Master 2 mention Droit de la santé

Parcours Droit et éthique des professions et des institutions de santé

L'isolement et la contention des personnes placées sous main de justice lors de soins psychiatriques

Anaïs Rodrigues Pereira

Sous la direction de Monsieur Apollis

Jury :

Monsieur Apollis : Maître de conférences à l'Université de Rennes 1

Docteur Hazif-Thomas: Docteur en droit et docteur en médecine

Soutenu en septembre 2018

Master 2 mention Droit de la santé

Parcours Droit et éthique des professions et des institutions de santé

L'isolement et la contention des personnes placées sous main de justice lors de soins psychiatriques

Anaïs Rodrigues Pereira

Sous la direction de Monsieur Apollis

Jury :

Monsieur Apollis : Maître de conférences à l'Université de Rennes 1

Docteur Hazif-Thomas: Docteur en droit et docteur en médecine

Soutenu en septembre 2018

Liste des abréviations

AdESM : Association des Établissements du service public de Santé Mentale

AJDA : Actualité juridique- Droit administratif

ANAES : Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé

Art: Article

ATIH : Agence Technique de l'Information sur l'Hospitalisation Hospitalière

CAA : Cour Administrative d'Appel

CCNE: Comité Consultatif National d'Ethique

CE : Conseil d'Etat

CEDH : Cour Européenne des Droits de l'Homme

CGLPL : Contrôleur Général des Lieux de Privation de Liberté

CH : Centre Hospitalier

CHS : Centre Hospitalier Spécialisé

Coll. : Collection

Conv. EDH : Convention européenne de sauvegarde des droits de l'homme et des libertés fondamentales

CPP : Code de procédure pénale

CPT : Comité européen pour la prévention de la torture et des peines ou traitements inhumains ou dégradants

CSP : Code de la santé publique

DGOS : Direction Générale de l'Offre de Soins

DGS : Direction Générale de la Santé

EPSM : Etablissement Public de Santé Mentale

HAS : Haute autorité de santé

IGAS : Inspection Générale des Affaires Sociales

JLD : Juge des Libertés et de la Détention

J.O.R.F : Journal Officiel de la République Française

LMSS : Loi de modernisation de notre système de santé

OIP : Observatoire International des Prisons

RBP : Recommandation de bonnes pratiques

RDSS : Revue de droit sanitaire et social

Rec. : Recueil

RFDA : Revue française de droit administratif

RSC : Revue de Science Criminelle

SDRE : Soins sur Demande du Représentant de l'Etat

SDT : Soins sur Demande d'un Tiers

Sect. : Section

SMPR : Service médico-psychologique régional

SPI : Soins pour Péril Imminent

TC : Tribunal des Conflits

UHSA : Unité Hospitalière Spécialement Adaptée

UMD : Unité pour Malades Difficiles

USPM : Unité Sanitaire en Milieu Pénitentiaire

Vol. : Volume

Sommaire

Introduction

Partie 1 : ***Le « patient-détenu », un patient comme un autre ?***

Chapitre 1: Le détenu, sujet de droit et sujet de soin

Chapitre 2: Hospitalisation psychiatrique des détenus: entre droit commun et spécificités

Partie 2: Une pratique montrant des disparités de traitements liés au statut de détenu

Chapitre 1: L'absence de nécessité médicale lors de l'isolement et de la contention

Chapitre 2: Une mauvaise prise en charge lourde de conséquence bien qu'évitable

Conclusion

Introduction

"L'adversaire d'une vraie liberté est un désir excessif de sécurité."

Jean de la Fontaine

Cette citation de Jean de la Fontaine met en lumière deux enjeux actuels de notre société : la liberté et la sécurité. Bien qu'ils soient importants, et comme le démontrait déjà Jean de la Fontaine à son époque, ces enjeux peuvent être contradictoires et il est difficile de conserver ces deux principes. La sécurisation croissante de notre société entraînant une réduction de nos libertés.

Or, cette balance entre sécurité et liberté peut être rencontrée dans de multiples domaines : liberté d'entrer sur le territoire, état d'urgence mais aussi, et plus surprenant, la santé.

De prime abord, il peut être étonnant de constater que dans le secteur de la santé il existe des tiraillements entre la sécurité et la liberté. Mais, des restrictions de liberté peuvent être autorisées sous le couvert d'une plus grande sécurité et ce notamment dans les Établissements Publics de Santé Mentale (EPSM). Ces établissements assurent la prise en charge de personnes souffrant de pathologies psychiques. Lorsque le patient n'est pas en capacité de consentir aux soins ou qu'il représente un danger pour lui-même ou pour autrui, les soins peuvent lui être imposés. Dans ce cas, il peut s'agir de soins à la demande d'un tiers (SDT)[1], de soins pour péril imminent (SPI)[2], ou de soins sur demande du représentant de l'Etat (SDRE)[3]. Dans le cadre de ces soins sans consentement, une restriction de la liberté d'aller et venir est autorisée.

La liberté d'aller et venir est fondamentale dans toute démocratie. Le Conseil Constitutionnel en fait d'ailleurs un principe à valeur constitutionnelle dans un célèbre arrêt

[1] Article L - 3212 - 1, II 1° du CSP

[2] Article L - 3212 - 1, II 2° du CSP : les SPI sont prononcés lorsqu'il n'y a pas de tiers pour demander l'hospitalisation

[3] Article L3213-1 du CSP

de 1979[4]. Mais certaines restrictions à cette liberté sont autorisées. A ce titre, certains patients peuvent être hospitalisés au sein d'une unité fermée, être mis en chambre d'isolement voire contentionnés.

L'ANAES (créée en 1996 et qui deviendra la HAS en 2004) est la première à donner une définition précise de l'isolement. Elle affirme alors qu'il s'agit de « *tout patient dans une chambre dont la porte est verrouillée et séparé de l'équipe de soins et des autres patients se trouve de ce fait en isolement ; cet isolement ne peut être qu'à but thérapeutique conformément à la mission de soin des établissements de santé »*[5] . Plus tard, La Haute Autorité de Santé (HAS) définit l'isolement comme étant un « *placement du patient à visée de protection, lors d'une phase critique de sa prise en charge thérapeutique, dans un espace dont il ne peut sortir librement et qui est séparé des autres patients »*[6]. Ainsi pour sa propre sécurité ou celle des autres, un patient peut être enfermé dans un espace clos lorsque se présente une période de crise lors de sa prise en charge. Néanmoins, le CGLPL (Contrôleur Général des Lieux de Privation de Liberté) dans son rapport de 2016 précise qu'un isolement est constitué dès lors que le patient est enfermé, dans quelque espace qu'il soit (et ce même dans sa propre chambre), sur décision médicale, et qu'il ne peut en sortir. Ainsi, la chambre d'isolement peut revêtir de nombreuses dénominations : « *chambre d'isolement, de soins intensifs, sécurisée, d'apaisement, de contention »*[7]. Les espaces d'isolement sont alors plus nombreux que ceux spécifiquement dédiés à cette pratique.

