une profession en devenir », *L'information psychiatrique*, 2020 ; volume 96, n°7, p 527-532.

JONAS C., « Un arrêt de principe en matière de soins aux mineurs », *Médecine & Droit*, 2014, p81-82.

JOVELET G., « Admission d'un sujet psychotique en EHPAD et continuité des soins psychiatriques », *Soins Psychiatrie*, n°322, mai/juin 2019, p17.

KATZ D., « Peut-on interdire les relations sexuelles aux patients d'un hôpital psychiatrique ? », *AJDA*, 2013, p 115.

KIMMEL-ALCOVER A., « L'autorité parentale à l'épreuve de la santé des mineurs : chronique d'un déclin annoncé », *RDSS*, 2005, p 265-277.

LABAYLE H., SCHAHMANECHE A., SUDRE F., « Jurisprudence de la Cour européenne des droits de l'homme et droit administratif », *Sciences de l'Homme et Société/Droit*, 2020, p732

LABOUTIERE J-J., « Psychiatrie de ville et coordination des soins », *L'information psychiatrique*, 2017/9, volume 93, p 746 -753.

LACOUR C. et LECHEVALIER HURARD L., « Restreindre la liberté d'aller et venir des personnes âgées ? L'épineuse question de la capacité à consentir des personnes atteintes de troubles cognitifs », *RDSS*, 2015, p 983.

LAFAYE C., LANCELEVEE C., PROTAIS C., « L'irresponsabilité pénale au prisme des représentations sociales de la folie et de la responsabilité des personnes souffrant de troubles mentaux », *HAL*, 2 mars 2017, p 91.

LAUNAY C., MAUGIRON P., « Intégration d'un médiateur de santé-pair dans une équipe de soins, son rôle et ses fonctions », *Annales médico psychologiques*, 2017, volume 175, n°8, p 741-746.

LAURENCIN G., « Condition carcérale et souffrance psychique », *Rhizome*, Bulletin national santé mentale et précarité, Avril 2015.

LE PEN C., « Patient » ou « personne malade » ? Les nouvelles figures du consommateur de soins, *Revue économique*, 2009/2, volume 60, p 257-271.

LEBOWIT BD., PEARSON JL., SCHNEIDER LS., REYNOLDS CF 3rd, ALEXOPOULOS GS, BRUCE ML., « Diagnosis and treatment of depression in late life. Consensus statement update », *JAMA*, 1997, n°278, p 1186-1190.

LEFEBVRE DES NOETTES V, « Enjeux éthiques du consentement à l'entrée en Ehpad », *Rhizome*, n°74, décembre 2019.

LOPA DUFRENOT M., « Le suicide d'un patient atteint de troubles mentaux admis librement dans un établissement hospitalier », *AJDA*, 2013, p 2156.

LUCAS K., « Les conditions matérielles de vie des personnes internées face à l'article 3 de la Convention européenne des droits de l'homme », *RDSS*, 2012, p 863.

LUCAS K., « Placement et détention arbitraire d'une personne atteinte de troubles mentaux dans un institut spécialisé « épinglé » par le CPT en décembre 2004 » in Lettre « Actualités Droits-Libertés » du *CREDOF*, 25 janvier 2012.

MAHE V, « Auteurs d'infractions dont le discernement était altéré ou aboli au sens de l'article 122-1 du Code pénal : étude descriptive sur 180 sujets », *Revue de médecine légale*, 2015, volume 6, n° 2, p 70-77.

MANZANERA C. et SENON J-L, "Psychiatrie de liaison en milieu pénitentiaire : organisation, moyens, psychopathologies et réponses thérapeutiques », *Annales médico psychologiques*, 2004, n°162, p 686-699.

MARGAT A., DEBOUT C., MERCIER A., CHEVALLIER F., « Le nouveau métier diplômé d'état infirmier en pratique avancée mention psychiatrie et santé mentale », *L'information psychiatrique*, 2020, n°7, volume 96, p 545- 552.

MENABE C., « L'irresponsabilité pénale pour cause de trouble mental », *Actualité juridique pénal*, 2018, n° 11 p 488-490.

MONNIER A, TACHON J-P, « Les commissions départementales de soins psychiatriques : un pilier de la démocratie sanitaire à consolider », *L'information psychiatrique*, 2015, n°6, volume 91, p 455-458.

MONTET I., « Le dossier médical en psychiatre ambulatoire », *L'information psychiatrique*, 2008, n°4, Volume 84, p 354-360.

MONTET L., « Les services d'urgence hospitaliers : victimes de leur place dans l'organisation des soins », *RDS*, n°80, novembre 2017.

MONTOURCY V., « L'avocat en droit des soins psychiatriques sans consentement : entre conseil et défense », Dossier « Hospitalisation sans consentement », *AJ Famille*, 2016.

MONTOURCY V., « Les procédures d'hospitalisation sans consentement », *Dossier* « Hospitalisation sans consentement », *AJ Famille*, 2016, p 14.

NUBUKPO P., CLEMENT J-P., "Hospitalisation en psycho-gériatrie et place des autres structures », *L'information psychiatrique*, 2010, n°1, volume 86, p 33-38.

OLECH V., « Soins médicaux en milieu carcéral : confusion des rôles et partage des secrets », *RDS*, janvier 2015, n°63.

PANFILI J-M., « L'autonomie réduite de l'adolescent en soins psychiatriques », *RDS*, n°63, février 2015, p 29-46.

PANFILI J-M., « L'hospitalisation en soins sans consentement des détenus atteints de troubles mentaux : un dispositif incertain et controversé », *Droit, déontologie et soins*, n°1, mars 2013, p 9-15.

PANFILI J-M., « L'unification du contentieux de l'internement psychiatrique : une compétence résiduelle du juge administratif pour statuer sur le refus de retrait de la décision », *Droit, Déontologie & Soins*, 2018.

PANFILI J-M., dossier Hospitalisation sans consentement - « Le libre choix du médecin à l'épreuve de la sectorisation psychiatrique », *AJ Famille*, 2016, p 17.

PANFILI J-M., « Publicité des débats et secret médical : deux principes antagonistes à concilier », Dossier « Hospitalisation sans consentement », *AJ Famille*, 2016, p 27.

PANFILI J-M., « L'intervention du juge judiciaire dans les soins psychiatriques sans consentement : analyse de la jurisprudence depuis la loi du 5 juillet 2011 », *CRPA*, octobre 2014

PANFILI J-M., « Le juge, l'avocat et les soins psychiatriques sans consentement depuis 2011 », *CRPA*, 2020.

PECHILLON E. et DUJARDIN V., « Comment contrôler les effets personnels des patients ? », *Santé mentale*, n°211, octobre 2016, p 8-9.

PECHILLON E., « Conditions de maintien d'une décision individuelle de soins sous contrainte : l'importance des documents médicaux permettant d'évaluer l'état de santé du patient », *RDS*, n°72, juillet 2016, p 642.

PECHILLON E., « Contrôle de la légalité d'une mesure d'hospitalisation d'un patient en fugue : la difficulté de rédiger les certificats mensuels », *RDS*, n°78, juillet 2017, p 615.

PECHILLON E., « Hopsyweb, circulez, il n'y a rien à voir ! », *Le droit en pratique, Santé mentale*, n° 247, Avril 2020, p 7.

PECHILLON E., « Hospitalisation d'un patient en état de péril imminent : comment trouver l'équilibre entre protection des droits du justiciable et respect de la vie privée de la personne hospitalisée ? », *RDS*, n°70, mars 2016, p 314.

PECHILLON E., « La responsabilité administrative de l'établissement pratiquant du soin psychiatrique », *CRDF*, n°12, 2014, p 73-85.

PECHILLON E., « Le droit des UHSA : la création progressive de zones pénitentiaires dans les hôpitaux psychiatriques », *AJ Pénal*, 2010, p 322.

PECHILLON E., « Patient fugueur : quelle responsabilité de l'établissement ? », *Santé mentale*, n°235, février 2019, p 9.

PECHILLON E., DAVID M., « Décision ou prescription du psychiatre : quelles différences juridiques ? », *L'information psychiatrique*, 2017, n°4, volume 93, p349-350.

PENOCHET J-C., MONTET I., « Réforme de l'irresponsabilité pénale pour troubles mentaux : entretien avec Jean-Claude Pénochet », *L'information psychiatrique*, 2022, n°1, volume 98, p19-25.

PERRIN-NIQUET A., « De l'infirmier de secteur psychiatrique à l'infirmier de pratique avancée en santé mentale et psychiatrie », *L'information psychiatrique*, 2020, n°7, volume 96, p 511-517.

PITAVY M., « Un EHPAD psychiatrique : une première en France et c'est au Puy », *Zoomdici.fr*, 27 novembre 2020.

POIROT-MAZERES I., « Pratiques avancées et médecine de parcours », *RDSS*, n° 3, 2021, p 425.

POURRAT A., « Loi de santé et psychiatrie. Et maintenant ? », *L'information psychiatrique*, 2016, volume 92, p 183-186.

PROTAIS C., « Irresponsabilité pénale : les enjeux de l'expertise », *Santé mentale*, 2018, n°227, p 78-83.

RAOUL-CORMEIL G., ROUX-DEMARE F-X., « Personne pénalement irresponsable : mesure de soins psychiatriques et procédure de révision », *Semaine juridique*, 2020, n°42 p 1821-1825.

REBOURG M., « La notion de "proche aidant" issue de la loi du 28 décembre 2015 : Une reconnaissance sociale et juridique. », *RDSS*, n°4, 2018, p 693-705.

RENARD S., « Peut-on contraindre un patient non respectueux des règles de confinement ? », *Santé mentale*, 2020, p 2.

