

**Le Contrôleur général
des lieux de privation de liberté
Rapport d'activité 2012**

**Extraits – chapitre 1
Analyses politiques 2012 du CGLPL**



Avant-propos

Au terme d'une nouvelle année de travail vigilante et intense, le contrôle général rend ici son cinquième rapport annuel sur l'état des lieux de privation de liberté en France et les recommandations qu'il en a déduites, adressées aux pouvoirs publics.

On doit, pour lire ces pages, se défaire de trois attitudes.

L'une est bien connue : « "ils" n'ont que ce qu'ils méritent » et, « "ils" ont fait souffrir. À leur tour, "ils" doivent payer ». Cette attitude, qui ne saurait évidemment viser ceux qui sont privés de liberté sans avoir jamais commis une infraction (malades en souffrance mentale, certaines gardes à vue...) et, en dehors même de la question du respect du droit à la dignité de toute personne humaine, se retourne contre ceux qui la prennent : si la privation de liberté s'accompagne de traitements inhumains, quel sera l'état des êtres qui les auront endurés au jour de leur sortie ?

L'autre est un relativisme de bon ton : les lieux de privation de liberté ne sont certes pas parfaits en France mais la situation d'autres pays est bien pire. Voyez les prisons surpeuplées d'autres continents. Voyez le traitement psychiatrique appliqué dans certains pays. Cette allégresse administrative omet deux considérations. La première, souvent rappelée – au moins dans ces rapports annuels – est qu'il n'y a pas de thermomètre de la souffrance : qui saurait affirmer que celle d'un malade en proie à l'ennui et sans relations avec les siens est un fardeau plus léger que celle de son homologue d'un pays où les soins sont plus « rustiques » ? La seconde est que le caractère des droits fondamentaux, à la protection desquels le contrôle général consacre sa mission, est leur indivisibilité. Il n'y a pas de petites entorses à ces droits, de coups de griffe bénins, de méconnaissances blagueuses. Imaginer des parloirs pénitentiaires sous forme de salles communes où on doit crier pour se faire entendre de son épouse : ce sont-là des conditions d'atteinte au droit au respect de sa vie privée et familiale qui n'est pas plus grave ou moins grave que cette échelle de punitions d'un centre éducatif fermé où la longueur des communications téléphoniques de l'enfant avec ses parents est tarifée selon son comportement. Dans les deux cas, il y a méconnaissance du droit en cause. Ce constat est nécessaire mais aussi suffisant.

La dernière attitude est la plus paralysante. Elle tend à interdire de mettre en cause un dispositif de privation de liberté au motif que ceux qui le servent font bien des efforts pour le faire fonctionner, que leur vie quotidienne est harassante, parfois dangereuse et qu'ils ont consenti déjà bien des sacrifices pour le faire évoluer. Voyez les changements déjà opérés, dit-on ; voyez le mal qu'ils se donnent... Tout cela est parfaitement exact. Mais ce n'est pas le débat. Le respect des droits fondamentaux est simple et robuste. Il ne se glorifie pas de circulaires et de comités interministériels. Il a un maître mot : l'effectivité. Autrement dit, une obligation de résultats ; pas de moyens. C'est seulement une fois que cette manière de voir est admise que l'on doit porter une attention soutenue aux conditions par lesquelles les droits fondamentaux sont respectés ou non : les conditions de travail, la propension des forces de sécurité au respect de la loi, les mentalités... Mais l'ordre des facteurs doit être ici rigoureusement respecté. Trop de volontés de réformes sont tuées sur l'autel de l'offense aux agents, de l'ignorance de leur réalité professionnelle, du chemin déjà parcouru. De la même manière, d'ailleurs, que ceux qui voudraient que la privation de liberté soit une tanière de loups et non un hébergement d'êtres humains agissent contre leur propre intérêt, il est probable que ceux qui défendent une conception de la sécurité qui fait fi de la dignité des personnes sont les premières victimes de leurs convictions.

C'est nanti de ces préalables que le contrôle général résume ici une année d'activités sous forme de thèmes sur lesquels il revient ou qu'il développe, selon un canevas proche du précédent rapport annuel, qui facilitera la tâche de nos plus fidèles lecteurs, s'ils ont survécu à sa lecture.

Un premier chapitre passe en revue la synthèse des rapports adressés aux ministres en 2012, en distinguant ce qui a été rendu public (trois avis ou recommandations) de ce qui ne l'a pas été. S'agissant de ce dernier volet, pour faciliter la lecture, les principales catégories de lieux privatifs de liberté sont distinguées (rétention et zone d'attente, centres éducatifs fermés, garde à vue, établissements pénitentiaires et hôpitaux psychiatriques...) et, dans chacune d'elles, sont abordées successivement en premier lieu les éléments de contexte (les initiatives gouvernementales ou autres en 2012) ; en deuxième lieu un élément que le contrôle général souhaite mettre en valeur (pour les établissements pénitentiaires, les extractions hospitalières par exemple) ; en troisième lieu les autres recommandations faites aux ministres, parmi lesquelles on retrouvera sans doute des notations faites dans d'autres rapports. Mais le contrôle général n'appréhende nullement la répétition, et même, *horresco referens*, l'insistance inconvenante.

Le deuxième chapitre entend mettre en relief, tant pour ce qui a été publié que pour ce qui ne l'a pas été, les suites que les pouvoirs publics ont données aux recommandations du contrôle général. Celui-ci, contrairement à ce qu'espèrent parfois les personnes qui ont recours à l'institution, n'a que des prérogatives de description et d'analyse, d'une part et, d'autre part, d'incitation, ce qui n'est pas mince et le satisfait. Il est de la responsabilité des élus de suivre ou non. Faut-il avoir à rappeler ici, en ces temps de vaches efflanquées, que tout n'est pas affaire de crédits dans la mise en œuvre de la dignité humaine ?

Suivent quatre chapitres purement thématiques, dont le choix répond à des préoccupations actuelles du contrôle général et qu'il a nourris des courriers qu'il reçoit (en abondance) et des visites qu'il effectue. Le premier (chapitre 3) examine les conditions dans lesquelles se définit et s'exerce la discipline dans les lieux de privation de liberté : elle est souvent en effet difficile dans ses modalités et très lourde dans ses conséquences. Le deuxième (chapitre 4) s'intéresse, dans le même champ, aux droits de la défense des personnes privées de leur liberté, qui mettent en cause plusieurs droits fondamentaux (droit de se défendre, droit à un recours effectif) dont la portée est souvent méconnue. Le troisième (chapitre 5) est relatif aux pathologies de longue durée dans les lieux privatifs de liberté et à l'accès à leur prise en charge : s'il apparaît de manière très générale que les soins d'urgence, d'une part, et les affections les plus ordinaires, d'autre part, sont globalement pris en considération, il n'en va pas de même d'autres maladies, dont le soin est souvent peu compatible avec les exigences inévitables de sécurité. Le dernier (chapitre 7) développe la manière dont se pratique aujourd'hui en France l'enfermement des enfants.