De plus, il est aussi possible d'user de moyens de contention en cas de crise aiguë. L'ANAES, en même temps qu'elle définit l'isolement a aussi définit la contention. Cela consiste « *à restreindre ou maîtriser les mouvements d'un patient par un dispositif, soit fixé sur un lit ou un siège, soit mobile, comme une camisole de force »*[8]. La HAS, distingue, plus tard, plusieurs méthodes de contention. Il existe alors la contention physique (également appelée manuelle) qui consiste à maintenir le patient « *en ayant recours à la force physique* ». Il existe aussi la contention mécanique qui se définit comme étant « *l'utilisation de tous moyens,*

---

[4] Décision n° 79-107 DC du 12 juillet 1979 - Favoreu, Louis, « [Note sous décision n° 79-107 DC] », Revue du droit public et de la science politique en France et à l'étranger, janvier-février 1979, n° s.n., p. 1691-1694 - Avril, Pierre; Gicquel, Jean, « [Note sous décision n° 79-107 DC] », Pouvoirs, novembre 1979, n° 11, p. 186

[5] ANAES "L'audit clinique appliqué à l'utilisation des chambres d'isolement en psychiatrie" juin 1998 – p. 8 et 9

[6] HAS, ARGUMENTAIRE SCIENTIFIQUE Isolement et contention en psychiatrie générale - Février 2017 page 4

[7] Rapport du CGLPL de 2016 - Isolement et contention dans les établissements de santé mentale, page 3

[8] ANAES audit clinique de 1998 déjà cité, page 8

méthodes, matériels ou vêtements empêchant ou limitant les capacités de mobilisation volontaire de tout ou partie du corps dans un but de sécurité pour un patient dont le comportement présente un risque grave pour son intégrité ou celle d'autrui ». Ces moyens restreignent alors le patient dans ses capacités de mouvements. La mise à l'isolement et les moyens de contention restent des moyens thérapeutiques, leur usage n'est alors possible que sous le couvert d'une prescription médicale. De plus, le patient doit nécessairement être hospitalisé en soins sans consentement[9].

Nous nous intéressons en particulier à l'usage de ces mesures thérapeutiques sur les personnes placées sous main de justice. Ces personnes "*sont celles qui, à la suite d'une décision, sont incarcérées ou font l'objet d'une peine alternative à l'incarcération ou de mesures d'aménagement de peine*"[10]. Il peut alors s'agir des personnes qui sont en détention au sein d'un établissement pénitentiaire, qui sont placées sous surveillance électronique ou qui font l'objet d'une contrainte pénale[11].

Les propos ci-dessous seront de ce fait principalement centrés sur l'hospitalisation des personnes placées sous main de justice qui font l'objet d'une privation de liberté au sens des articles 131-1 et 131-3 du Code pénal. Cela vise alors l'emprisonnement, la réclusion criminelle et la détention criminelle[12]. Les personnes qui ne sont ni incarcérées au sein d'un établissement pénitentiaire, ni privées de leur liberté, ne sont donc pas concernées par cette analyse. De plus, nous nous concentrerons sur la prise en charge psychiatrique de ces personnes au sein d'établissements publics de santé mentale français, en excluant donc les établissements privés. Les soins psychiatriques dispensés au sein même des établissements pénitentiaires ne seront pas non plus étudiés puisque ceux-ci effectuent essentiellement de simples consultations médicales ou proposent seulement des hospitalisations de jour. Ces structures n'ont donc pas recours à l'isolement ou à des moyens de contention. De même, le

---

[9] Article L. 3222-1 du Code de la santé publique (modifié par la loi n°2016-41 du 26 janvier 2016 - art. 69 (V))

[10] S. Guinchard (dir.), Droit et pratique des voies d'exécution 2013/2014, Dalloz, coll. « Dalloz Action », 2012.

[11] La contrainte pénale est une sanction pénale au même titre que la prison ou l'amende. Elle permet au condamné d'éviter la prison. Le condamné reste soumis à plusieurs obligations visant à sa réinsertion. La contrainte pénale est décidée par le tribunal correctionnel directement lors du procès.https://www.service-public.fr/particuliers/vosdroits/F32312

[12]En cas de crime: la réclusion criminelle est prononcée pour les infractions de droit commun et la détention criminelle pour les infractions politiques.
En cas de délit: l'emprisonnement peut être prononcé.

recours à l'isolement et à la contention au sein même des établissements pénitentiaires (isolement pour des raisons de sécurité, en tant que sanction disciplinaire…) ne sont pas non plus étudiés puisqu'il n'est pas question, dans ces cas, de soigner une pathologie psychique.

A la lumière de ces éléments, il s'agit de se questionner sur le recours à la contention et à l'isolement lors de soins psychiatriques chez les personnes placées sous main de justice. En effet, nous verrons que beaucoup de rapports dénoncent cette dégradation dans leur prise en charge. Néanmoins, il est possible de se demander quels sont leurs droits en matière d'accès à la santé; sont-ils les mêmes que pour une personne qui ne fait pas l'objet d'une mesure de détention ? Il est aussi question d'étudier comment l'hospitalisation de ces personnes se déroule en réalité et quelles en sont les spécificités et les aménagements. A la suite de quoi une réflexion sera nécessaire sur les éventuelles possibilités d'amélioration de cette prise en charge.

Ces améliorations sont en effet indispensables. L'hospitalisation des personnes incarcérées au sein d'établissements de santé mentale reste un enjeu majeur de santé publique.