RITCHIE K., ARTERO S., BELUCHE I., ANCELIN ML. , MANN A., DUPOUYAM. Et al., « Prevalence of DMS-IV psychiatric disorders in the French elderly population », *Br J Psychiatry*, 2004, n°184, p 147-152.

ROCHE P., « Dernière mise au point sur la question du régime des UMD », *RDS*, n°58, 2014.

SARGOS P., « L'information du patient et le consentement aux soins », sous la direction de Espec C., *Traité de droit médical et hospitalier*, 2003, Litec.

SCHUSTER J-P., MANETTI A., AESCHIMANN M., LIMOSIN F., « Troubles psychiatriques du sujet âgé : données épidémiologiques et morbi-mortalité associée », *Geriatr Psychol Neuropsychiatr Vieil*, 2013, 11(2), p 181-155.

SENON J-L., « Troubles mentaux et prison », *AJ Pénal*, 2007, p 155.

SENON J-L., GRANGER B., « Intérêt clinique de la psychiatrie médico-légale », *PSN*, Éditions Matériologiques, 2014, n°1, Volume 12, p 11 à 14.

SUTCLIFFE C., BURNS A., CHALLIS D., GODLOVE MOZLEY C., CORDINGLEY L., HEATHER BAGLEY H., et al., « Depressed mood, cognitive impairment and survival in older people admitted to care homes in England », *Am J Geriatr Psychiatry*, 2007, volume 15, p 708-715.

SWELNIARZ B., « Soins sans consentement pour les mineurs », *Perspectives Psy*, 2009, n°1, volume 48, p 38-43.

TESSIER J-F., LEGER J-M., CHARLES E. et FAUGERON P., « La psychiatrie a-t-elle sa place aujourd'hui dans la prise en charge médicale du sujet âgé ? Réflexions faites au travers de l'évolution des pratiques de soins », *Gérontologie et société*, n°104, mars 2003, p 47.

THERON S., « La loi du 27 septembre 2013 : une révision partielle du régime des soins Psychiatriques », *RDSS*, 2014, p 133.

THERON S., « Réflexions autour d'une institution singulière : l'Infirmerie psychiatrique de la Préfecture de police de Paris », *RDSS*, 2009, volume 6, p 1061-1074.

TOUZEIL-DIVINA M., « Responsabilité pour faute des actes d'un mineur dément en hôpital de jour : ni risque spécial, ni garde transférée », *La semaine juridique*, Edition générale n°9, février 2012, p 256.

TOUZEIL-DIVINA M., « Incarcération contraire au principe de dignité de la personne humaine », *La semaine juridique*, Edition générale n°5, janvier 2017, p 112.

TOUZEIL-DIVINA M., « Quand la théorie de la voie de fait ne s'applique pas mais s'invoque », *La semaine juridique Administrations et Collectivités territoriales* n°5, février 2020, p 2033.

UNAFAM, « Suppression du magistrat au sein des CDSP », Communiqué de presse, *Santé mentale*, 3 septembre 2019.

VAUTHIER J-P, « Obligation de surveillance renforcée versus droits des patients en psychiatrie : le régime de soin fait la différence », *Recueil Dalloz*, 2013, p 1819.

VAUTHIER J-P., « Conditions de détention des personnes fragiles psychologiquement ; la Cour européenne des droits de l'Homme affine sa jurisprudence », *RDS*, n°70, mars 2016, p 298.

VAUTHIER J-P., « Obligation renforcée versus droits des patients en psychiatrie : le régime du soin fait la différence », *Recueil Dalloz*, 2013, p 1819.

VERHEYDE T., Dossier « hospitalisation sans consentement » Personnes faisant l'objet de soins psychiatriques : dispositions particulières concernant les majeurs protégés », *AJ Famille*, 2016, p 30.

VERNET A., HENIN M., ALEXANDRE C., AGBOLI K., GODET T., FAUVILLE B. et BOUTET C., « Les relations sexuelles en service de psychiatrie », *L'information psychiatrique*, 2014, n°7, Volume 90, p 525-530.

VERON P., « Psychiatrie : l'incompétence du juge des libertés et de la détention pour contrôler la légalité d'une décision médicale de mise à l'isolement ou de contention », CERDACC, novembre 2019.

VIALLA F., « Relation de soin et minorité », *Petites affiches*, n°57, 20 mars 2015, p 4.

VIGNAUD A., « La pair-aidance en psychiatrie : se rétablir, innover et donner du sens », *Annales Médico-Psychologiques*, n°175, 2017, p 736-740.

VIUJAS V., « Les soins psychiatriques aux détenus : des modifications mineures pour une problématique de santé publique majeure », *RDSS*, 2011 p 1071.

VOEGEL S., « De l'ETP pour retrouver sa citoyenneté », *Santé mentale*, février 2019.



## **RAPPORTS, RECOMMANDATIONS, AVIS**

### **Autorités administratives et publiques indépendantes**

ANAES, Conférence de consensus, La crise suicidaire : reconnaître et prendre en charge, 2000.

ANAES, Guide « Limiter les risques de la contention physique de la personne âgée », 2000.

ANCREAI, Evaluation qualitative des effets produits par les GEM sur les situations de vie de leurs adhérents, 2017.

CGLPL, rapport de visite de l'établissement public de santé mentale de Brienne-le-Chateau, 2011.

CGLPL, rapport d'activité, 2013.

CGLPL, rapport annuel d'activité 2014.

CGLPL, rapport annuel d'activité 2016.

CGLPL, rapport « Isolement et contention dans les établissements de santé mentale », 2016.

CGLPL, rapport « Le personnel des lieux de privation de liberté », 2017.

CGLPL, rapport « Les droits fondamentaux des mineurs en établissement de santé mental », 2017.

CGLPL, recommandations en urgence relatives au centre hospitalier universitaire de Saint-Etienne (Loire), 2018.

CGLPL, avis relatif à la prise en charge sanitaire des personnes étrangères au sein des centres de rétention administrative, 2018.

CGLPL, rapport de visite du Centre hospitalier Saint Jean de Dieu, Lyon 8ème, 2019.

CGLPL, rapport de visite du Centre hospitalier Gérard Marchant, 2019.

CGLPL, avis relatif à la prise en charge des personnes détenues atteintes de troubles mentaux, 2019.

CGLPL, rapport de visite du Pôle de psychiatrie du centre hospitalier universitaire de Saint-Étienne, 2019.

CGLPL, rapport « COVID-19 : recommandations du CGLPL relatives aux établissements de santé mentale », 2020.

CGLPL, rapport « Soins sans consentement et droit fondamentaux », 2020.

CGLPL, rapport « Les droits fondamentaux des personnes privées de liberté à l'épreuve de la crise sanitaire », 2020.

CGLPL, synthèse du rapport « Les droits fondamentaux des personnes privées de liberté à l'épreuve de la crise sanitaire », 2020.

CGLPL, rapport « Les droits fondamentaux des mineurs enfermés », 2021.

CGLPL, recommandations en urgence du 1er février 2022 relatives au centre de santé mentale Jean-Baptiste-Pussin à Lens, mars 2022.

CNIL, Délibération n° 2018-152 portant avis sur un projet de décret autorisant les traitements de données à caractère personnel relatifs au suivi des personnes en soins psychiatriques sans consentement, 2018.

Défenseur des droits, Rapport « Protection juridique des majeurs vulnérables », Septembre 2016

Défenseur des droits, rapport « Les droits fondamentaux des personnes âgées accueillies en EHPAD », 2021.

Défenseur des droits, rapport « Santé mentale des enfants : le droit au bien-être », 2021.

HAS, conférence de consensus, « Liberté d'aller et venir dans les établissements sanitaires et médico-sociaux, et obligation de soins et de sécurité », 2004.

HAS, recommandations "les modalités de prise de décision concernant l'indication en urgence d'une hospitalisation sans consentement d'une personne présentant des troubles mentaux », 2005.

HAS, recommandations « Éducation thérapeutique du patient. Définition, finalités et organisation », 2007.

HAS, Recommandations de bonnes pratiques professionnelles, « La bientraitance : définition et repères pour la mise en œuvre », 2008.

HAS, Programme Pilote 2006-2013, « Prescription des Psychotropes chez le Sujet âgé », 2010.

HAS, Recommandations de bonnes pratiques « Délivrance de l'information à la personne sur son état de santé », 2012.

HAS, Guide de promotion de la bientraitance en établissements de santé et EHPAD, 2012.

HAS, Cadre référentiel ETP Paerpa – Dépression, 2014.

HAS, Recommandation de bonne pratique en psychiatrie "Comment améliorer la prise en charge somatique des patients ayant une pathologie psychiatrique sévère et chronique », 2015.

HAS, Recommandations « Isolement et contention en psychiatrie générale », Méthode Recommandations pour la pratique clinique, février 2017.

HAS, « Programme pluriannuel. Psychiatrie et santé mentale 2018-2023 », juin 2018.

HAS, « Améliorer la coordination des soins dans le domaine de la santé mentale », octobre 2018.

HAS, Recommandations de bonnes pratiques, « Aide à la rédaction des certificats et avis médicaux dans le cadre des soins psychiatriques sans consentement d'une personne majeure à l'issue de la période d'observation de 72 heures », mars 2018.

HAS, Recommandations « Prise en charge ambulatoire des patients souffrant de troubles psychiques », Réponses rapides dans le cadre de la Covid-19, juin 2020.

HAS, Recommandations « Soutenir et encourager l'engagement des usagers dans les secteurs social, médico- social et sanitaire », juillet 2020.

HAS, Guide « Programme de soins psychiatriques sans consentement. Mise en œuvre », mars 2021.

## **Inspections**

Cour des comptes, rapport « L'organisation des soins psychiatriques : les effets du plan psychiatrie et santé mentale », 2005-2010, rapport public thématique, 2011.