Le rapport présente enfin des éléments qui, pour être désormais « habituels », sont essentiels à la compréhension du travail du contrôle général :

Sa connaissance de la vie quotidienne des personnes privées de liberté : l'objet du chapitre 6, en offrant quelques-uns de leurs témoignages (anonymisés) en est une illustration ;

Sa transparence à l'égard de l'opinion et des pouvoirs publics : le bilan d'activité (chapitre 8) livre les éléments les plus détaillés sur ce qu'il a fait et avec quels moyens, y compris un avant-projet de loi modifiant la loi qui l'a institué ;

L'inscription des lieux qu'il visite dans une appréciation des données statistiques d'ensemble de la politique pénale, de la rétention et des soins psychiatriques, grâce aux séries chiffrées qu'a bien voulu actualiser pour le contrôle M. Bruno AUBUSSON de CAVARLAY, chercheur au CSEDIP / CNRS (chapitre 9), à qui va ma gratitude.

Les annexes permettront à chacun de mieux comprendre et inscrire l'action du contrôle général des lieux de privation de liberté dans le cadre des règles qui sont les siennes (Protocole des Nations Unies et loi du 30 octobre 2007) ; de mieux saisir ce qui a été fait (établissements visités, recommandations faites, rapports mis en ligne sur www.cgpl.fr), avec quels effectifs et moyens.

Sur ce dernier élément, le lecteur constatera aisément à quel point le travail du contrôle, qui n'érige trop souvent qu'une personne en effigie perceptible, est parfaitement collectif, tant dans les réflexions qui l'inspirent que dans les réalisations qu'il conduit. Le présent rapport en est l'illustration parfaite. L'anonymat qui est la règle ne doit pas faire obstacle à la grande reconnaissance que j'ai pour chacun de ceux qui, contrôleurs, chargés d'enquête ou administratifs, ont permis à la cause de la protection des droits de progresser sans doute un peu. Ils ont raison d'en être fiers ; ils peuvent se dire que leur travail, qu'ils ne ménagent pas, n'y est pas pour rien. Ils sont la « main invisible » des droits fondamentaux.

Jean-Marie Delarue

2.5 Les soins sans consentement dans les établissements hospitaliers

2.5.1 Éléments de contexte

Dans une configuration marquée, depuis plusieurs années, par un fort accroissement des mesures d'hospitalisation sans consentement¹⁴³, l'application de la loi du 5 juillet 2011, qui a réformé sensiblement les procédures en la matière, domine encore les préoccupations en 2012.

2.5.1.1 Portée de la loi du 5 juillet 2011

En premier lieu, le Conseil constitutionnel a pu apprécier la constitutionnalité de la loi que ses décisions de 2010 et 2011 avaient rendue nécessaire. Si l'on voulait trouver une illustration de la capacité accrue du contrôle juridique de la loi depuis la réforme constitutionnelle de 2008 ayant introduit la question prioritaire de constitutionnalité, on pourrait aisément la trouver dans la matière des soins sans consentement.

⁹⁵ *Journal officiel* du 6 janvier 2009.

⁹⁶ Transferts d'objets d'une cellule à l'autre par le biais de fils ou de cordes de fortune.

⁹⁷ Ce qui ne signifie pas un accroissement aussi soutenu des personnes hospitalisées sans consentement ; plusieurs mesures successives relatives à une même personne peuvent être prises.

Saisi en effet par une personne morale, le Conseil constitutionnel s'est prononcé le 20 avril 2012¹⁴⁴ sur la loi du 5 juillet 2011 et plus précisément sur trois de ses dispositions, ici examinées par ordre croissant d'importance.

Le premier concerne les hypothèses dans lesquelles le juge décide d'un classement sans suite ou d'une irresponsabilité pénale ; les dispositions de la loi prévoient qu'il peut, lorsqu'il estime que la personne intéressée présente un danger grave pour l'ordre public du fait d'une souffrance mentale, saisir la commission départementale des soins psychiatriques, d'une part, le préfet d'autre part ; ce dernier peut, au vu d'un certificat médical, prendre une mesure d'admission en soins psychiatriques¹⁴⁵. Le Conseil constitutionnel a censuré cette disposition, au motif que la loi ne l'avait pas entourée de garanties suffisantes, en particulier en ce que la saisine était possible quels que soient l'infraction commise et son degré de gravité et que le justiciable n'en était pas informé, alors que cette procédure impliquait ensuite, pour une éventuelle levée de l'obligation de soins, une procédure plus sévère que celle du droit commun. En d'autres termes, la loi n'a pas suffisamment justifié la discrimination ainsi instituée.

Le deuxième est relatif à une autre discrimination résultant de la loi sur la mainlevée des soins sans consentement ordonnés à des personnes jugées pénalement irresponsables ou ayant séjourné en unités pour malades difficiles (UMD). Cette discrimination a été jugée également inconstitutionnelle, faute de précisions suffisantes sur les malades placés en UMD. Dans une incidente qui n'est pas dépourvue de portée pratique, le Conseil relève que l'hospitalisation dans une unité pour malades difficiles « est imposée sans garantie légale suffisante ». Autrement dit, dès lors que les malades sont placés en UMD de manière expéditive, sans que des motifs précis soient exigés, on ne peut ensuite déduire de ce seul placement un traitement discriminatoire. Il en résulte que les pouvoirs publics vont devoir rapidement définir une procédure d'accès dans les UMD nettement plus rigoureuse que celle qui existe aujourd'hui.

La troisième enfin définit la réalité juridique du programme de soins que la loi du 5 juillet 2011 a entendu mettre en œuvre. Ce programme de soins peut se dérouler en partie en établissement, le surplus dans des structures *ad hoc* ou à domicile. La question se posait du caractère contraignant d'un tel programme. Pouvait-on exercer une contrainte hors de l'hôpital, y compris à domicile, pour obliger les malades, de manière pratique, à prendre leur traitement par exemple ? Cette question n'est pas théorique : des praticiens y ont parfois recours. Le Conseil relève de manière nette que les dispositions de la loi « n'autorisent pas l'exécution d'une telle obligation [de soins] sous la contrainte » et « que [les malades concernés] ne sauraient se voir administrer des soins de manière coercitive ni être conduites ou maintenues de force pour accomplir les séjours en établissement prévus par le programme de soins ». Autrement dit, seule l'hospitalisation complète autorise la contrainte. Voilà qui est heureusement précis mais qui affaiblit la portée du « programme de soins obligatoire » conçu comme une alternative à l'hospitalisation, sur la portée duquel l'ambiguïté avait été entretenue jusqu'alors.

En tout état de cause, la décision du Conseil constitutionnel oblige les pouvoirs publics à revoir la loi du 5 juillet, avant une date que le juge constitutionnel a fixé au 1^{er} octobre 2013. Cette nouvelle échéance pose la question de savoir s'il convient de la mettre à profit pour élaborer non plus seulement des amendements aux procédures de soins sans consentement, mais la « grande loi » sur la psychiatrie que beaucoup de professionnels souhaitent. Il n'est pas sûr toutefois que le consensus règne parmi eux sur les mesures à y introduire.

⁹⁸ N° 2012-235 QPC, *Association de réflexion et de proposition d'actions sur la psychiatrie*, La semaine juridique, 2 juillet 2012, note Péchillon.

¹⁴⁵ Admission en soins psychiatriques à la demande du représentant de l'État (ASPDRE) : c'est l'ancienne hospitalisation d'office.