Tout d'abord, il existe une forte prévalence des troubles psychiatriques au sein des établissements pénitentiaires. Comme le démontre le plan d'actions stratégiques 2010-2014 "Politique de santé pour les personnes placées sous main de justice", les détenus se suicident six fois plus que les hommes qui ne font pas l'objet d'une mesure privative de liberté âgés de 15 à 59 ans[13]. Le plan ajoute que près de 18% des détenus sont atteints d'un état dépressif majeur et que près de 4% d'entre eux ont besoin d'un traitement contre la schizophrénie, soit environ quatre fois plus que la population générale. Il résulte de ces chiffres que les besoins de soins sont conséquents dans ce domaine. D'autant plus que l'incarcération peut provoquer une aggravation de ces troubles (manque d'hygiène, violence, isolement affectif, inactivité…).

Cette prévalence peut aussi s'expliquer du fait de l'utilisation de l'article 122-1 du Code pénal qui concerne la responsabilité pénale des auteurs d'infractions en cas d'altération

[13] Plan d'actions stratégiques 2010-2014 "Politique de santé pour les personnes placées sous main de justice" Ministère de la santé et des sports et ministère de la justice et des libertés - page 7

voire d'abolition du discernement pour trouble mental[14]. Comme l'a dénoncé Monsieur Jean-René Lecerf, les malades mentaux dont la responsabilité était altérée voyait leur peine être plus conséquente que celle des personnes qui étaient jugées totalement responsables de leurs actes[15]. Pour contrer cette tendance, la loi du 15 août 2014 relative à l'individualisation des peines et renforçant l'efficacité des sanctions pénales a modifié cet article afin de réduire d'un tiers la peine encourue en cas d'altération des facultés mentales. Néanmoins, selon l'OIP (Observatoire International des Prisons), les effets de cette mesure ne sont pas encore connus.

Du fait de cette prévalence des troubles psychiatriques en détention, il n'est pas rare que les détenus soient hospitalisés au sein d'établissement de santé mentale, et ce malgré l'ouverture des UHSA (Unité Hospitalière Spécialement Aménagée) qui est, nous le verrons plus tard, une structure spécialisée dans la prise en charge psychiatrique des détenus. Or, durant cette hospitalisation les personnes incarcérées sont souvent mises à l'isolement voire contentionnées, cela ne respecte évidemment par leurs droits. Pourtant, ces personnes ont le droit à la même qualité de soins que les autres patients. Cela revient également à se demander comment soigner ces personnes qui sont considérées par la société comme "potentiellement dangereuses". Ce sujet suscite alors un vif débat, tant au niveau éthique que juridique, sur la place des personnes placées sous main de justice en tant qu'acteurs, ou plutôt bénéficiaires, du système de santé français. Même s'il est difficilement concevable que ces personnes soient hospitalisées de manière classique, en unité ouverte, elles ne peuvent subir de traitements dégradants comme c'est le cas encore aujourd'hui. Une profonde réflexion est alors nécessaire afin d'encadrer le mieux possible ces pratiques et peut-être trouver des alternatives et des améliorations à cette prise en charge.

---

[14] Article 122-1 - Modifié par LOI n°2014-896 du 15 août 2014 - art. 17 - "N'est pas pénalement responsable la personne qui était atteinte, au moment des faits, d'un trouble psychique ou neuropsychique ayant aboli son discernement ou le contrôle de ses actes.
La personne qui était atteinte, au moment des faits, d'un trouble psychique ou neuropsychique ayant altéré son discernement ou entravé le contrôle de ses actes demeure punissable. Toutefois, la juridiction tient compte de cette circonstance lorsqu'elle détermine la peine et en fixe le régime. Si est encourue une peine privative de liberté, celle-ci est réduite du tiers ou, en cas de crime puni de la réclusion criminelle ou de la détention criminelle à perpétuité, est ramenée à trente ans. La juridiction peut toutefois, par une décision spécialement motivée en matière correctionnelle, décider de ne pas appliquer cette diminution de peine. Lorsque, après avis médical, la juridiction considère que la nature du trouble le justifie, elle s'assure que la peine prononcée permette que le condamné fasse l'objet de soins adaptés à son état."

[15] OIP - Malades psychiques en prison: une folie - https://oip.org/analyse/malades-psychiques-en-prison-une-folie/ consulté le 18 août 2018

Pourtant, l'encadrement de ces pratiques ne date pas d'hier. Pinel, médecin aliéniste[16], pour la France, au XVIIIème siècle, humanise les soins dispensés aux malades mentaux et prône l'abandon de la contention physique. Néanmoins, dans un souci d'assurer la sécurité du patient et de son entourage, il développe le recours à l'isolement "*dans un but non punitif, en mettant l'accent sur le respect des droits des patients et leur sécurité*"[17]. Par la suite, Esquirol (1772-1840) qui était l'élève de Pinel et lui aussi aliéniste, continue d'assister sur la nécessité de l'isolement encadré par un "cadre étroitement hiérarchisé pouvant doser l'isolement et l'adapter à chaque cas"[18].

Bien plus tard, L'ANAES, avait déjà en 1998 commencé à limiter le recours à l'isolement. En effet, celle-ci listait déjà une série de contre-indication (en plus de contre-indication somatique). Elle précise alors que la chambre d'isolement ne doit pas être utilisée à titre punitif, lorsque l'état clinique ne le nécessite pas ou en cas de manque de personnel. La volonté d'encadrer le recours aux moyens de contrainte est donc très ancienne et se poursuit encore actuellement, notamment, nous l'étudierons grâce à la loi de Modernisation de notre système de santé du 26 janvier 2016[19]. Malgré ces efforts, des dérives sont encore à dénombrer et notamment dans la prise en charge des personnes placées sous main de justice.

Face à la détérioration des conditions d'hospitalisation des personnes placées sous main de justice, nous nous demanderons si le "patient-détenu" peut être considéré comme égal en droit aux patients lambda (Partie 1) bien qu'en pratique il existe de fortes disparités de traitements qui seraient pourtant évitables (Partie 2).

---

[16] Médecin spécialisé dans l'étude et le traitement des maladies mentales.

[17] ANAES "L'audit clinique appliqué à l'utilisation des chambres d'isolement en psychiatrie" juin 1998 , déjà cité, page 8

[18] Docteur Olivier HAIBE "Etat des lieux de l'utilisation de l'isolement en Psychiatrie au CHU de Nantes, au CHS de Blain et au CH de Bouguenais pour une amélioration des pratiques à la lumière des dernières recommandations de la HAS." Thèse DIPLÔME D'ETAT DE DOCTEUR EN MEDECINE, Université de Nantes - Présentée et soutenue publiquement le 5 octobre 2017 page 16

[19] LOI n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé

Partie I: Le « patient-détenu », un patient comme un autre ?