Cour des comptes, rapport « La protection juridique des majeurs, une réforme ambitieuse, une mise en œuvre défailante », 2016.

Cour des comptes, rapport « Les groupements hospitaliers de territoire », exercices 2014 à 2019, Communication à la commission des affaires sociales du Sénat, 2020.

Cour des comptes, rapport « Les parcours dans l'organisation des soins de psychiatrie », 2021.

DRESS, étude n°44 « Description des populations des institutions psychiatriques dans l'enquête HID », rapport final, 2004.

DRESS, étude « La prise en charge de la santé mentale », recueil d'études statistiques (sous la direction de COLDEFY M.), 2007.

DRESS, enquête nationale en 2009 auprès de l'ensemble des établissements de santé ayant une activité de psychiatrie en 2008.

DRESS, étude n° 129 « Organisation de l'offre de soins en psychiatrie et santé mentale », Série études et recherches, 2014.

IGAS/IGSJ, Rapport « Santé des détenus », juin 2001.

IGAS, rapport information « Organisation et fonctionnement du dispositif de soins psychiatriques,

60 ans après la circulaire du 15 mars 1960 », Tome 1, 2017.

IGAS, rapport « L'évaluation des UHSA pour les personnes détenues », décembre 2018.

IGAS et IGS, Propositions de réforme de la loi du 27 juin 1990 relative aux droits et à la protection des personnes hospitalisées en raison des troubles mentaux et à leurs conditions d'hospitalisation, rapport n°2005-064 et n°11/05, mai 2005.

IGAS/IGSJ, rapport sur le dispositif des centres éducatifs fermés, juillet 2015.

INSEE, Projections de population à l'horizon 2060. Insee Première n°1320, octobre 2010.

IRDES rapport n°558 « Les disparités territoriales d'offre et d'organisation des soins en

psychiatrie en France : d'une vision segmentée à une approche systémique » (sous la direction de COLDEFY M. et LE NEINDRE C.), 2014.

IRDES, rapport « La santé mentale en France et dans les pays de l'OCDE » sous la direction de SAFON M-O., Bibliographie thématique, 2019.

## **Rapports parlementaires**

Assemblée nationale, rapport n° 2521 « La France face à ses prisons, rapport fait au nom de la commission d'enquête sur la situation dans les prisons françaises » sous la direction de MERMAZ L. et FLOCH J., 2000.

Assemblée nationale, rapport n°3189 sur le projet de loi relatif aux droits des personnes faisant l'objet de soins psychiatriques et aux modalités de leur prise en charge, 2011.

Assemblée nationale, Rapport n°1662 en conclusion des travaux de la mission sur la santé mentale et l'avenir de la psychiatrie sous la direction de ROBILIARD Denys, 18 décembre 2013.

Assemblée nationale, rapport d'information n°1662 déposé par la commission des affaires sociales en conclusion des travaux de la mission sur la santé mentale et l'avenir de la psychiatrie, 2013.

Assemblée nationale, rapport n°1832 fait au nom de Commission des lois constitutionnelles, de la législation et de l'administration générale de la république sur la proposition de loi, adoptée par le Sénat (n° 1718) modifiant la loi n° 2007-1545 du 30 octobre 2007 instituant un Contrôleur général des lieux de privation de liberté, par Laurence DUMONT, 2014.

Assemblée nationale, rapport n°2673 sur le projet de loi relatif à la santé, 2015.

Assemblée nationale, rapport d'information n°4486 déposé par la commission des affaires sociales 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, sous la direction de ROBILIARD D. et JACQUAT D., 2017.

Assemblée nationale, Question écrite au Gouvernement, n° 48-00014, Ministère de la justice, « Soins psychiatriques - droit à l'oubli », 2018.

Assemblée nationale, rapport d'information n°726 « une adolescence entre les murs : l'enfermement dans les limites de l'éducatif, du thérapeutique et du répressif sous la direction de Michel AMIEL, septembre 2018.

Assemblée nationale, rapport n° 1702 relatif à la mission d'information sur la justice des mineurs, 2019.

Assemblée nationale, rapport d'information n°2249, en conclusion des travaux de la mission relative à l'organisation de la santé mentale, 2019.

Assemblée nationale, rapport d'information n°2075, en conclusion des travaux d'une mission d'information sur les droits fondamentaux des majeurs protégés sous la direction de Caroline ABADIE et Aurélien PRADIE, 2019.

Assemblée nationale, mission « flash » sur l'application de l'article 122-1 du code pénal., sous la direction de MOUTCHOU N. et SAVIGNAT A., 2021.

Sénat, rapport d'information fait par le groupe de travail sur la prise en charge des personnes atteintes de troubles mentaux ayant commis des infractions, n°434, session 2009-2010, 2010.

Sénat, rapport d'information n°685 « Les urgences hospitalières, miroir des dysfonctionnements de notre système de santé », 2017.

Sénat, rapport d'information de Michel Amiel « Situation de la psychiatrie des mineurs en France », n° 494, 2017.

Sénat, projet de loi de finances pour 2019 : Direction de l'action du Gouvernement, publications officielles et information administrative. Avis n° 153 (2018-2019) de M. Jean-Yves LECONTE fait au nom de la Commission des lois, novembre 2018.

## **Divers**

CCNE, avis n° 128 « Enjeux éthiques du vieillissement. Quel sens à la concentration des personnes âgées entre elles, dans des établissements dits d'hébergement ? Quels leviers pour une société inclusive pour les personnes âgées ? », 2018.

CCNE, avis n°48 « La mise à disposition d'un traitement antiviral dans le SIDA », 1996.

CCNE, avis n°94 « La santé et la médecine en prison », 2006.

CCNE, rapport sur la vieillesse n°59, 1998.

Centre ressource réhabilitation psychosociale de Lyon, Guide pratique « Comment intégrer un travailleur pair dans une équipe de santé mentale ? », 2019.

CESE, avis « Améliorer le parcours de soin en psychiatrie », 2021.

CNDCH, Avis sur le consentement des personnes vulnérables, avril 2015, JORF n°0158 du 10 juillet 2015.

CNSA, Rapport final de la recherche évaluative qualitative sur le programme expérimental 2012-2014 « Le dispositif des médiateurs de santé pair en santé mentale : une innovation controversée », (sous la direction de DEMAILLY L., BELART C., DECHAMP LE ROUX C., DEMBINSKI O., FARNARIER C.), 2014.

CPT, 11ème rapport général d'activités couvrant la période du 1er janvier au 31 décembre 2000.

CPT, Rapport au Gouvernement de la République française relatif à la visite effectuée en France par le Comité européen pour la prévention de la torture et des peines ou traitements inhumains ou dégradants (CPT) du 28 novembre au 10 décembre 2010, 2012.

FERREPSY, Recherche – action « Identification des besoins en formation des professionnels de santé en Occitanie », 2021.

Conseil d'Etat, rapport public « L'égalité d'accès aux soins » sous la direction de JOHANET G., la documentation Française, 1999.

Délégation interministérielle à l'hébergement et à l'accès au logement, rapport final du volet qualitatif « Un chez soi d'abord » sous la direction de LAVAL C., MANTOVANI J., MOREAU D., RHENTER P., Laboratoire de santé publique, 2016.

Direction générale de la santé, étude épidémiologique sur la santé mentale des personnes détenues en prison sous la direction de ROUILLON F., DUBURCQ A., FAGNANI F., FALISSARD B., 2004.

Direction générale de l'offre de soins, rapport « Observatoire national des violences en milieu de santé », 2018.

Direction régionale de la jeunesse, des sports et de la cohésion sociale de Bretagne, Guide régional « Accompagnement des majeurs protégés : la mise en place d'une mesure de protection », 2019.

EHESP, étude « L'analyse des secteurs psychiatriques français : quels enseignements », 2006.

EHESP, rapport « Les unités de soins de longue durée, à la jonction du sanitaire et du médico-social Comment en garantir la spécificité dans un centre hospitalier gériatrique ? » sous la direction de MONTIGNY-FRAPY C., 2008.



Ministère de la justice, rapport « La Gestion de la santé dans les établissements du programme 13000 : évaluation et perspectives documents, visites, entretiens, réflexions » sous la direction de PRADIER P., 1999.

Ministère de la justice, rapport de mission « Prévention du suicide des personnes détenues » sous la direction de TERRA J-L., 2003.

Ministère de la justice, plan d'action « Grand plan national d'actions de prévention du suicide des personnes détenues », 2009.

Ministère de la justice, rapport « Suicides en prison : mesure, dispositifs de prévention, évaluation » sous la direction de KENSEY A., LATHOUD J-M., RIDEL L., JOUGLA E., AOUBA A., Journée d'étude internationale, 2010.

Ministère de la justice, Chiffres clés de la justice, Éditions 2010 à 2019.

Ministère de la justice, Ministère des affaires sociales de la santé, Guide méthodologique « Prise en charge sanitaire des personnes placées sous-main de justice », 2012.

Ministère de la justice, Mission sur l'irresponsabilité pénale, sous la direction RAIMBOURG D. et HOUILLON P., 2021.

Ministère des solidarités et de la santé, rapport de mission « De la psychiatrie vers la santé mentale » sous la direction de PIEL E., ROELANDT J-L., 2001.

Ministère des solidarités et de la santé, Plan d'actions « pour le développement de la psychiatrie et la promotion de la santé mentale » sous la direction de CLERY-MELIN P., KOVESS V., PASCAL J-CH., 2003.

Ministère des solidarités et de la santé, Plan psychiatrie et santé mentale 2005-2008.

Ministère des solidarités et de la santé, Conférence nationale de santé, Droits et accueil des usagers, annexe de l'Institut droit et santé : « Le refus de soins opposé au malade », 2010.