2.5.1.2 Mise en œuvre de la loi

En deuxième lieu, la mise en œuvre de la loi du 5 juillet 2011 pose un ensemble de questions sur l'intervention du juge des libertés et de la détention, qu'on peut synthétiser en trois interrogations distinctes.

Tout d'abord, un certain nombre de praticiens pensent encore cette intervention judiciaire ou bien « illégitime » ou bien superfétatoire ou encore contre-productive, bref, s'opposent par principe à la comparution du malade devant le magistrat. Comme on le sait, la loi a prévu la possibilité pour le praticien responsable de certifier que l'état du malade ne permet pas sa comparution¹⁴⁶ : dans ce cas, il est représenté par un avocat. Dans certains établissements, les praticiens établissent de manière systématique ces certificats, de telle sorte qu'aucun malade ne comparaît devant aucun juge. On peut espérer que les pensées qui inspirent ces résistances intempestives (et parfaitement illégales) reviendront à la raison. L'intervention du juge en ces matières est fondée et irréversible.

Ensuite, existent des interrogations sur le rôle du juge et la nature du contrôle qu'il exerce sur les décisions d'admission en ASPDRE ou en ASPDT¹⁴⁷. Bien des juges interrogés par le contrôle général en ont une vision claire : il s'agit de déterminer si les motifs indiqués dans les décisions ou les avis à l'appui de la mesure de contrainte justifient bien cette dernière. Mais d'autres magistrats revendiquent davantage de précision sur leur rôle. Ainsi, lors de l'assemblée générale du syndicat des psychiatres hospitaliers du 2 octobre 2012, l'un d'eux demandait-il « la judiciarisation des soins ambulatoires sous contrainte et la possibilité pour le juge de substituer des soins ambulatoires à une hospitalisation sous contrainte plutôt qu'avoir le choix entre le maintien de la mesure et sa mainlevée pure et simple »¹⁴⁸. Dès aujourd'hui pourtant, le juge saisi, s'il ordonne la mainlevée, peut suspendre l'effet de sa décision à vingt-quatre heures (au plus), le temps que soit établi un programme de soins alternatifs.

De même, le rôle du juge des libertés et de la détention (JLD)¹⁴⁹ est parfois contesté. On estime que son absence d'expérience de la maladie mentale dessert son rôle et peut lui faire prendre des décisions injustifiées : chacun cite des cas dans lesquels des mainlevées hasardeuses ont été décidées, obligeant parfois les professionnels à improviser des solutions d'urgence, peu orthodoxes, pour conserver le bénéficiaire auprès d'eux. Il est souhaité que le juge des tutelles prenne sa place. Mais cette demande est discutable. Si l'intervention de l'autorité judiciaire, « gardienne de la liberté individuelle »¹⁵⁰ ne se justifie que parce que les procédures de placement sans consentement sont une privation de liberté, on voit bien qu'en vertu de cette logique seule est justifié le rôle du JLD, nécessairement magistrat expérimenté, sinon en maladie mentale, du moins en liberté individuelle¹⁵¹, ce qui est aussi important en la matière¹⁵². En la matière, il siège évidemment comme juge civil¹⁵³. Le changement sur ce point n'emporte pas la conviction.

Enfin, subsistent des interrogations sur les procédures adoptées. Sans être ici exhaustif, citons-en deux éléments. Le premier est relatif au secret professionnel médical et à la confidentialité des soins. L'étalage devant le malade et devant des tiers, éventuellement intéressés – comme celui qui a sollicité l'ASPD'T – de données médicales ou de comportements ne peut se

¹⁴⁶ Article L. 3211-12-2 du code de la santé publique, deuxième alinéa.

¹⁴⁷ Admission en soins psychiatriques à la demande d'un tiers (ancienne hospitalisation à la demande d'un tiers).

¹⁴⁸ Intervention de Mme Valton, vice-présidente de l'Union syndicale des magistrats.

¹⁴⁹ Dont maintes voix souhaitent, en raison du rôle que lui a conféré la loi du 5 juillet 2011, que son appellation se transforme en « juge des libertés », ce qui apparaît en effet naturel, donc souhaitable.

¹⁵⁰ Article 66 de la Constitution.

¹⁵¹ Cf. deuxième alinéa de l'article 137-1 du code de procédure pénale.

¹⁵² Il y aurait un paradoxe à écarter un magistrat non spécialiste en maladie mentale et expert en matière de liberté et à maintenir le rôle du préfet, pas plus expert en maladie mentale mais « spécialiste » de l'ordre public.

¹⁵³ Article L. 213-8 du code de l'organisation judiciaire et premier alinéa de l'article L. 3211-12-2 du code de la santé publique.

faire qu'avec beaucoup de précautions, à l'origine desquelles doit primer le respect de la dignité du malade en souffrance. Toute autre considération doit plier. Telle est la règle généralement appliquée. Toutefois, les contrôleurs ont pu ressentir dans certaines hypothèses que cette exigence était méconnue, au prix ensuite de grandes difficultés pour les malades en cause. Le second élément est relatif aux conditions de la comparution. La loi aujourd'hui ouvre trois possibilités : l'audience a lieu normalement au tribunal de grande instance ; le juge peut toutefois décider de siéger dans une salle d'audience spécialement aménagée dans l'établissement hospitalier ; le juge peut recourir à la visio-conférence¹⁵⁴ si le médecin ne s'y oppose pas et si le chef d'établissement a vérifié l'absence d'opposition du malade. Les analyses de la Chancellerie montrent que, jusqu'alors, une forte majorité des audiences ont lieu dans les locaux du tribunal¹⁵⁵.

Ces données impliquent répétition : comme le contrôle général l'a déjà indiqué dans son rapport annuel pour 2011¹⁵⁶, la visio-conférence, inadaptée en droit commun à des droits de la défense dont le plein exercice ne peut être discuté, l'est encore davantage pour des malades psychotiques.

Sans qu'il soit besoin de plus amples développements, on renvoie ici à l'avis du contrôleur général publié au *Journal officiel* sur ce point¹⁵⁷. Cette manière de faire ne doit être employée que si et seulement si le juge est confronté à la force majeure (tempête de neige...). Le transport du malade devant la juridiction, outre qu'elle peut impliquer un déplacement qui n'est guère propice à la sérénité de l'audience, expose le malade, qui a toutes chances d'être hospitalisé dans un secteur géographique qui est le sien (par conséquent, dans un établissement à proximité de son domicile) au regard d'autrui, tous les tribunaux de grande instance, loin s'en faut, ne disposant pas de circuit dédié séparé de celui du public. Le déplacement au tribunal, la solennité des locaux, la circonstance que l'on comparaît devant une juridiction, sont des facteurs source de confusion pour le patient. Sans mentionner les délicats problèmes relatifs à certains patients hébergés dans les unités pour malades difficiles. Par conséquent, nonobstant les habitudes prises, il est recommandé que la loi à venir modifie les dispositions actuelles relatives à l'audience et réserve la salle d'audience du tribunal, comme la visio-conférence aux seuls cas où la force majeure fait obstacle au transport du juge dans l'établissement hospitalier. La contrepartie est évidemment qu'existe dans chacun de ces établissements une salle d'audience répondant aux critères nécessaires (sérénité, publicité, confidentialité lorsqu'elle est nécessaire). Les crédits qui servent aujourd'hui à l'installation de dispositifs coûteux de visio-conférence pourraient être plus utilement employés à l'aménagement de telles salles.