A travers l'évolution des sources juridiques concernant les détenus, tant d'un point de vue national que supranational, nous pouvons remarquer une amélioration constante de leurs droits. Ainsi, une personne placée sous main de justice possède des droits comme toute personne qui ne fait pas l'objet d'une mesure de restriction de liberté. La CEDH veille d'ailleurs au respect de ceux-ci, notamment sur la base de l'article 3 de la Convention EDH. Il s'agit alors d'identifier les droits que peuvent détenir ces personnes, notamment dans le domaine de la santé. Le juge administratif français est d'ailleurs chargé de contrôler leur effectivité (chapitre 1). En effet, toute personne a le droit à la santé. La législation plus spécifique concernant le recours à la chambre d'isolement et des moyens de contention ne font d'ailleurs pas de distinction selon le statut du patient. Bien au contraire, la HAS prône une utilisation de ces dispositifs médicaux non discriminatoire et fondée uniquement sur la nécessité médicale. Ainsi, en cas de non-respect de la législation, l'établissement psychiatrique ou pénitentiaire pourra voir sa responsabilité engagée (chapitre 2).

Chapitre 1: Le détenu, sujet de droit et sujet de soins

La prison a souvent été considérée comme une zone de non droit où les personnes placées sous main de justice ne disposaient pas des mêmes droits que les personnes n'étant pas privées de leur liberté. C'est pourquoi, des institutions supranationales telles que la Cour européenne des droits de l'homme et le Conseil de l'Europe s'activent afin de tendre à harmoniser les législations nationales lesquelles reposent en partie sur ces impulsions (section1). Ainsi, le législateur français s'est notamment appuyé sur ces règles lors de l'adoption de la loi pénitentiaire de 2009 pour améliorer la protection des droits des personnes écrouées (section 2).

Section 1 : Les règles supranationales : une impulsion à la protection des droits des détenus

La CEDH notamment à travers l'article 3 de la Convention EDH relatif à la torture et aux traitements inhumains et dégradants condamne toute atteinte à la dignité des détenus lors de leurs soins (I). De plus, le Conseil de l'Europe participe également à la protection de leurs droits grâce à une série de règles dont quelques-unes concernent la santé mentale des personnes placées sous main de justice (II).

I) La CEDH pionnière dans la protection des droits

La CEDH œuvre pour la protection des droits de l'homme et en particulier pour la protection du droit à la dignité. Ainsi, sur le fondement de l'article 3 relatif à la torture et aux traitements inhumains et dégradants (A), la Cour veille à ce que les soins psychiatriques des détenus soient dispensés de manière respectueuse des droits des patients et notamment de la dignité de la personne humaine (B).

A) L'interdiction de la torture et des traitements inhumains et dégradants

La protection des droits des détenus est tout d'abord assurée grâce à la Cour Européenne des Droits de l'Homme au travers de l'article 3 de la Convention EDH. En effet, cet article est souvent utilisé pour dénoncer les conditions de détention médiocres qu'offrent les prisons françaises. Ainsi, la France s'est faite condamnée à de multiples reprises, notamment sur la problématique des suicides en prison. Effectivement, selon un rapport de la direction de l'administration pénitentiaire de 2015, en 2014, il a été recensé 94 suicides et 1033 tentatives de suicide[20]. La CEDH estime alors que la France ne respecte pas ses obligations de surveillance des détenus, les juges affirmant que ce défaut de surveillance n'a pu permettre d'éviter un suicide de ces personnes placées sous main de justice[21]. Ces arrêts se fondent effectivement sur l'article 3 de la Convention EDH relatif à l'interdiction de la torture[22]. Il oblige les Etats à une obligation négative (c'est-à-dire ne pas torturer) et à une obligation positive (c'est-à-dire tout mettre en place pour protéger les individus) [23]. Celui-ci visait au départ les violences commises par les forces de l'ordre, néanmoins, il a été étendu aux violences commises entre personnes privées[24].

Ces condamnations sur ce fondement ont alors permis l'amélioration du droit français via la loi pénitentiaire de 2009 qui en son article 46 § 4 affirme que *"L'état psychologique des personnes détenues est pris en compte lors de leur incarcération et pendant leur détention. L'administration pénitentiaire favorise la coordination des différents intervenants agissant pour la prévention et l'éducation sanitaires."*

La France ne s'est pas encore faite condamnée en raison de l'utilisation abusive de la chambre d'isolement et des moyens de contention chez les personnes placées sous main de justice. Pour autant, il est envisageable de qualifier ces pratiques comment pouvant tomber

[20] Rapport de l'administration pénitentiaire "Les chiffres clés de l'administration pénitentiaire au 1er janvier 2015" page 9 http://www.justice.gouv.fr/art_pix/chiffres_cles_2015_FINALE_SFP.pdf

[21] CEDH 16 oct. 2008, Renolde c/ France, req. n ° 5608/ 05 - RSC 2009, p. 431, note P. Poncela. ; Droit pénal 2009 p.123, note Gabriel Roujou de Boubée ; RSC 2009, p.173 obs. Jean-Pierre Marguénaud ; Droit pénal 2009 p.1376 Jean-Paul Céré ; RDSS 2009, p. 363, obs. P. Hennion-Jaquet
CEDH 11 juil. 2006, Rivière c/ France, n°33834/03 - RSC 2007, p. 350 note Pierrette Poncela ; Droit pénal. 2007, p. 1229 note Jean-Paul Céré Martine Herzog-Evans – Eric Péchillon

[22] Article 3 CESDH: « Nul ne peut être soumis à la torture ni à des peines ou traitements inhumains ou dégradants.»

[23] S. Hennette-Vauchez, D. Roman, Droits de l'homme et libertés fondamentales, 3e éd., Dalloz, 2017 p. 352.

[24] CEDH 22 mars 1983, Campbell et Cosans c. Royaume- Uni, n° 7511/ 76

sous le coup de cet article 3 de la Convention EDH au même titre que les mauvaises conditions de détention au sein des prisons françaises.