Ministère des solidarités et de la santé, Plan psychiatrie et santé mentale 2011-2015.

Ministère des solidarités et de la santé, rapport relatif à la santé mentale sous la direction de LAFORCADE M., 2016.

Ministère des solidarités et de la santé, Feuille de route santé mentale et psychiatrie, 2018.

Ministère des solidarités et de la santé et Ministère de la justice, Le guide méthodologique "prise en charge sanitaire des personnes placées sous-main de justice", 4ème édition, 2018.

Ministère des solidarités et de la santé, Dossier presse, « Ma santé 2022 : un engagement collectif », 2018.

Ministère des solidarités et de la santé, Dossier de presse « Ma santé 2022 : point d'étape des mesures d'accès aux soins », 2019.

Ministère des solidarités et de la santé, Fiche 9 : la personne de confiance », 2019.

Ministère des solidarités et de la santé, Observatoire national du suicide, Mire, Recueil numérique « Les enjeux éthiques associés à la prévention du suicide » réalisé par Monique Carrière, 2020.

Ministère des solidarités et de la santé, Cadre national d'orientation : unification des dispositifs d'appui à la coordination des parcours complexes, 2020.

Ministère des solidarités et de la santé, Les accords du Ségur de la santé, 2020.

Ministère des solidarités et de la santé, Mise en œuvre de la feuille de route « Santé mentale et psychiatrie », 21 janvier 2022.

Ministère de la Cohésion des territoires, Plan quinquennal pour le logement d'abord et la lutte contre le sans-abrisme, 2018 – 2022.

Ministère du logement et de l'habitat durable, Document de travail « La pair-aidance », (sous la direction de GESMOND T., CINGET A., ESTECAHANDY P.), 2016.

Ministre des sports, rapport « Missions et organisation de la santé mentale et de la psychiatrie » sous la direction de COUTY E., CEECHI-TENERINI R., BROUDIC P., NOIRE D., 2009.

Mission de recherche Droit et Justice, rapport sous la direction de LAFAYE C., LANCELEVEE C., PROTAIS C., « L'irresponsabilité pénale au prisme des représentations sociales de la folie et de la responsabilité des personnes souffrant de troubles mentaux », 2016.

OMS, rapport de la Conférence ministérielle européenne de l'OMS « Santé mentale : relever les défis, trouver des solutions », 2006.

OMS, Plan d'action pour la santé mentale 2013-2020.

OMS, rapport des statistiques sanitaires mondiales, 2015.

Projet territorial de santé mentale en Haute-Garonne 2021-2025.

## **LOIS ET ACTES REGLEMENTAIRES**

### **Lois**

Loi sur les aliénés n° 74443 du 30 juin 1838.

Loi n°68-5 du 3 janvier 1968 portant réforme du droit des incapables majeurs.

Loi n° 68-978 du 12 novembre 1968 d'orientation de l'enseignement supérieur.

Loi n°70-1318 du 31 décembre 1970 portant réforme hospitalière

Loi n°75 534 du 30 juin 1975 d'orientation en faveur des personnes handicapées.

Loi n°78-17 du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés.

Loi n° 79-587 du 11 juillet 1979 relative à la motivation des actes administratifs et à l'amélioration des relations entre l'administration et le public.

Loi n° 82-1098 du 23 décembre 1982 relative aux études médicale et pharmaceutiques.

Loi n° 85-772 du 25 juillet 1985 portant réforme hospitalière.

Loi n°85-1468 du 31 décembre 1985 relative à la sectorisation psychiatrique.

Loi n° 89-487 du 10 juillet 1989 relative à la prévention des mauvais traitements à l'égard des mineurs et à la protection de l'enfance.

Loi n° 90-527 du 27 juin 1990 relative aux droits et à la protection des personnes hospitalisées en raison de troubles mentaux et à leurs conditions d'hospitalisation.

Loi n° 91-32 du 10 janvier 1991 relative à la lutte contre le tabagisme et l'alcoolisme.

Loi n° 94-43 du 18 janvier 1994 relative à la santé publique et à la protection sociale.

Loi n° 94-653 du 29 juillet 1994 relative au respect du corps humain.

Loi n° 2000-597 du 30 juin 2000 relative au référé devant les juridictions administratives.

Loi 2001-1062 du 15 novembre 2001 relative à la sécurité quotidienne.

Loi n° 2002-2 du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale.

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

Loi n°2002-1138 du 9 septembre 2002 d'orientation et de programmation pour la justice, JORF, 10 septembre 2002

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

Loi n° 2005-370 du 22 avril 2005 relative aux droits des malades et à la fin de vie.

Loi n° 2005-380 du 23 avril 2005 d'orientation et de programme pour l'avenir de l'école.

Loi n°2007-308 du 5 mars 2007 portant réforme de la protection juridique des majeurs.

Loi n° 2007-1545 du 30 octobre 2007 instituant un Contrôleur général des lieux de privation de liberté.

Loi n° 2008-174 du 25 février 2008 relative à la rétention de sûreté et à la déclaration d'irresponsabilité pénale pour cause de trouble mental.

Loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires.

Loi n° 2009-1436 du 24 novembre 2009.

Loi organique n° 2011-333 du 29 mars 2011 relative au Défenseur des droits.

Loi n° 2011-803 du 5 juillet 2011 relative aux droits et à la protection des personnes faisant l'objet de soins psychiatriques et aux modalités de leur prise en charge.

Loi n°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.

Loi n° 2014-528 du 26 mai 2014 modifiant la loi n° 2007-1545 du 30 octobre 2007 instituant un Contrôleur général des lieux de privation de liberté.

Loi n° 2014-896 du 15 août 2014 relative à l'individualisation des peines et renforçant l'efficacité des sanctions pénales.

Loi n° 2015-1776 du 28 décembre 2015 relative à l'adaptation de la société au vieillissement.

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

Loi n° 2016-87 du 2 février 2016 créant de nouveaux droits en faveur des malades et des personnes en fin de vie.

Loi n° 2016-1088 du 8 août 2016 relative au travail, à la modernisation du dialogue social et à la sécurisation des parcours professionnels.

Loi n°2016-1691 du 9 décembre 2016 relative à la transparence, à la lutte contre la corruption et à la modernisation de la vie économique

Loi n° 2018-1021 du 23 novembre 2018 portant évolution du logement, de l'aménagement et du numérique.

Loi n° 2019-222 du 23 mars 2019 de programmation 2018-2022 et de réforme pour la justice.

Loi n° 2019-774 du 24 juillet 2019 relative à l'organisation et à la transformation du système de santé.

Loi n° 2020-1576 du 14 décembre 2020 de financement de la sécurité sociale pour 2021.

Loi n° 2022-46 du 22 janvier 2022 renforçant les outils de gestion de la crise sanitaire et modifiant le code de la santé publique.

Loi n° 2022-52 du 24 janvier 2022 relative à la responsabilité pénale et à la sécurité intérieure.

Loi n° 2022-140 du 7 février 2022 relative à la protection des enfants.

## **Ordonnances**

Ordonnance n° 96-345 du 24 avril 1996 relative à la maîtrise médicalisée des dépenses de soins.

Ordonnance n° 2003-850 du 4 septembre 2003 portant simplification de l'organisation et du fonctionnement du système de santé ainsi que des procédures de création d'établissements ou de services sociaux ou médico-sociaux soumis à autorisation.

Ordonnance n° 2020-232 du 11 mars 2020 relative au régime des décisions prises en matière de santé, de prise en charge ou d'accompagnement social ou médico-social à l'égard des personnes majeures faisant l'objet d'une mesure de protection juridique.

Ordonnance n° 2020-303 du 25 mars 2020 portant adaptation de règles de procédure pénale sur le fondement de la loi n° 2020-290 du 23 mars 2020 d'urgence pour faire face à l'épidémie de covid-19.

Ordonnance n° 2021-583 du 12 mai 2021 portant modification du régime des autorisations d'activités de soins et des équipements matériels lourds.

## **Décrets**

Décret du 27 juin 1922 portant institution du brevet de capacité d'infirmières professionnelles.

Décret n°74-230 du 7 mars 1974 relatif à la communication des dossiers des malades hospitalisés ou consultant dans des établissements hospitaliers publics.

Décret n°86-602 du 14 mars 1986 relatif à la lutte contre les maladies mentales et à l'organisation de la sectorisation psychiatrique.

Décret n°92-264 du 23 mars 1992 modifiant le décret no 81-306 du 2 avril 1981 modifié relatif aux études conduisant au diplôme d'Etat d'infirmier et d'infirmière.

Décret n° 2008-246 du 12 mars 2008 relatif au Contrôleur général des lieux de privation de liberté.

Décret n° 2010-507 du 18 mai 2010 relatif aux modalités de garde, d'escorte et de transport des personnes détenues hospitalisées en raison de troubles mentaux.

Décret n° 2010-1711 du 30 décembre 2010 portant Code de déontologie du service public pénitentiaire.

Décret n°2014-897 du 15 août 2014 modifiant la procédure judiciaire de mainlevée et de contrôle des mesures de soins psychiatriques sans consentement.

Décret n° 2016-994 du 20 juillet 2016 relatif aux conditions d'échange et de partage d'informations entre professionnels de santé et autres professionnels des champs sociaux et médico-social et à l'accès aux informations de santé à caractère personnel.

Décret n°2016-1743 du 15 décembre 2016 relatif à l'annexe au contrat de séjour dans les établissements d'hébergement sociaux et médico-sociaux pour personnes âgées.

Décret n° 2016-1940 du 28 décembre 2016 relatif aux dispositifs d'appartements de coordination thérapeutique « Un chez-soi d'abord ».