2.5.1.3 Limites de la loi

En troisième lieu, enfin, la loi du 5 juillet 2011 n'est pas sans retentissement sur le fonctionnement des soins hospitaliers. Sans revenir ici sur les mobilisations de personnel nécessaires aux audiences tenues à l'hôpital¹⁵⁸, force est de constater que la loi de 2011, en particulier par la multiplication de certificats qu'elle a définis génère beaucoup de bureaucratie supplémentaire.

Dans un établissement visité en 2012 par le contrôle général, cinq cents mesures relatives au placement en soins sans consentement ont généré près de cinq fois plus d'actes. Dans un

¹⁵⁴ Dans les conditions prévues par l'article L. 111-12 du code de l'organisation judiciaire.

¹⁵⁵ Celles recueillies par l'ADESM – l'association des directeurs d'établissements psychiatriques – minorent les données du ministère de la justice, mais elles reposent sur des questionnaires auxquels il n'a pas toujours été répondu.

¹⁵⁶ P. 79.

¹⁵⁷ *Journal officiel* du 9 novembre 2011, n° 0260.

¹⁵⁸ Dans un contexte où, comme l'établissent de nombreux rapports de visite du contrôle général, la diminution des effectifs a pour corollaire inéluctable la baisse, souvent drastique, des sorties de patients encadrés par des soignants (promenades, repas, achats au marché...). Il n'y aurait plus donc de sortie qu'au tribunal...

contexte de démographie des psychiatres publics peu favorable¹⁵⁹, cette multiplication engendre non seulement une moindre disponibilité¹⁶⁰ mais, plus gravement, des attitudes qui peuvent faire naître le doute sur la portée des documents ainsi établis. Les certificats établis sans même que le praticien ait rencontré le patient se multiplient : quelle peut être alors leur véracité et leur portée ? Or, l'équilibre entre les garanties nécessaires à l'admission en soins sans consentement et le maintien d'une relation suffisante entre malades et soignants doit être recherché. Si, dans l'édifice de la loi du 5 juillet 2011, les premières ont pris le pas sur le second, c'est sans doute moins en raison des préoccupations liées à la privation de liberté que, dans le contexte sécuritaire que l'on connaît, celles liées aux craintes d'une fin trop précoce d'une hospitalisation de « précaution ». Le traitement réservé par le texte aux personnes ayant fait l'objet d'un jugement d'irresponsabilité pénale ou d'un placement en unité pour malades difficiles – traitement censuré par le Conseil constitutionnel, comme on l'a vu – est révélateur de cet état d'esprit.

Il convient sans doute de revenir à un meilleur équilibre. À cette fin, il est dans la logique des choses de recommander à la fois la fusion des deux types de soins sans consentement (admission en soins psychiatriques à la demande du représentant de l'État et admission en soins psychiatriques à la demande d'un tiers) et, simultanément, de confier le principe de la décision à un juge, ainsi que beaucoup de pays européens le pratiquent.

La confrontation des intérêts (un malade et ses proches ; l'intérêt d'une personne et ceux tirés de l'ordre public) dans une juridiction, au cours d'une audience dont les contours devraient faire l'objet de précautions, devrait permettre, par son existence même, de limiter les certificats médicaux dont le nombre est aujourd'hui manifestement excessif, sans que les garanties diminuent pour autant. Tel est le choix qui devrait être mis en œuvre, avec un temps suffisant de préparation, dans la loi attendue pour 2013.

2.5.2 Sécurité et discipline dans les établissements

Il est rassurant de constater, dans toutes les visites qu'effectue le contrôle général, que la préoccupation de soins est toujours centrale dans les établissements de santé visités. Toutefois, en raison de la réalité de ce que l'on appelle dans le jargon de ces derniers les « événements indésirables », qui peut générer légitimement l'inquiétude des professionnels – les hôpitaux n'échappent pas à des formes de violence –, mais aussi du fait des pressions venues de l'extérieur, les préoccupations de sécurité doivent très naturellement être prises en considération. Or ces préoccupations, beaucoup plus que les soins, peuvent mettre en péril les droits fondamentaux des personnes.

On se bornera ici à développer en la matière quelques éléments synthétiques, au nombre de trois relatifs aux systèmes de précaution passifs, à l'organisation de la sécurité, enfin à la discipline des agents.

2.5.2.1 « Événements indésirables » et violences

Au préalable toutefois, on doit avoir une idée de ces « événements indésirables » évoqués, tels qu'ils sont recensés dans les visites du contrôle général.

Dans un établissement de la région Ile-de-France, les signalements d'événements indésirables ont été de 216 en 2009 dont 59,7 % (129) proviennent des services

¹⁵⁹ Voir sur ce point le *Rapport du Contrôleur général des lieux de privation de liberté pour 2011*, p. 79-85.

¹⁶⁰ Lors d'une visite d'UMD, par exemple, il est indiqué que « le temps de présence des psychiatres est énormément amputé du fait de leur désignation pour la réalisation d'expertises psychiatriques ». Certes, une mesure réglementaire a décidé que le temps de l'expertise ne pouvait s'imputer sur le temps hospitalier ; mais c'est alors la disponibilité en experts que l'on risque d'assécher.

d'hospitalisation¹⁶¹. La majorité sont faits par les soignants (plus des deux tiers), beaucoup moins par les médecins (5,1 %) et les agents de sécurité (4,6 %), dans des délais rapides (80 % dans les trois jours).

Mais ces événements ne sont pas relatifs qu'à l'insécurité : un peu plus du cinquième (quarante-cinq événements) concernent la sécurité des biens et des personnes dont vingt-quatre sont qualifiés d'agressions physiques ou verbales. Naturellement, il se peut que ces agressions (notamment les agressions verbales) ne soient pas toutes déclarées : mais aucun taux de sous-déclaration ne peut être évalué. Ces vingt-quatre agressions doivent être en toute hypothèse rapportées au nombre de patients : en flux, la même année, cet hôpital a accueilli 1 020 patients, dont les deux tiers en hospitalisation libre, 28 % en hospitalisation à la demande d'un tiers (la visite est antérieure à la loi du 5 juillet 2011) et le surplus en hospitalisation d'office. Le nombre d'agressions par rapport à la population accueillie est de l'ordre de 23,5 pour mille.

Dans un autre établissement visité en 2011, 124 fiches d'événements indésirables ont été établies au premier semestre 2010. Sur les cinquante-huit fiches du premier trimestre ayant été analysées par le groupe de détection des risques constitué dans l'établissement, deux portaient sur des blessures ou des risques de blessure, quatre sur des intrusions ou des risques d'intrusion et deux sur des vols. Le nombre de lits de l'établissement est de cent cinquante.

Dans un troisième établissement de l'Est de la France, accueillant environ 2 700 malades chaque année, le recensement des « indésirables » traduisant des agressions envers le personnel est compris entre soixante-quinze et cent chaque année (quatre-vingt dix-neuf en 2008 ; soixante-huit en 2009 ; quatre-vingt onze en 2010). Les agressions verbales comptent pour 15 % à 20 %. Le reste est constitué pour l'essentiel d'agressions physiques. Il y a eu une agression sexuelle en 2008.