En effet, pour distinguer les frontières entre la torture, le traitement inhumain et le traitement dégradant, la CEDH utilise le critère de gravité. Ainsi, un traitement dégradant est un "*traitement humiliant, avilissant*"[25]. Ensuite, Le « *traitement inhumain* » serait selon un arrêt de 1978 de la CEDH Tyrer c. Royaume-Uni[26] un traitement qui cause des « *souffrances physiques et mentales d'une intensité particulière* ». Enfin, La torture serait alors la réunion de tous ces éléments, poussés à l'extrême[27]. Par exemple, la France a été condamnée, pour ce motif, par la CEDH pour avoir mis un détenu en isolement sensoriel complet et social total[28]. Cependant, il est important de noter que la CEDH ne se limite pas à restreindre cette qualification aux atteintes à l'intégrité physique. L''article 3 de la Convention s'applique aussi aux actes qui humilient ou qui angoissent. Pour se faire, elle passe par la notion de "*dignité de la personne humaine*"[29].

B) Une atteinte possible à la dignité de la personne humaine

Appliqué aux soins psychiatriques, il est possible que des mesures comme la mise à l'isolement et/ou des mesures de contention soient considérées comme attentatoires à la dignité de la personne humaine. Ceci d'autant plus si elles ne sont pas justifiées par une nécessité médicale et qu'elles sont mises en place du seul fait que la personne soit écrouée. En effet, ces mesures restreignent la liberté d'aller et venir mais elles peuvent aussi engendrer une souffrance psychologique importante. Effectivement, le patient est désemparé de ses objets personnels, il peut être mis en pyjama, ses repères spatio-temporels sont altérés...

La France s'est faite condamnée à plusieurs reprises concernant l'usage des moyens de contention lors d'extractions médicales. Car, pour éviter les risques d'évasion et

[25] S. Hennette-Vauchez, D. Roman, Droits de l'homme et libertés fondamentales, 3e éd., Dalloz, 2017 p. 356
[26] CEDH 25 avr. 1978, Tyrer c. Royaume- Uni, no 5856/ 72 où un jeune écolier avait subi des châtiments corporels ce qui est contraire à l'article 3 de la Convention EDH.
[27] S. Hennette-Vauchez, D. Roman, Droits de l'homme et libertés fondamentales, 3e éd., Dalloz, 2017 p. 356
[28] CEDH, GC, 4 juil. 2006, Ramirez Sanchez c. France, no 59450/ 00 ; AJDA 2006. p. 1709 note Jean-François Flauss ; RSC 2007. p. 350 note Pierrette Poncela
[29] CEDH 25 avr. 1978, Tyrer c. Royaume- Uni, no 5856/ 72 déjà cité

d'agression du personnel soignant, les personnes placées sous main de justice sont contentionnées lors des transferts[30]. Néanmoins, ce procédé ne peut être utilisé de manière systématique, la HAS recommandant de le faire uniquement lorsqu'il existe une nécessité médicale. Ainsi, la France se voit régulièrement condamnée par la CEDH lorsque les détenus sont entravés ou menottés alors que les exigences de sécurité n'obligent pas l'administration pénitentiaire à procéder de la sorte[31]. Ceci est alors contraire à l'article 3 de la Convention EDH et à l'article 803 du Code de procédure pénale qui conditionne le port de menottes ou d'entraves[32]. Madame le Professeur Debet, dans l'ouvrage de Madame Boussard[33], rappelle qu'une circulaire du 18 novembre 2004[34] précise que les directeurs d'hôpitaux sont chargés d'évaluer le niveau de dangerosité des détenus selon 3 catégories. Le niveau le plus élevé implique en effet que le détenu soit menotté et entravé et le niveau le plus faible exclu ces deux procédés. Madame Debet remarque alors que les directeurs optent toujours pour le niveau le plus élevé et ceci purement dans un but préventif afin d'éviter tout risque d'évasion. Elle relève par la suite que l, le Contrôleur général des lieux de privation de liberté, dans son rapport d'activité de 2011, dénonce lui aussi des mesures sécuritaires prises à l'égard des détenus de manière systématique.

Grâce à ces condamnations, les personnes placées sous main de justice bénéficient d'une amélioration de leurs conditions de détention et de leurs soins. Néanmoins, dans le domaine des hospitalisations psychiatriques à proprement parlé, il n'existe pas beaucoup de jurisprudence (hormis sur les suicides des détenus). Malgré tout, la CEDH semble de plus en plus encline à protéger les droits des détenus au visa de l'article 3 de la Convention européenne.

---

[30] Entretien avec une ambulancière d'un Établissement Public de Santé Mentale

[31] Voir par exemple CEDH 14 nov. 2002, Mouisel c/ France, req. n ° 67263/ 01. où l'administration pénitentiaire était présente lors des soins et où le détenu était menotté sur son lit pendant sa chimiothérapie alors qu'il existait une contre-indication médicale à ce procédé.
Ou CEDH 5e sect., 26 mai 2011, *Duval c/ France,* n° 19868/08 où le détenu était menotté et entravé alors qu'il subissait des soins intimes en présence du personnel d'escorte

[32] Article 803 de la loi n°2000-516 du 15 juin 2000 - art. 93 JORF 16 juin 2000 "Nul ne peut être soumis au port des menottes ou des entraves que s'il est considéré soit comme dangereux pour autrui ou pour lui-même, soit comme susceptible de tenter de prendre la fuite."

[33]Sabine Boussard « Les droits de la personne détenue après la loi pénitentiaire du 24 novembre 2009 Dalloz 2013 p 199

[34] Circulaire du 18 nov. 2004 de la Direction de l'administration pénitentiaire relative à l'organisation des escortes pénitentiaires des détenus faisant l'objet d'une consultation médicale : NOR : JUSK0440155C
www. justice. gouv. fr/ bulletin- officiel/ 4- dap96b. html.

Cependant, la fragile situation dans laquelle se trouve un détenu hospitalisé en psychiatrie tant d'un point de vue mental que statutaire explique peut-être la faiblesse des recours. Néanmoins, la CEDH n'est pas la seule à vouloir accroître cette protection.

II) Les règles pénitentiaires européennes harmonisant le droit des Etats

Afin d'harmoniser le droit des Etats, le Conseil de l'Europe a élaboré une série de règles appelées les règles pénitentiaires européennes (A). Malgré l'absence d'effet direct au sein des législations nationales, ces règles influent sur le droit national des différents Etats, ce qui permet une amélioration des droits des détenus dans le domaine de la santé et plus spécifiquement en santé mentale (B).