Décret n° 2017-1200 du 27 juillet 2017 relatif au projet territorial de santé mentale.

Décret n°2018-383 du 23 mai 2018 autorisant les traitements de données à caractère personnel relatifs au suivi des personnes en soins psychiatriques sans consentement.

Décret n°2019-412 du 6 mai 2019 modifiant le décret n°2018-383 du 23 mai 2018 autorisant les traitements de données à caractère personnel relatif au suivi des personnes en soins psychiatriques sans consentement.

Décret n° 2019-835 du 12 août 2019 relatif à l'exercice infirmier en pratique avancée et à sa prise en charge par l'assurance maladie.

Décret n° 2020-293 du 23 mars 2020 prescrivant les mesures générales nécessaires pour faire face à l'épidémie de covid-19 dans le cadre de l'état d'urgence sanitaire.

Décret n° 2021-537 du 30 avril 2021 relatif à la procédure applicable devant le juge des libertés et de la détention en matière d'isolement et de contention mis en œuvre dans le cadre de soins psychiatriques sans consentement.

Décret n° 2022-419 du 23 mars 2022 modifiant la procédure applicable devant le juge des libertés et de la détention en matière d'isolement et de contention mis en œuvre dans le cadre de soins psychiatriques sans consentement.

### **Arrêtés**

Arrêté du 14 mars 1986 relatif aux équipements et services de lutte contre les maladies mentales comportant ou non des possibilités d'hébergement.

Arrêté du 31 juillet 2009 relatif au diplôme d'Etat d'infirmier.

Arrêté du 14 janvier 2015 relatif au cahier des charges des programmes ETP et à la composition du dossier de demande de leur autorisation et de leur renouvellement.

Arrêté du 18 décembre 2015 modifiant l'arrêté du 21 décembre 2005 fixant la liste des affections médicales incompatibles avec l'obtention ou le maintien du permis de conduire ou pouvant donner lieu à la délivrance de permis de conduire de durée de validité limitée.

Arrêté du 3 mars 2022 portant modification de l'organisation du troisième cycle des études de médecine, de maquettes de formation de diplômés d'études spécialisées et création d'option et de formations spécialisées transversales.

## **Circulaires**

Circulaire du 14 mars 1972 relative au règlement départemental de lutte contre les maladies mentales, l'alcoolisme et les toxicomanies.

Circulaire n°443 du 16 mars 1972 relative au programme d'organisation et d'équipement des départements en matière de lutte contre les maladies et déficiences mentales des enfants et des adolescents.

Circulaire n°6294 du 24 août 1983 relative à la communication des dossiers administratifs et médicaux des malades ayant été hospitalisés ou reçus en consultation externe dans des établissements d'hospitalisation publics.

Circulaire du 14 mars 1990 relative aux orientations de la politique de santé mentale, JO du 3 avril 1990.

Circulaire n°38-92 du 30 juillet 1992 relative à la prise en charge des urgences psychiatriques.

Circulaire n°48 DGS/SP3 du 19 juillet 1993 portant sur le rappel des principes relatifs à l'accueil et aux modalités de séjours des malades hospitalisés pour troubles mentaux.

Circulaire ministérielle n°95-22 du 6 mai 1995 relative aux droits des patients hospitalisés.

Circulaire DPM/CT/DH/DLPAJ/DEF/GEND n° 99-677 du 7 décembre 1999 relative au dispositif sanitaire mis en place dans les centres de rétention administrative.

Circulaire DHOS/02/DGS/SD5DN 2002-157 du 18 mars 2002 relative à l'amélioration de la filière de soins gériatriques.

Circulaire n° 2004-07 du 18 novembre 2004 relative à l'organisation des escortes pénitentiaires des détenus faisant l'objet d'une consultation médicale.

Circulaire DHOS/G n°2005-57 du 2 février 2005 relative à la laïcité dans les établissements de santé.

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

Circulaire DGS/SD 6C/DHOS/02/DGAS/CNSA no 2007-84 du 1er mars 2007 relative aux modalités concertées de mise en œuvre de l'allocation de ressources 2007 relative au plan psychiatrie et santé mentale.

Circulaire DHOS/O2/F2 n°2009-23 du 22 janvier 2009 relative au financement par le fonds



pour la modernisation des établissements de santé publics ou privés du plan d'amélioration de la sécurité des établissements ayant une autorisation en psychiatrie

Circulaire DHOS/F4 2009/319 du 19 octobre 2009 relative aux règles de facturation des soins dispensés dans les établissements de santé.

Circulaire interministérielle DGOS/R4/PMJ2 no 2011-105 du 18 mars 2011 relative à l'ouverture et au fonctionnement des unités hospitalières spécialement aménagées (UHSA).

Circulaire n° DGOS/RH4/2011/356 du 5 septembre 2011 relative à la charte des aumôneries dans les établissements mentionnés à l'article 2 de la loi 86-33 du 9 janvier 1986 portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique hospitalière.

Circulaire du 18 juin 2012 relative aux modalités de fonctionnement de la commission pluridisciplinaire unique.

Circulaire du 18 août 2014 de présentation des dispositions 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 et du décret n°2014-897 du 15 août 2014 modifiant la procédure judiciaire de mainlevée et de contrôle des mesures de soins psychiatriques sans consentement.

### **Instructions ministérielles**

Instruction n° DGOS/R5/2016/392 du 2 décembre 2016 relative aux équipes de soins primaires (ESP) et aux communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS).

Instruction DGOS/R4/DGS/SP4/2017/109 du 29 mars 2017 relative à la politique de réduction des pratiques d'isolement et de contention au sein des établissements de santé autorisés en psychiatrie et désignés par le directeur général de l'agence régionale de santé pour assurer des soins psychiatriques sans consentement.

Instruction interministérielle du 14 avril 2017 relative aux modalités de mise en œuvre du dispositif d'emploi accompagné prévu par le décret n°2016-1899 du 27 décembre 2016 modifié.

Instruction n° DGOS/R4/2019/10 du 16 janvier 2019 relative au développement des soins de réhabilitation psychosociale sur les territoires.

Instruction n° DGOS/DIR/CNAM/2019/218 du 9 octobre 2019 portant dispositions et modalités d'accompagnement à proposer aux porteurs de projets des communautés professionnelles territoriales de santé.

### **Recommandations ministérielles**

Ministère des solidarités et de la santé, Fiche établissements autorisés en psychiatrie, « Consignes et recommandations applicables à l'organisation des prises en charge dans les services de psychiatrie et les établissements sanitaires autorisés en psychiatrie », 23 mars 2020.

Ministère des solidarités et de la santé, Fiche établissements de santé, Recommandations applicables aux établissements de santé autorisés en psychiatrie et services de psychiatrie en situation de dégradation épidémique, 8 septembre 2020.

Ministère des solidarités et de la santé, Fiche établissements de santé, « Recommandations applicables en phase de déconfinement à l'organisation des prises en charge en psychiatrie et en addictologie », 12 mai 2020

Ministère des solidarités et de la santé, Fiche établissements de santé, « Respect de la liberté d'aller et venir des patients dans les services de psychiatrie en période de déconfinement », 2 juin 2020.

Ministère des solidarités et de la santé, Fiche structures de prise en charge ambulatoires en psychiatrie, « Recommandations applicables à l'organisation des prises en charge en ambulatoire dans les services de psychiatrie et les établissements sanitaires autorisés en psychiatrie », fiche rédigée le 2 avril 2020 transmise en annexe n°2020-41 du 23 mars 2020.

## RESSOURCES ELECTRONIQUES

Site internet de l'Agence technique de l'information sur l'hospitalisation :  
<https://www.atih.sante.fr/chiffres-cles-de-l-hospitalisation>

Site internet de l'association Aurore : [Aurore.asso.fr](http://Aurore.asso.fr)

Site internet du CRIAVS : [https://www.ffcriavs.org/nous\\_contacter/votre-criavs/](https://www.ffcriavs.org/nous_contacter/votre-criavs/)

Site internet du Centre Collaborateur de l'Organisation Mondiale de la Santé pour la recherche et la formation en santé mentale : <https://www.comssantementalelillefrance.org>

Site internet du Conseil d'Etat : <https://www.conseil-etat.fr/>

Site internet du CGLPL : [www.cglpl.fr](http://www.cglpl.fr)

Site internet du CRPA : <https://psychiatrie.crpa.asso.fr>

Site internet de la HAS : [www.has-sante.fr](http://www.has-sante.fr)

Site internet du dictionnaire Littré : <https://www.littre.org/definition/protection>

Site internet de l'INSERM : <https://www.cepidc.inserm.fr>

Site internet du Ministère des solidarités et de la santé :

<https://solidarites-sante.gouv.fr/professionnels/gerer-un-etablissement-de-sante-medico-social/cooperations/DAC>

[Http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/admission\\_mineur\\_dans\\_un\\_etablissement\\_de\\_sante.pdf](Http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/admission_mineur_dans_un_etablissement_de_sante.pdf)

Site internet du Ministère de la Justice : <http://www.justice.gouv.fr/prison-et-reinsertion-10036/ladministration-penitentiaire-10037/prevention-du-suicide-en-detention-27198.html>

Site internet du gouvernement :

[https://www.gouvernement.fr/sites/default/files/contenu/piecejointe/2016/09/note\\_pair\\_aidance.pdf](https://www.gouvernement.fr/sites/default/files/contenu/piecejointe/2016/09/note_pair_aidance.pdf)

<https://www.gouvernement.fr/argumentaire/sante-droit-a-l-oubli-de-nouvelles-avancees>

[https://www.gouvernement.fr/sites/default/files/contenu/piece-jointe/2016/09/note\\_pair\\_aidance.pdf](https://www.gouvernement.fr/sites/default/files/contenu/piece-jointe/2016/09/note_pair_aidance.pdf)