Une autre approche peut être faite par les accidents du travail, très généralement soigneusement recensés. Dans cette unité pour malades difficiles de quarante malades (mais qui durant l'année considérée a fonctionné avec une vingtaine de malades pendant cinq mois), trente-sept accidents du travail ont été déclarés en 2008, dont trente-deux sont liés au geste violent d'un patient (soit un accident du travail pour ce motif tous les onze ou douze jours), s'agissant d'un personnel de quatre-vingts personnes environ. Mais sans minimiser la difficulté des événements qui les ont provoqués, la fréquence élevée de ces accidents ne doit pas s'entendre de faits dramatiques : aucun de ces accidents n'a donné lieu à un arrêt de travail. Pour l'essentiel, il s'agit de griffures ou de morsures survenues lors de placement à l'isolement ou de la pose d'instruments de contention¹⁶². La faible gravité de ces atteintes a été confirmée lors de cette visite par le médecin du travail.

Dans une autre unité pour malades difficiles, ont été recensés en 2011 vingt-quatre accidents du travail, dont onze liés à l'agitation des patients. Dans un hôpital spécialisé, ce nombre est compris entre six et vingt-trois de 2002 à 2007.

Une dernière approche, vraisemblablement la plus fiable concernant les situations d'insécurité, consiste à recenser les cas dans lesquels le personnel a dû recourir à des renforts (soignants venus de la même unité ou d'autres unités). Dans cet établissement qui accueille environ chaque année 3 500 malades, le nombre de « fiches d'appel à renfort » s'établit en 2006 à 231, en 2007 à 285, en 2008 à 350. L'intérêt de ces fiches est de montrer leur répartition dans la journée et la nuit (entre le quart et le cinquième des fiches est établi pour des événements

¹⁶¹ Les autres signalements ont pour origine des structures extra-hospitalières.

¹⁶² Les plus graves conséquences recensées sont relatives à des atteintes à « l'épaule gauche » et aux « vertèbres dorsales ».

nocturnes), et suivant les causes¹⁶³ : la majorité des appels est due à « l'agitation » du malade ou est « liée au traitement ». Les hospitalisés sans consentement sont, sans surprise, davantage à l'origine d'appels que les hospitalisés libres. Mais surtout, les fiches permettent d'établir que les appels sont relativement concentrés sur un nombre de patients relativement restreint : sur 240 fiches étudiées, la répartition est la suivante :



Un seul patient concentre quatre-vingt dix-sept appels à renfort ; à l'inverse, cinquante-sept patients ont suscité chacun un seul appel. Au total, soixante-quatorze malades ont nécessité une telle procédure, nombre qui reste relativement faible, sans rien enlever au risque évident que peut présenter, pour les professionnels, une situation de cette nature.

On doit ajouter que, dans la très grande majorité des établissements, les personnels disent travailler dans la sécurité, en particulier dans la journée¹⁶⁴. Les appréciations sont plus nuancées pour la nuit compte tenu, naturellement, de l'état des effectifs. Elles peuvent surtout englober, dans un climat souvent de confiance, des craintes nourries à l'égard d'un patient en particulier¹⁶⁵.

2.5.2.2 La sécurité matérielle

Quels sont les moyens employés pour établir des conditions jugées acceptables de sécurité ?

Le plus important réside dans la fermeture des unités dont une minorité reste aujourd'hui ouverte (ce qui ne signifie pas sans contrôle).

La fermeture des unités de soins n'est peut-être pas que le reflet de préoccupations sécuritaires. Un soignant l'explique par la nécessité de liens solides entre patients et personnels et par la formule selon laquelle « soigner, c'est aussi contraindre ». Mais quoi qu'il en soit de cette manière de voir, la fermeture obéit aussi à un principe de sécurité. Il serait utile d'avoir un état des lieux en la matière : le ministère compétent devrait fournir une comparaison de cet état des lieux voici quarante ans et aujourd'hui. Il montrerait sans doute la forte progression des unités fermées, y compris, on doit le répéter ici, celles qui n'hébergent que des personnes en hospitalisation libre,

¹⁶³ Bien que les catégories qui différencient les fiches en la matière soient un peu incertaines (mélange de causes et de temporalités).

¹⁶⁴ Cette conviction est importante : elle limite les risques de recours indus à des mesures de contrainte.

¹⁶⁵ En particulier les patients adressés à une unité de malades difficiles et qui en reviennent. On doit noter que les faits ici évoqués donnent parfois lieu à signalement au parquet, très rarement à plainte.

ce qui est une source de préoccupation majeure. Cette fermeture intervient rarement à la seule demande des psychiatres et des soignants. Tout un courant, qui conduit à la penser comme quelque chose d'inéluctable, la favorise. Elle ne s'accompagne en rien d'une volonté de développer les activités internes à l'unité. Elle favorise, comme l'ont bien mis en lumière les rapports de visite, des comportements clandestins (notamment en termes de consommation de cigarettes, dès lors qu'on ne peut plus fumer à l'extérieur). Elle infantilise les patients.

Il est difficile en regard de ces inconvénients de mesurer les avantages de la fermeture. Comme on l'a indiqué dans le rapport du contrôle général pour 2011, une analyse des incidents recensés par le ministère de la santé portant sur quatre cents fugues montre que le nombre de celles qui se produisent depuis les unités fermées est équivalent au nombre de fugues depuis les unités ouvertes. Quant à l'effet inverse (limiter les intrusions dans les unités de soins), son intérêt n'a jamais été mis en avant dans les entretiens conduits par le contrôle général avec le personnel.

Il est vrai qu'il est soutenu que la fermeture des unités permet de diminuer le recours à l'isolement et aussi, dit-on, le recours à la contention (là où elle est employée). Cela est bien possible (le recours à la contention a vraisemblablement diminué dans le long terme) mais nullement assuré. Comme le contrôle général l'a dit et redit, dans la plupart des établissements n'existe aucune traçabilité de l'utilisation de ces moyens ; *a fortiori*, n'en existait-il pas il y a quarante ans. Par conséquent, il est vain d'espérer démontrer quelque chose d'irréfutable en la matière.

En tout état de cause, il serait opportun que les administrations responsables entament une réflexion nourrie de données de cette nature sur le bien-fondé ou non des fermetures sans nuances d'unités de soins.

Un second moyen de sûreté réside dans le développement de la vidéo-surveillance.

Toutefois, alors que les établissements en forte majorité recourent à la fermeture des unités, ils sont beaucoup plus partagés sur le recours à la vidéo-surveillance. Certains d'entre eux ont fait le choix clair de ne pas utiliser ces dispositifs. D'autres, au contraire, les ont développés très largement : dans un établissement visité vingt-sept caméras ont été installées, sans que leur utilité apparaisse évidente ; elle est d'ailleurs d'autant moins que, sur ce nombre, onze ne fonctionnent plus. Beaucoup d'hôpitaux la limitent à la surveillance des abords extérieurs, afin de prévenir à la fois les fugues et les intrusions. Dans l'un d'entre eux, seize caméras sont installées, dont les moniteurs sont déployés dans le local d'accueil et celui de sécurité attenant. Une petite moitié filme les entrées (deux entrées du public, l'entrée du personnel, l'entrée « livraisons », le sas des ambulances, celui des autres véhicules) ; les autres surveillent les endroits sensibles (parkings souterrains, l'escalier de la cour de livraisons, l'escalier de secours...). La protection des abords se fait aussi, en dehors de tout système de vidéo-surveillance, par des centrales d'intrusion avec système de renvoi au poste de sécurité.