A) Les règles pénitentiaires générales issues d'une réflexion du Conseil de l'Europe

Les règles pénitentiaires européennes est un ensemble de règles qui couvrent plusieurs domaines tels que les droits fondamentaux des détenus, la sécurité des établissements pénitentiaires, les conditions de détention et la santé. Ces règles ont été adoptées pour la première fois en 1973 puis révisées en 1987[35]. Elles sont élaborées par le Comité européen de coopération pénologique[36]. Ces règles se basent sur des normes établies par le Comité européen pour la prévention de la torture et des peines ou traitements inhumains ou dégradants et par la jurisprudence de la Cour européenne des droits de l'homme. Elles ont été de nouveau modifiées et adoptées par l'ensemble des pays membres du Conseil de l'Europe le 11 janvier 2006[37]. Malgré l'absence d'effet direct sur la législation des Etats membres, les règles pénitentiaires européennes ont pour but d'harmoniser et de mettre au même niveau toutes les législations nationales. C'est d'ailleurs, la loi pénitentiaire de 2009 qui a retranscrit la plupart de ces droits énoncés par les règles pénitentiaires européennes[38].

---

[35] Les règles pénitentiaires européennes -Direction de l'administration pénitentiaire – 2006 http://www.justice.gouv.fr/art_pix/RPE1.pdf

[36] Qui a reçu mandat du Conseil des ministres du Conseil de l'Europe le 18 septembre 2002.

[37] Recommandation Rec(2006) du Comité des Ministres aux Etats membres sur les Règles pénitentiaires européenne

[38]Sur ce point voir « La loi pénitentiaire de 2009: tournant majeur dans la proclamation des droits des détenus » page 18

B) Les règles pénitentiaires européennes touchant le domaine de la santé mentale

Au sein de ces règles pénitentiaires européennes, un chapitre est consacré à la santé. Ainsi, il est possible dès la lecture du chapitre de trouver un principe général édicté dans l'article 39 "*Les autorités pénitentiaires doivent protéger la santé de tous les détenus dont elles ont la garde*". Nous pouvons y voir, outre une obligation négative de ne pas porter atteinte à la santé, une obligation positive de protéger la santé et donc de mettre en place les mesures pour y parvenir. S'ensuit diverses dispositions sur l'organisation sanitaire, sur les devoirs des médecins…

De plus, deux règles concernent la santé mentale des détenus. Elles insistent notamment sur l'organisation des services sanitaires et sur la prévention des troubles psychiques et notamment du suicide[39]. Enfin, la règle 12.1 énonce que "*Les personnes souffrant de maladies mentales et dont l'état de santé mentale est incompatible avec la détention en prison devraient être détenues dans un établissement spécialement conçu à cet effet*". Cette disposition interpelle car celle-ci parle, dans un premier temps, de personnes qui souffrent de pathologies psychiques ce qui entraîne une incompatibilité avec la détention mais elle ne parle pas de soins à proprement parlé. Bien au contraire, dans un second temps, le verbe "détenir" est utilisé et non le verbe "soigner" afin d'affirmer que ces personnes doivent être prises en charge dans un établissement spécifique. Or, c'est bien là que le problème se pose. Les détenus doivent être transférés dans des établissements de santé et bénéficier des mêmes droits afin d'y être correctement soignés, comme tout à chacun.

Néanmoins ces efforts d'harmonisation ont pour mérite de pousser les Etats à tendre vers une amélioration de leurs droits et de leur accès à la santé.

[39] Règle 47.1. « Des institutions ou sections spécialisées placées sous contrôle médical doivent être organisées pour l'observation et le traitement de détenus atteints d'affections ou de troubles mentaux qui ne relèvent pas nécessairement des dispositions de la règle 12. »
Règle 47.2. « Le service médical en milieu pénitentiaire doit assurer le traitement psychiatrique de tous les détenus requérant une telle thérapie et apporter une attention particulière à la prévention du suicide. »

Section 2: Le droit français, un paradoxe entre consécration de droits et de restrictions

Au fur et à mesure de différentes réformes, le législateur s'est effectivement efforcé de faire de la personne placée sous main de justice, un sujet de droit, notamment dans le domaine de la santé, ceci afin d'améliorer l'état de santé de la population carcérale (I). Le juge administratif se fait alors le gardien de ces droits et ses pouvoirs ne cessent de croître, ce qui montre une amélioration de la prise en compte des droits de cette population (II).

I) L'amélioration des droits des détenus à travers la législation française

Autrefois, les soins dispensés aux détenus n'étaient pas effectués sous le contrôle du ministère de la santé mais du ministère de la justice (A). A travers différentes lois, et notamment la loi pénitentiaire de 2009, les droits des personnes écrouées et le "droit commun de la santé" se sont rapprochés (B).

A) Des soins passant du ministère de la justice au ministère de la santé

Suite à plusieurs condamnations de la France par la CEDH et sous l'impulsion du Conseil de l'Europe, le législateur a fait des personnes placées sous main de justice un sujet de droits. Ainsi, la loi du 18 janvier 1994 relative à la santé publique et à la protection sociale a fait passer les soins des personnes placées sous main de justice du ministère de la justice au ministère de la santé. Les soins sont alors placés sous le régime du service public hospitalier. Cette mesure est une première étape dans l'intégration des personnes placées sous main de justice dans le système de santé général. Cette loi leur permet notamment d'être affilié à l'assurance maladie.

De plus, en 2002, les soins psychiatriques des détenus se sont grandement améliorés. Effectivement, grâce à une loi du 9 septembre 2002 d'orientation et de programmation pour la justice[40], les établissements pénitentiaires ne sont plus autorisés à dispenser des soins au

[40] Loi n°2002-1138 du 9 septembre 2002 d'orientation et de programmation pour la justice

sein même de l'établissement pénitentiaire. Ainsi ces derniers ont l'obligation d'effectuer les soins au cours d'une hospitalisation. Les hospitalisations au sein d'une Unité Hospitalière Spécifiquement Aménagée sont à privilégier. Néanmoins, l'admission des personnes placées sous main de justice au sein d'établissements de psychiatrie générale reste possible.