<https://solidarites-sante.gouv.fr/systeme-de-sante-et-medico-social/ma-sante-2022-un->

[engagement-collectif/](#)

Site internet de l'Observatoire International des Prisons : <http://www.oip.org/index.php/sante>

Site internet de l'OMS : <http://www.who.int/fr/>

Site internet Santé mentale : <http://www.santementale.fr/2021/04/un-rapport-sur-lirresponsabilite-penale-pour-un-projet-de-loi-fin-mai/>

Site internet du service public : <https://www.service-public.fr/particuliers/vosdroits/>

Site internet de l'outil Viapsy : <https://viapsy.fr/>

Site internet de l'URPS : <https://www.medecin-occitanie.org>

# INDEX

*Les numéros visent les pages*

- Accès aux soins** .12, 13, 29, 31, 32, 42, 43, 44, 45, 58, 59, 60, 62, 67, 68, 70, 71, 72, 73, 74, 89, 158, 183, 185, 191, 303, 305, 308, 309, 310, 311, 326, 331
- Addictologie** .....216, 308, 309, 310
- Citoyenneté** ....13, 42, 108, 144, 247, 248, 249, 250, 251, 333
- Commission départementale des soins psychiatriques**.7, 42, 49, 56, 86, 87, 90, 93, 96, 106, 110, 179, 199, 226, 227, 241, 262, 263, 264, 265, 266, 267, 268, 269, 275
- Commission des usagers** ....7, 42, 87, 106, 179, 264, 265, 266, 267, 268
- Communauté psychiatrique de territoire**  
7, 51, 52, 74, 75, 76, 184, 191, 196, 280, 328
- Communication** ....40, 41, 44, 68, 94, 106, 109, 110, 116, 140, 147, 207, 208, 209, 224, 247, 261, 286, 290, 321, 322, 323, 324, 325, 328
- Contrôleur des lieux de privation de liberté**...7, 12, 20, 50, 51, 52, 55, 56, 57, 58, 60, 72, 87, 104, 106, 107, 126, 127, 128, 129, 130, 131, 132, 133, 134, 135, 136, 137, 139, 140, 141, 142, 143, 144, 146, 147, 148, 164, 178, 191, 195, 197, 204, 205, 206, 207, 208, 209, 210, 211, 212, 213, 214, 215, 217, 221, 226, 227, 228, 229, 230, 234, 235, 236, 237, 238, 239, 240, 241, 245, 246, 247, 248, 251, 252, 253, 257, 258, 259, 260, 261, 263, 264, 265, 266, 267, 268, 269, 270, 276, 280, 282, 283, 284, 285, 286, 287, 288, 290, 291, 292, 295, 296, 297, 298, 301, 302, 304, 308, 310, 311, 312, 313, 316, 317, 320, 326, 327
- Coordination** .... 63, 66, 68, 69, 70, 71, 76, 158, 159, 161, 180, 193, 254, 303, 321, 322, 325, 326, 327, 328
- Défenseur des droits** .. 125, 144, 147, 153, 154, 155, 159, 161, 179, 257, 259, 260, 261, 264, 268, 269, 282, 286, 295
- Dignité humaine**46, 47, 48, 49, 50, 51, 52, 53, 55, 56, 57, 58, 239, 285
- Droit à l'information** ... 87, 234, 235, 237, 240
- Droit au respect de la vie privée** ... 20, 30, 32, 38, 39, 40, 51, 90, 105, 106, 121, 138, 140, 141, 143, 148, 173, 174, 175, 207, 211, 212, 221, 287
- Droits de la défense**..... 20, 145, 146, 168, 177, 179, 234, 243, 244, 246
- Etrangers malades** ..... 308, 309, 310
- Formation** ... 9, 40, 56, 149, 151, 161, 162, 238, 248, 252, 253, 277, 300, 301, 302, 304, 305, 306, 307, 308, 310, 311, 312, 313, 314, 315, 316, 317, 318, 319, 320, 321, 323, 324, 325, 327, 330, 332
- Irresponsabilité pénale** ... 96, 97, 98, 116, 181, 199, 200, 296
- Isolement et contention** 12, 50, 55, 56, 57, 58, 89, 99, 102, 103, 104, 111, 139, 140, 145, 154, 155, 184, 195, 216, 221, 233, 251, 259, 264, 265, 273, 274, 275, 285, 308
- Juge des libertés et de la détention** . 8, 87, 88, 89, 90, 103, 104, 111, 113, 114, 115, 116, 117, 118, 119, 120, 121, 122, 123, 133, 145, 146, 147, 148, 164, 178, 179, 187, 199, 200, 231, 233, 234, 237, 244,

- 245, 246, 262, 263, 267, 271, 272, 273,  
274, 275, 290, 307, 315
- Liberté d'aller et venir** .....20, 36, 37, 99,  
102, 104, 138, 152, 153, 154, 195, 213,  
216, 224, 231, 249
- Majeur protégé** .....24, 166, 167, 168, 169,  
170, 173, 174, 175, 176, 177, 178, 179,  
180, 202, 289, 292, 293, 294, 295, 297,  
315, 332
- Mineur** ...13, 14, 24, 54, 66, 124, 125, 126,  
127, 128, 129, 130, 131, 132, 133, 134,  
135, 136, 137, 138, 139, 140, 141, 142,  
143, 144, 145, 146, 147, 148, 202, 258,  
267, 281, 282, 283, 286, 290, 291, 292,  
293, 294, 296, 297, 298, 308, 311, 312,  
313, 315, 317, 319, 327, 331
- Obligation de surveillance** .34, 49, 55, 57,  
58, 111, 136, 139, 155, 163, 187, 196,  
206, 219, 222, 223, 231, 241, 279, 280,  
285, 286, 288, 289, 291, 292, 293
- Pair-aidance** .....250, 253
- Personne âgée**..14, 24, 125, 149, 150, 151,  
152, 154, 155, 156, 157, 158, 159, 160,  
161, 162, 163, 164, 202, 281, 283, 284,  
287, 288, 290, 291, 292, 293, 297, 315,  
331
- Personne détenue**..99, 166, 180, 183, 184,  
185, 186, 187, 188, 189, 190, 192, 194,  
195, 196, 197, 199, 200, 201, 278, 280,  
281, 285, 290, 291, 292, 297, 313, 332
- Projet territorial de santé mentale**..8, 74,  
254, 328
- Règlement intérieur**53, 87, 105, 107, 108,  
143, 206, 208, 209, 210, 211, 212, 219,  
220, 229, 236, 279
- Réhabilitation psycho-sociale** ... 8, 43, 45,  
46, 74, 75, 101, 145, 160, 235, 247, 248,  
249, 250, 252, 253, 255, 309, 317, 328,  
331, 333
- Responsabilité** .. 37, 39, 53, 57, 86, 89, 98,  
109, 127, 139, 140, 166, 181, 184, 200,  
206, 210, 217, 218, 219, 220, 223, 279,  
283, 291, 292, 293, 297, 306, 319
- Sectorisation**33, 58, 59, 60, 61, 62, 63, 64,  
65, 66, 67, 73, 76, 107
- Soins libres**.... 9, 23, 28, 36, 53, 78, 79, 82,  
86, 88, 98, 106, 108, 110, 111, 123, 132,  
133, 135, 139, 140, 152, 164, 186, 203,  
204, 205, 206, 207, 208, 210, 211, 212,  
213, 215, 216, 217, 218, 220, 221, 222,  
223, 224, 225, 226, 227, 228, 229, 230,  
231, 232, 233, 289, 294, 330, 331
- Soins sans consentement** 9, 19, 20, 28, 31,  
34, 35, 41, 43, 44, 45, 49, 53, 57, 78, 79,  
82, 83, 84, 85, 88, 89, 91, 93, 95, 98, 99,  
100, 101, 102, 104, 105, 106, 107, 108,  
109, 110, 111, 113, 114, 117, 118, 119,  
120, 121, 122, 123, 133, 135, 136, 137,  
140, 145, 147, 152, 154, 162, 163, 164,  
175, 178, 185, 186, 187, 188, 189, 190,  
194, 195, 197, 198, 199, 200, 201, 203,  
204, 205, 206, 209, 210, 211, 212, 213,  
214, 215, 222, 225, 227, 229, 230, 231,  
232, 233, 234, 235, 236, 237, 238, 239,  
240, 241, 242, 243, 244, 245, 247, 248,  
250, 251, 252, 253, 255, 257, 258, 260,  
261, 262, 263, 264, 266, 267, 268, 270,  
272, 273, 274, 275, 276, 289, 294, 296,  
301, 302, 304, 306, 307, 312, 313, 317,  
330, 331
- Soins somatiques**.... 16, 22, 29, 35, 43, 44,  
46, 56, 58, 79, 111, 129, 158, 223, 239,  
240, 330, 331