On ne répétera pas ici ce qui peut être retiré ou non de ces dispositifs, qui a déjà été indiqué dans le rapport d'activité pour 2009, ainsi qu'il a été rappelé dans les développements du présent chapitre relatif à la garde à vue¹⁶⁶. Sauf à préciser trois éléments. D'une part, il est souhaitable que le principe de ces installations, qui peuvent être mal perçues par les patients, fasse l'objet de discussions au sein du personnel. D'autre part, on doit répéter ici¹⁶⁷ le sentiment de fausse sécurité que de tels dispositifs peuvent procurer : dans un établissement ayant fait l'objet d'un rapport en 2012, l'installation de caméras dans des chambres d'isolement justifiait que les personnels ne s'enquièreient *de visu* de la situation des malades ainsi isolés qu'une fois par heure. Enfin que ces intrusions peuvent être très problématiques au regard de l'intimité que les patients doivent pouvoir préserver : dans un établissement visité, existaient deux caméras filmant

¹⁶⁶ Ci-dessus, page 33.

¹⁶⁷ Cf. les conclusions du rapport de visite de l'établissement d'Eygurande (Corrèze), du 2 juillet 2010.

l'intérieur d'une chambre d'isolement, dont l'une installée dans la partie correspondant aux sanitaires.

Le troisième moyen de sécurité n'appelle aucune observation. Il s'agit des appareils portatifs dont sont dotés les personnels (« protection des travailleurs isolés » ou PTT), qui permettent de donner l'alarme en cas d'agitation ou d'autres incidents sérieux. La plupart des établissements donnent autant d'appareils qu'il y a de personnes en lien avec les soins. Ces appareils, vérifiés régulièrement (souvent tous les jours), sont souvent aussi doublés de détecteurs d'alarmes dans les locaux (par « jet de clé ») ou d'interrupteurs poussoirs d'alarme dans certains locaux, comme les pièces de consultation. On distingue souvent plusieurs niveaux d'alarme, ainsi le « niveau 1 », traité par la seule unité de soins, et le « niveau 2 », avec des renforts provenant d'autres unités¹⁶⁸.

2.5.2.3 L'organisation de la sécurité

Le premier d'entre eux est d'évidence la formation des agents.

Tous les établissements mettent en place des actions de formation au comportement à adopter en face de situations de violence : « le soignant face à l'agitation et à la violence en service de psychiatrie »... La plus usitée paraît être la formation dite « Oméga », dont l'origine est canadienne (Institut Philippe Pinel de Montréal).

Le deuxième réside dans les informations que se transmettent les différentes équipes qui se succèdent dans les unités.

Ou bien les horaires de travail sont conçus de telle sorte que ceux de l'équipe « montante » chevauchent ceux de l'équipe « descendante » et une réunion commune les rassemble pour que le point puisse être fait sur les comportements des malades et tout incident significatif ; ou aucun chevauchement d'horaires n'est prévu, mais la transmission des informations est assurée (par exemple un infirmier du matin reste en début d'après-midi...).

Le troisième réside dans la capacité, malheureusement inégalement partagée entre établissements¹⁶⁹, de procéder à des analyses et des réflexions sur la violence (comme sur l'ensemble des événements indésirables) afin de leur trouver des remèdes.

Il existe, sous diverses formes, des groupes de travail chargés d'étudier les signalements, parfois des réunions spécifiques ayant la violence pour thème, ou encore des comités d'éthique. Celui d'un établissement aborde ainsi, en 2009, entre autres sujets, la question de la fouille vestimentaire (peu pratiquée) et celle de la détention de stupéfiants par un patient. Dans un « groupe violence » d'un autre hôpital, est analysée l'agression d'un malade par un autre avec des solutions sur l'amélioration de la surveillance par les infirmiers, les contrôles des placards personnels des malades et la coopération entre unités pour parvenir à séparer les protagonistes.

Le quatrième consiste à créer, au sein des établissements, des équipes vouées à la sécurité.

Ces équipes mobilisent en général ou bien des agents administratifs affectés à ces tâches, ou bien des salariés de sociétés tiers (souvent spécialisés dans la sécurité contre l'incendie), ou bien les deux simultanément. Dans un hôpital spécialisé, par exemple, le service compte treize agents, dont un ou deux présents le jour et deux la nuit ; tous sont formés au premier secours ;

¹⁶⁸ Il existe aussi beaucoup de fausses alarmes, du fait du déclenchement intempestif des appareils portatifs.

¹⁶⁹ Dans un établissement visité, le principe d'un comité d'éthique avait été décidé mais la commission médicale d'établissement n'avait pas encore nommé ses membres.

leur cahier de consigne (examiné durant la visite du contrôle général) comporte la localisation des patients soumis à contention dans les différentes unités.

Le problème que posent ces équipes de sécurité est celui de leur rôle. Il est de trois ordres. Pratiquement toutes sont investies de responsabilités d'intervention en matière d'incendie et de premiers secours, à la manière de sapeurs-pompiers locaux. En outre, lors de difficultés avec les patients, ces équipes peuvent intervenir en soutien « logistique » : blocage de portes, coups de téléphone, sécurisation de périmètres... Enfin, il a été vu que les membres de ces équipes pouvaient prêter main-forte, au sens propre de l'expression, dans des situations telles que des mises à l'isolement.

C'est ce dernier élément qui fait difficulté, alors que les deux autres sont parfaitement acceptables. La sécurité des établissements hospitaliers spécialisés comporte deux aspects distincts ; celui qui comprend tous les aspects qui sont ceux d'établissements recevant du public ; celui est relatif à la protection de la personne physique tant des malades que des personnels. Ces deux rôles ne peuvent être confondus. La prise en charge des patients, en particulier, exige un professionnalisme que seuls possèdent les soignants : il ne s'agit pas d'une épreuve de force à solder, mais de l'agitation d'un malade à résoudre. Autrement dit, si tentante que soit l'aide des équipes de sécurité pour maîtriser et isoler un patient en crise, en raison des effectifs de soignants présents, notamment la nuit, il convient de laisser ces derniers gérer seuls ces incidents. Toute autre solution est inacceptable. Les pratiques en ce sens doivent être abandonnées.

2.5.2.4 La discipline des agents

Il existe aussi une sécurité mise en cause par le comportement de membres du personnel, permanent ou souvent occasionnel. Soyons clairs : le nombre d'incidents de cette nature identifiés par le contrôle général est rare ; le comportement de l'immense majorité des agents n'appelle que l'admiration pour un savoir-faire et un dévouement parfaitement visibles. Pour autant, on ne doit pas toutefois se dissimuler la gravité de certaines violences ou agressions de la part de quelques-uns. Le contrôle général a eu à utiliser, comme la loi du 30 octobre 2007 lui en donne l'usage, le deuxième alinéa de l'article 40 du code de procédure pénale¹⁷⁰ à l'issue de visites d'établissements hospitaliers.