B) La loi pénitentiaire de 2009: tournant majeur dans la proclamation des droits des détenus

La loi pénitentiaire du 24 novembre 2009 marque un tournant majeur dans la reconnaissance des droits des détenus. Elle a été adoptée afin que la France soit en conformité avec les règles pénitentiaires européennes. Cette loi redéfinit le service public pénitentiaire comme un service qui « *participe à l'exécution des décisions pénales. Il contribue à l'insertion et à la réinsertion des personnes qui lui sont confiées par l'autorité judiciaire, à la prévention de la récidive et à la sécurité publique dans le respect des intérêts de la société, des droits des victimes et des droits de personnes détenues. Il est organisé de manière à assurer l'individualisation et l'aménagement des personnes condamnées.* ». Ainsi, la base du respect des droits des détenus est le service public pénitentiaire qui doit veiller au respect des droits de ces personnes. De ce fait, la loi pénitentiaire vise avant tout l'amélioration des conditions de détention. En effet, les prisons françaises étant qualifiées, par le Sénat, d'"humiliation pour la République"[41], il était urgent d'améliorer les conditions de détention. L'amélioration de ces conditions passent alors par la reconnaissance des droits des détenus. De nombreux droits y sont évoqués tels que le droit au respect de la vie familiale et privée, l'encadrement des fouilles… Mais le droit d'accès à la santé y est aussi évoqué. De ce fait, les détenus ont le droit, comme toutes autres personnes à des soins de qualité. En effet, l'article 46 de la loi pénitentiaire dispose que « *La qualité et la continuité des soins sont garanties aux personnes détenues dans des conditions équivalentes à celles dont bénéficie l'ensemble de la population* ».

[41] Rapport de la commission d'enquête du Sénat n ° 449 sur les conditions de détention dans les établissements pénitentiaires en France, de MM. Hyest et Cabanel, déposé le 29 juin 2000
https://www.senat.fr/rap/l99-449/l99-449_mono.html

A travers ces différentes loi, le législateur fait de la personne placée sous main de justice une personne ordinaire supposée avoir les mêmes droits qu'une personne qui n'est pas privée de sa liberté. Ainsi, le détenu devrait avoir le droit aux mêmes soins qu'une personne lambda. Or, malgré la promotion de droits de plus en plus prégnante, les détenus, restent du fait de leur statut, traités différemment. L'article 22 de la loi pénitentiaire de 2009 reflète bien ce paradoxe entre droits équivalents et adaptation des droits du fait du statut. En effet, le législateur affirme que les droits de ces personnes ne peuvent faire l'objet d'aucune restriction. Puis il poursuit en expliquant toutefois que des restrictions sont possibles en raison "*des contraintes inhérentes à la détention, du maintien de la sécurité et du bon ordre des établissements, de la prévention de la récidive et de la protection de l'intérêt des victimes*". A travers cette formulation large susceptible de regrouper une multitude de cas, le législateur laisse possible toutes altérations des droits des détenus, y compris le droit de la santé prévu à la section 7 de la loi.

II) L'office croissant du juge administratif concernant l'hospitalisation des détenus

Afin de rendre effectif la protection de ces droits, le juge administratif est chargé de contrôler leur respect par l'administration pénitentiaire et par l'établissement de santé (A). Ce contrôle est de plus en plus présent au fur et à mesure que le domaine des mesures d'ordre intérieur (décision insusceptible de recours) se réduit, notamment dans le domaine pénitentiaire (B).

A) L'affirmation de la compétence du juge administratif

Lorsqu'une personne placée sous main de justice est hospitalisée et qu'elle fait l'objet d'une décision de placement en chambre d'isolement voire d'une décision de contention, alors qu'il n'existe aucune nécessité médicale, elle peut exercer un recours devant le juge administratif. Tout d'abord, la personne écrouée peut contester la décision d'hospitalisation de l'administration pénitentiaire. Ainsi, c'est bel et bien le juge administratif qui sera

compétent en vertu de la décision du Tribunal des conflits de 1952 Préfet de la Guyane[42]. Cette décision du Tribunal des conflits règle le partage des compétences entre le juge judiciaire et le juge administratif. Les actes qui sont relatifs à "*l'exercice de la fonction juridictionnelle*" seront alors de la compétence du juge judiciaire. A contrario, les actes relatifs à "*l'organisation même du service public de la justice*" seront alors de la compétence du juge administratif. En l'espèce, si une personne écrouée fait l'objet d'une défaillance dans la prise en charge de ses soins, le juge administratif sera compétent puisqu'il s'agirait d'un acte relatif à "*l'organisation même du service public de la justice*".

Ensuite, si la personne écrouée décide de se fonder sur la décision de l'établissement de santé, le juge administratif sera également compétent pour connaître du litige. En effet, le JLD n'est compétent que lorsque le patient conteste la mesure d'hospitalisation[43]. Or, ici, le patient ne contesterait pas la mesure d'hospitalisation mais les conditions de celle-ci voire la nécessité médicale de la mesure d'isolement et/ou de contention. C'est en effet ce qu'a précisé le juge administratif en 2015[44]. Néanmoins, le JLD s'est déjà déclaré compétent dans un arrêt de 2016[45] où il a d'ailleurs ordonné la main levée de la mesure d'hospitalisation pour non-respect des obligations légales relatives à la mise en isolement. Pour justifier sa compétence, ce dernier se fonde sur l'article 66 de la Constitution[46]. Il serait donc compétent puisqu'il s'agit d'une mesure privative de liberté d'aller et venir. Or, comme le rappellent Madame DUJARDIN et Monsieur PECHILLON, la décision d'hospitalisation, qui est prise par le préfet en cas de SDRE, et la décision de mise à l'isolement qui est prise par le psychiatre sont deux décisions qu'il ne faut pas confondre[47]. Ainsi, la compétence du juge administratif est légitime.

---

[42] TC, 27 novembre 1952, Préfet de la Guyane, n° 01420, Rec.