## TABLE DES MATIERES

REMERCIEMENTS .....	5
LISTE DES PRINCIPALES ABREVIATIONS.....	7
SOMMAIRE .....	9
Introduction générale.....	11
Première partie - Les spécificités de la protection du patient hospitalisé en psychiatrie .....	27
Titre 1- Des spécificités résultant de la nature psychiatrique de la prise en charge .....	28
Chapitre 1- Une protection du patient en soins psychiatriques différenciée de celle du patient en soins somatiques.....	29
Section 1- Une différenciation a priori limitée pour l'application des droits du patient.....	29
§1 - La protection des droits inhérents à tout patient .....	30
A - La consécration de droits reconnus à l'ensemble des patients .....	30
1 - Le droit fondamental à la protection de la santé.....	30
2 - Les droits et libertés du patient hospitalisé.....	32
B - Une application des droits différenciée pour les patients en soins psychiatriques et en soins somatiques .....	42
1 - La pathologie psychiatrique, facteur de différenciation dans l'accès aux soins somatiques .....	43
2 - La pathologie psychiatrique, facteur de différenciation dans l'accompagnement à la sortie.....	45
§2- Une attention particulière portée à la protection de la dignité humaine .....	46
A - L'universalité théorique du principe de dignité .....	46
1 - La consécration du principe pour tous les patients.....	47
2- La protection en toutes circonstances de ce principe en psychiatrie .....	49
B - Une application sujette à controverse en psychiatrie.....	50
1- Les conditions d'hospitalisation du patient.....	50
2 - Les pratiques d'isolement et de contention .....	55
Section 2- Une différenciation pour l'accès aux soins en raison de la sectorisation .....	58
§1- Le principe d'un accès aux soins spécifique.....	59
A- Les objectifs à l'origine de la sectorisation psychiatrique .....	59
1- Les principes sanitaires fondateurs du secteur.....	59
2- Le secteur : garantie d'une prise en charge diversifiée .....	62
B – L'organisation de la sectorisation psychiatrique.....	64
1 - Le découpage territorial du secteur.....	64
2- La typologie des secteurs.....	66
§2- La nécessité de repenser cet accès aux soins spécifique .....	67
A- Des défaillances à l'origine d'une réorganisation du secteur.....	67
1- Le manque de collaboration entre les acteurs d'un même territoire.....	68
2 - La difficile coordination entre le secteur et les urgences psychiatriques .....	71
B- Les évolutions attendues.....	73
1- La rénovation des missions du secteur .....	73
2- De nouvelles approches territoriales pour garantir le droit d'accès aux soins .....	74
Chapitre 2 - Une protection différenciée selon la nature des soins psychiatriques.....	78
Section 1- La différenciation entre le patient en soins libres et le patient soins sans	



consentement.....	78
§1- Le consentement aux soins à l'origine de la différenciation .....	78
A- Le principe des soins librement consentis en psychiatrie.....	78
1 - Le recueil du consentement libre et éclairé .....	79
2 - Le corollaire : le droit à l'information du patient.....	80
B- L'impossibilité de recueillir le consentement du patient à l'origine d'un régime particulier.....	82
1 - La gravité de l'état de santé, facteur déterminant d'une incapacité de consentir.....	82
2 - La nécessité des soins à des fins de protection, condition de la mise en œuvre d'un régime dérogatoire.....	83
§2- L'autorité administrative décisionnaire des soins sans consentement, une conséquence de la différenciation .....	84
A- La décision du directeur d'établissement à des fins de protection du patient.....	84
1- L'admission à la demande d'un tiers, en urgence ou non.....	84
2- L'admission en cas de péril imminent, en l'absence de tiers.....	88
B- La décision du représentant de l'État à des fins de protection de la société et de l'ordre public .....	91
1 - L'admission sur décision du représentant de l'État .....	92
2- L'admission sur décision du représentant de l'État à la suite d'une décision judiciaire .....	95
Section 2- Les manifestations d'une protection différenciée : un régime spécifique des soins sans consentement .....	98
§1- Un exercice singulier des droits en soins sans consentement .....	99
A- Une restriction de la liberté d'aller et venir .....	99
1- Une limitation à des fins de protection du patient .....	99
2- La mise en œuvre des pratiques d'isolement et de contention.....	102
B- Une adaptation des droits à des fins de protection .....	104
1- Des restrictions adaptées, nécessaires et proportionnées.....	104
2- Des droits reconnus en tout état de cause .....	106
§2- Un suivi singulier de la mesure de soins sans consentement.....	110
A- Un suivi médical spécifique .....	110
1- Une période d'observation et de soins initiale .....	111
2- Des modalités médicales renforcées pour le suivi du patient.....	114
B - Un suivi juridictionnel .....	117
1- Le juge des libertés et de la détention, garant de la liberté individuelle.....	117
2- Les modalités et les conséquences du contrôle du juge des libertés et de la détention.....	120
Titre 2- Des spécificités résultant du « statut » du patient hospitalisé en psychiatrie .....	124
Chapitre 1 - La protection liée à l'âge du patient .....	125
Section 1- La spécificité de la protection du mineur.....	126
§1 - Le constat d'une protection spécifique .....	126
A- L'appréhension de la minorité en psychiatrie .....	126
1- La primauté de l'autorité parentale .....	126
2- L'autonomie décisionnelle limitée du patient mineur .....	130
B- Des modalités d'admission liées la minorité du patient.....	132
1- Les soins psychiatriques libres .....	132
2- Les soins psychiatriques sans consentement .....	135
§2 - Les manifestations d'une protection spécifique .....	138
A- Des droits adaptés.....	138

1- Des aménagements nécessaires à des fins de protection du mineur .....	138
2- Des restrictions inhérentes à des difficultés de mises en œuvre des droits .....	142
B - Un droit au recours insuffisamment développé .....	145
1- Un droit d'accès au juge limité .....	145
2- Un difficile respect des droits de la défense lors du contrôle du JLD .....	146
Section 2- La spécificité de la protection du sujet âgé.....	149
§1 - La nécessité d'une protection spécifique reconnue par la loi .....	149
A- Les liens entre le vieillissement et les troubles psychiatriques .....	149
1- Le constat d'une spécificité .....	149
2- L'émergence d'une psychiatrie dédiée aux personnes âgées .....	151
B- Des droits restreints en raison des troubles du sujet âgé .....	152
1- La liberté d'aller et venir .....	152
2- Le recueil du consentement .....	156
§2 - Le constat d'une spécificité non encore protégée.....	158
A- Le défaut d'articulation dans le parcours de soins du sujet âgé.....	158
1- Une coordination insuffisante entre les acteurs des soins somatiques et psychiatriques.....	158
2- Une articulation défailante entre les acteurs du secteur sanitaire et du secteur médico-social .....	160
B- L'inadaptation des textes à la pratique .....	162
1- Le constat de pratiques non encadrées.....	162
2- La nécessité d'un régime de placement en soins sans consentement en dehors des établissements psychiatriques .....	163
Chapitre 2 - La protection liée à la situation juridique du patient .....	166
Section 1- La spécificité de la protection du majeur protégé.....	167
§1 - Le constat d'une protection juridique des personnes majeures souffrant de troubles psychiatriques .....	167
A- Les motifs de recours à une mesure de protection juridique .....	167
1- La reconnaissance des troubles psychiatriques.....	167
2- La nécessité de protection de la personne majeure.....	168
B- La gradation des mesures selon l'intensité des troubles psychiatriques .....	169
1- La mise sous sauvegarde de justice .....	170
2- La curatelle .....	171
3 - La tutelle .....	172
§2 - Les manifestations d'une protection spécifique .....	173
A- Le constat de spécificités dans l'exercice des droits et libertés .....	173
1- Le consentement du majeur protégé .....	173
2- Le droit au respect de la vie privée .....	175
3- Le droit d'accès au dossier médical .....	176
B- Le constat de difficultés dans l'exercice des droits.....	177
1- L'hypothèse d'une mauvaise gestion par le représentant légal .....	177
2- Le renforcement des droits de la défense pour pallier ces difficultés.....	179
Section 2- La spécificité de la protection de la personne détenue .....	180
§1- Le constat d'une protection spécifique .....	180
A- La compatibilité discutable de la détention avec les troubles psychiatriques du patient .....	180
1- La responsabilisation des personnes souffrant de pathologies psychiatriques.....	181
2- La condition carcérale, un impact sur la santé mentale du patient détenu .....	183
B- Des modalités d'admission en soins psychiatriques liées au statut de détenu .....	185

1- Le principe des soins librement consentis .....	185
2- Les soins sans consentement pour le patient détenu.....	186
§2- Les manifestations d'une protection spécifique .....	190
A- Des contraintes carcérales pesant sur l'effectivité des droits du patient .....	190
1- Des atteintes aux droits liées à la prise en charge médicale .....	191
2- Des atteintes aux droits liées à des dérives sécuritaires.....	195
B- Une protection insuffisante pour les parcours de soins complexes .....	197
1- L'incompatibilité du programme de soins avec l'incarcération .....	197
2- L'incompatibilité d'une incarcération durant une hospitalisation initiée par une décision d'irresponsabilité pénale .....	199
Deuxième partie - La pertinence des spécificités de la protection du patient hospitalisé en psychiatrie.....	203
Titre 1 - Le renforcement souhaitable d'une protection différenciée du patient selon le régime de soins psychiatriques .....	204
Chapitre 1 - L'opportunité d'une protection spécifique du patient en soins libres .....	205
Section 1 - Des pratiques à l'origine d'une protection insuffisante du patient en soins libres.....	205
§1 – Des restrictions aux droits du patient en soins libres similaires à celles du patient en soins sans consentement .....	205
A - Les motifs .....	205
1 - Un motif sécuritaire .....	206
2 - Un motif médical .....	207
B - Les manifestations .....	208
1 - La rédaction d'un règlement intérieur sans distinction du régime de soins ...	208
2 - L'application de règles restrictives à tous les patients.....	210
§2 - Une prise en charge similaire à l'origine d'un risque de contentieux .....	212
A – Une remise en question de la protection accordée au patient en soins libres ...	212
1 - Une atteinte aux droits du patient .....	213
2- L'hypothèse de la voie de fait.....	214
B - Les recours contentieux à la disposition du patient en soins libres .....	217
1 - Les recours contentieux d'usage fréquent : les recours en responsabilité et pour excès de pouvoir .....	217
2 – Un recours contentieux d'usage exceptionnel : le référé-liberté.....	220
Section 2 - De quelques propositions pour une protection spécifique du patient en soins libres.....	221
§1 - La nécessité d'une distinction entre le patient en soins libres et le patient en soins somatiques.....	222
A – Un nouveau statut juridique pour le patient en soins libres.....	222
1 - L'émergence d'un statut juridique issu de la jurisprudence .....	222
2 - La reconnaissance d'instruments juridiques propres au patient en soins libres.....	223
B - De nouvelles garanties offertes au patient en soins libres .....	226
1 - Le nécessaire contrôle des soins par des instances administratives .....	226
2 - La création d'une commission médico-administrative interne aux établissements de santé .....	229
§2 - Le maintien justifié de la distinction entre le patient en soins libres et en soins sans consentement .....	230
A - La possibilité d'un passage des soins libres vers les soins sans consentement .....	230