Cette utilisation, si elle ne peut suffire à rompre la bonne impression d'ensemble que donne la prise en charge en milieu hospitalier, alerte toutefois, dans les cas d'infractions qui ont été découvertes par le contrôle, de l'absence de réactivité de l'établissement, et ce, à deux niveaux.

Lorsqu'un événement constitutif d'infraction impliquant un agent survient dans un service, il est profondément perturbateur, s'agissant en particulier des patients, par définition fragiles et, par conséquent, vulnérables. Il convient donc qu'en réponse à cette perturbation, le service s'organise pour définir de manière collective la réponse appropriée, englobant la victime. La réponse spontanée est fréquemment inverse : s'agissant d'un acte isolé, on doit le cantonner et, pour cette raison, faire silence sur lui. Or, les malades ont besoin de clarification, tout comme les agents, atteints dans leur éthique professionnelle. Par conséquent, des réunions d'analyse de l'événement, tout comme on a mentionné plus haut les efforts d'analyses des « événements indésirables » doivent être faits dans le service où il est survenu pour en prévenir la répétition et donner à chacun les apaisements nécessaires.

Dans un certain nombre de cas observés, les directions d'établissement se sont montrées aussi singulièrement irrésolues sur la manière de faire. Parfois, il est recommandé à l'auteur

¹⁷⁰ « Toute autorité constituée... qui, dans l'exercice de ses fonctions, acquiert la connaissance d'un crime ou d'un délit est tenue d'en donner avis sans délai au procureur de la République... ».

présupposé de prendre un peu le large, par exemple de partir en congés, rien de plus. La suspension est peu pratiquée et la sanction disciplinaire encore moins. La victime n'est guère prise en charge. Dans un cas de viol largement établi sur une patiente, celle-ci avait dû effectuer seule les démarches pour porter plainte, procédure encore plus douloureuse et difficile pour une malade, si l'on ose ainsi s'exprimer, que pour une bien-portante. On peut comprendre les solidarités qui se manifestent entre professionnels. Mais la direction est là pour veiller au respect des principes de comportement les mieux assurés. Il y a souvent trop d'hésitation à participer de manière active à la recherche de la vérité, à écarter résolument du service, les personnes suspectées et à prendre, la culpabilité établie, les sanctions nécessaires. Les responsables doivent veiller, d'une part, à suspendre une personne si les faits qui lui sont reprochés sont susceptibles de se reproduire ; d'autre part, contribuer activement à la réalisation de l'enquête permettant d'établir la vérité. [La protection des droits fondamentaux des malades est à ce prix, parfois élevé, mais qu'il importe de payer.](#)

2.5.3 Les autres constats et recommandations faits en matière d'hospitalisation sans consentement

Bien des remarques qui suivent sont l'écho de celles qui ont été faites dans les rapports précédents. Cette persistance tient pour partie à ce que, pour l'instant, peu de contre-visites (secondes visites) ont été faites en hospitalisation psychiatrique. Par conséquent, les premiers constats prédominent. [Il est cependant regrettable que des recommandations adressées avec constance par le contrôle général restent sans guère d'échos moins auprès des établissements, souvent attentifs, que des agences régionales de santé et des directions d'administration centrale.](#)

2.5.3.1 Les droits des malades

[La notification aux arrivants des droits au recours contre la mesure dont ils sont l'objet, avec les moyens matériels qui peuvent assurer l'effectivité de ces recours, laisse encore beaucoup à désirer.](#)

Certes, la question est malaisée, s'agissant de patients arrivant souvent à l'hôpital sous des formes diverses de phase délirante¹⁷¹. Certes encore, la question a perdu peut-être de son acuité depuis la loi du 5 juillet 2011, qui prévoit un mécanisme d'intervention du juge pour toutes les hospitalisations « à temps complet » sans consentement au plus tard au terme d'un délai de quinze jours. Mais elle ne perd pourtant pas de son intérêt. Le délai qui peut s'écouler entre l'heure de l'admission et le moment où la personne recouvre les moyens d'entendre une notification fait souvent disparaître le caractère impératif de celle-ci, d'autant que, entre-temps, le malade peut avoir changé d'unité. Il est donc recommandé qu'une fiche de notification accompagne dès l'entrée le patient dans ses déplacements au sein de l'établissement et qu'elle soit remplie dès que « son état le permet » conjointement par lui et les personnels.

[Bien des formulaires d'admission demeurent lacunaires sur les droits et la manière de les exercer.](#) Au surplus, dans les centres hospitaliers généraux comportant des unités psychiatriques, les documents d'accueil sont parfois identiques dans les services somatiques et les services psychiatriques. [Il est demandé à la direction générale de l'organisation des soins du ministère de la santé de diffuser une circulaire comportant les indications minimales que les documents doivent comporter \(adresses des juridictions compétentes\) et les moyens matériels dont doivent disposer les patients pour pouvoir les mettre en œuvre.](#)

¹⁷¹ La loi (article L. 3211-3 du code de la santé publique) prévoit qu'information est donnée à la personne sur sa situation juridique, ses droits et les voies de recours ouvertes « dès l'admission ou aussitôt que son état le permet ».

Mais quel que soit son état, comme le marque la loi¹⁷², le patient dispose de droits, qu'elle énumère, en particulier de joindre des autorités, un médecin, un avocat, d'avoir connaissance du règlement intérieur... La mise en œuvre effective de ces règles doit faire l'objet de mesures prises par les services et unités de soins.

Le patient a droit au respect de sa vie privée, à la confidentialité des soins et à la discrétion qui s'impose sur sa présence dans une unité de soins psychiatriques. Ces aspects sont souvent négligés. Par exemple, des consignes doivent être données aux agents des standards téléphoniques sur la présence d'une personne déterminée dans un des services d'un établissement. Les appels téléphoniques vers l'extérieur peuvent être très généralement écoutés de tous. Les placards personnels fermant à clé dans les chambres¹⁷³ sont encore trop peu répandus, tout comme les véritables cabines téléphoniques et les boîtes à lettres.

Les mesures de contrainte les plus fortes doivent pouvoir être très précisément identifiées à la fois quant à celui qui les décide et y met fin, quant à leur durée, quant à leur fréquence. Trop peu de ces mesures font l'objet, dans les établissements dont la situation a fait l'objet d'un rapport en 2012, de comptes-rendus écrits dans des registres *ad hoc* (qui peuvent être très simples). Sur ce point, comme sur d'autres, une mesure générale incitative est fortement attendue.

La communication des dossiers médicaux se fait selon des délais (et, parfois, des procédures) différents d'un établissement à l'autre. La loi ayant, depuis dix ans, défini les conditions d'accès des malades à leur dossier, il est souhaitable de veiller dans certains cas à « banaliser » de telles demandes, avec les précautions voulues par les textes. Il n'est pas inintéressant non plus de comptabiliser les demandes de cette nature, ce qui n'est pas toujours fait, et la suite qui y est donnée.

Les liens familiaux peuvent être limités en raison de l'état de santé des patients. Mais lorsque tel n'est pas le cas, des conditions d'accueil convenables doivent être assurées, à la fois quant au cadre matériel et quant au dimensionnement de ce cadre : dans un établissement visité, deux familles ne pouvaient simultanément trouver place dans le salon d'accueil et l'une d'entre elles devait donc avoir un entretien dans des conditions tout à fait précaires. La préoccupation de soins ne doit pas occulter les autres droits des malades. Le droit au respect des liens avec ses proches est, faut-il le rappeler, un droit fondamental de la personne humaine.

Le volume d'activités est différent d'un établissement à l'autre. Mais il est désormais partout mis à mal par les contractions budgétaires. Bien des contrats de spécialistes de thérapies (art-thérapie, ergothérapie...) sont menacés ou disparaissent. Comme « l'ajustement » des effectifs¹⁷⁴ a déjà restreint très sensiblement – on y a fait allusion déjà dans ce chapitre – les possibilités de sorties accompagnées de malades, l'ennui gagne dans les établissements psychiatriques, alors que, dans le même temps, la durée moyenne de séjour croît. Au cours de la visite d'une unité, les contrôleurs ont relevé que les seules activités existantes étaient organisées dans le recoin d'un couloir.

Enfin, comme il a déjà été fait observer¹⁷⁵, il y a discordance entre l'état de santé des personnes détenues hospitalisées en hospitalisation complète, sur le fondement des dispositions de l'article L. 3214-1 du code de la santé publique¹⁷⁶ et les mesures de contrainte employées à leur

¹⁷² Même article.

¹⁷³ Et, bien entendu soumis au contrôle – discret – du personnel.

¹⁷⁴ Comme on dit admirablement aujourd'hui.

¹⁷⁵ Avis du 15 février 2011 du Contrôleur général des lieux de privation de liberté relatif à certaines modalités de l'hospitalisation d'office, *Journal officiel* du 20 mars 2011, spécialement le § 7.

¹⁷⁶ L'existence de la section détaillant les conditions de l'hospitalisation complète sans consentement des personnes détenues dans le code de la santé publique aurait dû conduire à l'abrogation de l'article D. 398 du code de procédure pénale, traitant du même sujet : il n'en a rien été, et ce texte réglementaire, différent du texte législatif, est toujours en vigueur.

égard. Ce pourquoi, d'ailleurs, elles abrègent en général le plus possible leur séjour, ce qui met à mal l'efficacité des soins qui leur sont prodigués.

2.5.3.2 Les rapports entre unités ou départements de soins

Une fois de plus, il convient de s'étonner de ce que, s'agissant des droits qui s'attachent aux patients, les règles sont si différentes d'une unité à l'autre, s'agissant de la possession de téléphones mobiles par exemple. Rares sont les établissements dans lesquels, par accord, ces règles ont été uniformisées. La nécessité des soins n'explique en rien de tels écarts, qui peuvent éventuellement être liés à l'état d'une pathologie, guère à des unités par ailleurs indifférenciées.

Il existe désormais dans beaucoup d'établissements des unités chargées de l'accueil des urgences psychiatriques. Elles doivent être encouragées, dès lors qu'elles sont mieux outillées pour réaliser à la fois le bilan de l'état de santé des arrivants et les procédures qu'implique la mise en œuvre de soins sans consentement, notamment en hospitalisation complète. On voit même, lors d'une visite d'établissement, que la création d'une unité d'urgences psychiatriques (en l'occurrence à l'hôpital général du chef-lieu de département), diminue de manière significative le recours à l'ASPDRE ou à l'ASPD'T, dès lors que le diagnostic des personnes en souffrance, mieux orientées, est mieux établi. La question demeure toutefois de la manière dont se fait le lien entre l'accueil dans l'unité des urgences et les soins dispensés ensuite dans une unité de soins classique (recouvrant en principe un secteur) à la fois du point de vue thérapeutique et quant au déroulement des procédures. Notamment, la durée de séjour dans l'unité, en principe relativement brève, doit-elle coïncider avec les délais imaginés par la loi du 5 juillet 2011 ?

Cette dernière loi a heureusement instauré une obligation d'examen somatique pour toute personne placée en hospitalisation complète sans son consentement. Se repose ainsi la question du lien entre soins psychiatriques et soins somatiques. La présence de praticiens somaticiens dans les établissements ou unités psychiatriques est très inégalement assurée, y compris dans des hôpitaux généraux comptant structurellement les deux ensembles. Les exigences de la loi de 2011 doivent être mises à profit pour redéfinir cette présence, là où elle est insuffisante. La direction générale de l'offre de soins devrait utilement à cet égard diffuser une sorte de guide des bonnes pratiques. On doit ajouter que lorsqu'un service d'urgences est commun aux affections somatiques et aux pathologies mentales, les personnes souffrant de ces dernières sont en général mal isolées des autres personnes et la confidentialité peu respectée.

Enfin, la présence de mineurs en psychiatrie est souvent délicate. Même lorsqu'il existe des unités de psychiatrie infanto-juvénile en accueil de jour et aussi en hospitalisation complète, les difficultés ne sont pas résolues pour autant. Dans cet hôpital général dont la visite a donné lieu à rapport en 2012, l'unité de psychiatrie pour les enfants a été installée au sein du service de pédiatrie classique. Il en résulte, d'une part, que cette unité fait le tri à l'entrée pour éviter de prendre des cas trop lourds dont la prise en charge se révèle impossible eu égard aux règles appliquées dans l'ensemble du service ; d'autre part, qu'il arrive lors de crises que l'enfant, ne pouvant être maintenu dans l'unité, est transporté dans une unité de malades adultes, ce que le contrôle général a vivement critiqué. De manière générale, il est vrai que certains enfants dont les pathologies sont lourdes sont, à l'heure actuelle, dirigés pour des durées plus ou moins longues dans des unités d'adultes où ils sont le plus souvent très isolés. Ces pratiques doivent prendre fin et d'autres orientations doivent être trouvées, éventuellement dans une unité d'enfants plus éloignée, à la condition qu'une cartographie d'ensemble des unités de psychiatrie infanto-juvénile soit redessinée.

Des questions quasi-inverses se posent dans certains cas de détenus hospitalisés en admission en soins psychiatriques à la demande du représentant de l'État. Un hôpital visité au moins dans le ressort duquel se trouve un établissement pénitentiaire n'accepte que les personnes

détenues dont l'adresse avant incarcération (le domicile) se trouve dans l'un des secteurs psychiatriques correspondants aux unités de cet établissement. Pour une maison d'arrêt, cette situation peut correspondre à celle de la majorité des prisonniers. Ce n'est nullement le cas d'un établissement pour peines. De telles règles restrictives doivent être abandonnées et la prison doit être réputée, pour une hospitalisation complète d'un détenu, constituer son domicile. La contrepartie est que tous les détenus seront concentrés dans une seule unité. Les établissements pourront, dans cette hypothèse, décider la répartition de la charge entre toutes les unités. En effet, malgré la loi et les efforts de mise en service d'unités hospitalières spécialement aménagées (UHSA), en particulier en 2012, il s'en faut de beaucoup que tous les détenus dans cette situation soient hébergés dans de tels établissements, comme le prévoit l'article L. 3214-1 du code de la santé publique, déjà mentionné.

Telles sont les recommandations que le contrôle général des lieux de privation de liberté a formulées et adresse aux pouvoirs publics en 2012.