1 - Une adaptation au regard de l'aggravation de l'état clinique du patient .....	230
2 - La mise en œuvre d'une protection renforcée.....	231
B - La possibilité d'un passage des soins sans consentement vers les soins libres .....	232
1 - Une adaptation au regard de l'amélioration de l'état clinique du patient.....	232
2 - La mise en œuvre d'une protection adaptée.....	233
Chapitre 2 - La consolidation indispensable de la protection du patient en soins sans consentement.....	234
Section 1 - La progression souhaitable des droits fondamentaux du patient en soins sans consentement.....	234
§1 - Le renforcement de ses droits en sa qualité de patient .....	234
A - L'accès à l'information du patient et le recueil d'informations sur le patient.....	235
1 - La nécessité de garantir le droit à l'information et de rechercher l'avis du patient tout au long de l'hospitalisation.....	235
2 - La nécessité de garantir le droit à l'oubli.....	240
B - Les droits de la défense .....	244
1 - Le libre choix et les modalités de saisine de l'avocat .....	244
2 - La présence du patient à l'audience : une garantie à consolider .....	245
§2 - La promotion de ses droits en sa qualité de citoyen.....	247
A - Le principe de l'exercice de la citoyenneté .....	247
1 - Lors d'une hospitalisation complète .....	247
2 - Lors d'un programme de soins.....	249
B - Les outils garantissant l'exercice de la citoyenneté .....	250
1 - La pair-aidance .....	250
2 - Les dispositifs d'accompagnement social .....	254
Section 2 - L'adaptation des voies de recours à sa disposition.....	256
§1 - L'ajustement des voies de recours non contentieuses .....	257
A - Les prérogatives actuellement limitées des instances de contrôle .....	257
1 - Les compétences des autorités administratives indépendantes .....	257
2 - Les attributions réduites de la Commission départementale des soins psychiatriques et de la Commission des usagers .....	262
B - La nécessité d'une extension des prérogatives .....	267
1 - Par la fusion des instances de contrôle .....	267
2 - Par la création d'un pouvoir de sanction à leur disposition .....	269
§2 - L'unification des voies de recours contentieuses .....	270
A - Un dualisme juridictionnel préjudiciable pour la protection du patient.....	270
1 - Une atténuation progressive du dualisme juridictionnel.....	271
2 - Des incertitudes persistantes .....	272
B - Une évolution attendue .....	273
1 - Vers une unification en faveur du juge judiciaire.....	273
2 - Vers la création d'un tribunal spécifique en psychiatrie ? .....	275
Titre 2 - La nécessité d'un équilibre entre la protection liée au régime de soins et celle liée au statut du patient.....	277
Chapitre 1- Les difficultés liées à la prépondérance donnée au statut du patient .....	278
Section 1- Une prépondérance a priori protectrice .....	278
§ 1- Des unités de soins adaptées aux besoins du patient.....	278
A- Le cas du patient détenu .....	278
1 - L'émergence des UHSA.....	279
2 - L'aménagement spécifique des UHSA.....	280

B - Le cas des patients mineurs et âgés .....	281
1 - L'organisation des soins en pédopsychiatrie.....	282
2 -L'organisation des soins en gérontopsychiatrie .....	283
§2 - Des unités respectueuses des droits du patient.....	285
A - Le cas du patient détenu .....	285
1 - Le respect de la dignité .....	285
2 - Le respect des autres droits.....	285
B - Le cas des patients mineurs et âgés .....	286
1 - Le patient mineur.....	286
2 - Le patient âgé.....	287
Section 2- Une protection en réalité discutable.....	288
§1- Une prépondérance limitée lors de l'application des obligations d'information et de surveillance .....	289
A - Dans la mise en œuvre de l'obligation d'information .....	289
1 – Une obligation d'information différenciée selon le régime de soins psychiatriques.....	289
2- Vers la reconnaissance d'une obligation d'information adaptée au statut du patient.....	290
B- Dans la mise en œuvre de l'obligation de surveillance .....	292
1 - Le constat de difficultés.....	292
2- Vers la reconnaissance d'une obligation de surveillance adaptée au majeur protégé et à la personne âgée .....	293
§2 - Une mise en oeuvre complexe de la prépondérance affirmée.....	294
A - L'imbrication du statut du patient et du régime de soins psychiatriques .....	294
1 - Un manque de lisibilité des règles relatives à la prise en charge du patient.....	294
2 - De quelques propositions pour une meilleure articulation entre le statut du patient et le régime de soins.....	295
B - La difficile combinaison entre les différents statuts .....	296
1- Le risque d'une insécurité juridique pour tout patient.....	296
2- Le risque spécifique à l'égard des mineurs.....	297
Chapitre 2 - Le rétablissement d'un équilibre par l'adaptation de la formation des intervenants .....	300
Section 1- Une spécialisation renforcée de la formation des personnels soignants .....	300
§1- Le contenu de la spécialisation .....	300
A- Le développement de la spécialisation de la formation en psychiatrie .....	300
1- Dans les cursus médicaux .....	301
2- Dans le cursus infirmier.....	304
B- Le développement de la spécialisation de la formation en droit .....	305
1- Dans les cursus médicaux .....	306
2 - Dans le cursus infirmier.....	307
§2- Les conséquences sur la protection de certains publics spécifiques .....	308
A - Un meilleur accès aux soins psychiatriques pour les patients souffrant de pathologies duelles et les étrangers malades .....	309
1 – Pour les patients souffrant de pathologies duelles .....	309
2- Pour les étrangers malades.....	310
B-Un meilleur respect des droits à l'égard des mineurs .....	311
1- Pour les mineurs âgés de 16 à 18 ans .....	312
2- Pour les mineurs placés à la suite d'une décision judiciaire.....	313
Section 2- Une formation ouverte à l'ensemble des acteurs du dispositif de soins .....	314

§1- L'importance d'un développement de la formation juridique .....	314
A- Les insuffisances à l'origine de l'ouverture de la formation juridique .....	314
1- L'insuffisant respect des procédures .....	314
2- L'insuffisant respect des droits du patient .....	316
B- Les objectifs poursuivis par le développement de la formation juridique .....	318
1- Une amélioration de la prise en charge médico-légale .....	318
2- Un renforcement de la prise en charge pluridisciplinaire .....	319
§2 - Les conséquences d'une ouverture de la formation juridique.....	321
A - Une meilleure communication entre les acteurs et auprès du grand public .....	321
1 - Des outils favorisant la communication entre les acteurs du dispositif de soins .....	321
2 - Des outils renforçant la communication auprès du grand public .....	323
B - Une meilleure coordination entre les acteurs du dispositif de soins.....	325
1 - L'élaboration de partenariats pour un parcours de soins coordonné .....	325
2 - La mise à disposition de plusieurs outils territoriaux .....	327
Conclusion générale .....	331
BIBLIOGRAPHIE .....	334
INDEX .....	372
TABLE DES MATIERES .....	375

## **RESUME**

Il s'agit dans ce travail d'étudier la manière dont le droit positif protège le patient hospitalisé pour des soins psychiatriques par rapport à un patient bénéficiant de soins somatiques. Il convient de prendre en compte le patient admis en soins libres et celui admis en soins sans consentement, et de montrer que son statut - mineur, majeur protégé, personne âgée, détenu, a une incidence sur sa protection. Il convient de se questionner sur le fait de savoir si le droit positif permet une garantie suffisante des droits du patient en soins psychiatriques. La protection du patient implique en effet un respect de ses droits fondamentaux tout au long de son hospitalisation. Or, en dépit de ce postulat, sa prise en charge peut se traduire par des restrictions justifiées par des motifs sécuritaire ou thérapeutique afin de le protéger de lui-même, d'autrui et de garantir l'ordre public. Dès lors, cela conduit à s'interroger sur l'existence de spécificités dues à son régime de soins et à son statut, et à questionner la pertinence de ces particularités. L'éventuelle reconnaissance de spécificités liées à la nature des soins ou au statut du patient conduit à la recherche d'un équilibre nécessaire.

## **ABSTRACT**

This work deals with the way positive law protects patients hospitalized for psychiatric care as opposed to patients receiving somatic care. It is necessary to take into account both patients admitted for voluntary treatment and patients admitted for treatment without consent and to show that their status—minor, protected adult, elderly person, prisoner—has an impact on their protection. The question arises as to whether positive law provides an adequate guarantee for the rights of patients in psychiatric care. The protection of patients implies that their fundamental rights are respected throughout their hospitalization. However, despite this premise, treatment may result in restrictions justified by security or therapeutic reasons in order to protect patients from themselves, from others and to guarantee public order. This raises the question of the existence of specificities due to the care received and the status, and that of the relevance of these particularities. The possible recognition of specificities linked to the nature of the care or to patient status leads to the search for a necessary balance.

**MOTS-CLES** : protection – patient - droits fondamentaux – soins psychiatriques - responsabilité

**KEYWORDS** : protection – patient - human rights - psychiatric care - responsibility