[43] Article L.3216-1 - LOI n°2011-803 du 5 juillet 2011 - art. 7 « La régularité des décisions administratives prises en application des chapitres II à IV du présent titre ne peut être contestée que devant le juge judiciaire. »

[44] CAA MARSEILLE, 2ème chambre - formation à 3, 21/05/2015, n° 13MA03115, Inédit au recueil Lebon : "que cependant, si l'autorité judiciaire est seule compétente, en vertu des articles L. 333 et suivants, devenus L. 3212-1 et suivants du code de la santé publique, pour apprécier les conséquences dommageables de l'ensemble des irrégularités entachant une mesure de placement d'office, la régularité des décisions de placement n'est pas en cause dans le présent litige, qui a seulement trait aux conséquences dommageables des conditions dans lesquelles s'est déroulée l'hospitalisation de l'appelant "

[45] CA Versailles 24 octobre 2016 n°1607393

[46] 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. »

[47] Dujardin V. Péchillon E. Le juge judiciaire et le contrôle de la légalité des décisions prises par le psychiatre : les limites du dualisme juridictionnel en matière psychiatrique, revue droit & santé n°75, Droit et santé mentale p. 121 à 125

B) La réduction des mesures d'ordre intérieur ou l'accroissement du contrôle du juge administratif

Malgré la compétence du juge administratif, les recours des détenus lors d'une hospitalisation en psychiatrie générale se font rares. Cette rareté s'explique peut-être par les pouvoirs du juge administratif en matière d'actes administratifs concernant les détenus. En effet, il n'y a pas si longtemps, le juge administratif refusait qu'un recours pour excès de pouvoir soit exercé devant lui en ce qui concerne les décisions relatives aux détenus. Le juge les qualifiait alors de mesures d'ordre intérieur. Ces mesures sont effectivement insusceptibles de recours car elles ne font pas grief. C'est-à-dire qu'elles ne modifient pas l'état du droit en raison de leur faible importance. Ainsi, les mesures disciplinaires concernant les personnes placées sous main de justice étaient insusceptibles de recours, sans doute, le juge ne voulant pas s'opposer au pouvoir disciplinaire de l'administration pénitentiaire.

Néanmoins, depuis maintenant une vingtaine d'année, le juge administratif a accepté d'étendre son contrôle et accepte de contrôler certains actes. Ainsi, depuis les célèbres arrêts Hardouin et Marie[48], le juge accepte de contrôler certaines sanctions disciplinaires concernant les détenus. A la lecture de ces deux arrêts, nous pouvons néanmoins remarquer que le recours n'est possible que dans deux hypothèses. La première est le critère de gravité comme le précise le Conseil d'Etat dans l'arrêt Marie "*eu égard à la nature et à la gravité de cette mesure*"[49]. La deuxième hypothèse concerne la sanction qui prive le détenu de "*l'exercice d'une liberté publique*"[50]. Dans l'arrêt Hardouin, la sanction venait en effet porter atteinte à la liberté d'aller et venir.

Mais le Conseil d'Etat a poursuivi son travail de restriction des mesures d'ordre intérieur. Effectivement, désormais toutes les décisions concernant les détenus sont susceptibles d'un recours pour excès de pouvoir devant le juge administratif et ce depuis

[48] Conseil d'État Hardouin du 17 février 1995, n°107766 ; Dalloz pénal 1995. p, 381 note Nicole Belloubet-Frier ;— RSC 1995. p, 381 obs. Pierre Couvrat - RFDA 1995. p, 353 note Patrick Frydman;- AJDA 1995. p, 379 obs. Laurent Touvet et Jacques-Henri Stahl
Conseil d'État Marie du 17 février 1995, n°97754 ; RFDA 1995. p, 822 obs Franck Moderne — RFDA 1995. p, 826 obs. Jean-Paul Céré; - Dalloz pénal 1995, p,381 notes Nicole Belloubet-Frier - RSC 1995. p, 621 obs. Martine Herzog-Evans - RSC 1995. p,381 obs. Pierre Couvrat - RFDA 1995. p,353 note Patrick Frydman - AJDA 1995. p, 379 obs. Laurent Touvet et Jacques-Henri Stahl
[49] Conseil d'État Marie du 17 février 1995, n°97754 précité
[50] Martine Lombard, Gilles Dumont , Jean Sirinelli - Droit administratif - 12e édition - Dalloz Hypercours - 2017

l'arrêt du Conseil d'Etat rendu en assemblée le 14 décembre 2007[51]. Ainsi, les décisions de placement à l'isolement (en tant que sanction disciplinaire) ne sont plus considérées comme des mesures d'ordre intérieur[52]. Ceci au motif que le détenu placé à l'isolement ne peut participer aux activités collectives et ne peut se voir attribuer ou conserver une activité rémunératrice.

De ce fait, il est possible d'effectuer un parallèle entre la décision de mise à l'isolement et la décision d'hospitalisation d'où découle une mise à l'isolement pour des soins psychiatriques. Le juge administratif a déjà été amené à trancher sur le fait de savoir si la décision d'hospitalisation d'un soldat était susceptible de recours. Dans un vieil arrêt de 1955[53], le juge a considéré qu'il s'agissait d'une mesure d'ordre intérieur et donc qu'aucun recours n'était possible. Transposée à un détenu, cette jurisprudence signifierait qu'une décision d'hospitalisation de ce dernier est une mesure d'ordre intérieur et que donc elle ne peut pas faire l'objet de recours. Cette hypothèse est critiquable. Tout d'abord, il s'agit d'un vieil arrêt. Or, le Conseil d'Etat s'inscrit de plus en plus dans une démarche de protection des droits des détenus et réduit considérablement le domaine des mesures d'ordre intérieur[54]. Ainsi, il n'est pas possible d'affirmer avec certitude que cette jurisprudence est encore valable. D'autant plus qu'une décision d'hospitalisation en psychiatrie avec mise à l'isolement ou contention porte atteinte à la dignité de la personne humaine et à la liberté d'aller et venir. Ainsi, même si le juge considère qu'il s'agit d'ordinaire d'une mesure d'ordre intérieur, il peut très bien considérer que la mesure est susceptible de recours pour excès de pouvoir si des libertés ou des droits fondamentaux de la personne placée sous main de justice sont en causes. C'est d'ailleurs pour cette raison que dans un arrêt le juge administratif a estimé qu'était recevable un recours dirigé contre une décision de changement d'affectation entre établissement de même nature dès lors que cette mesure restreignait le droit fondamental à conserver une vie

[51] CE, ass., 14 déc. 2007, Garde des Sceaux, Min. Justice c/ Boussouar, Planchenault et Payet, Dr. adm. 2008, no 24, obs. F. Melleray

[52] CE 30 juill. 2003, garde des Sceaux, min. de la Justice c/ M. Remli, AJDA 2003. 2090, note Costa D. ; D. 2003. 2331, note M. Herzog- Evans;

[53] CE 5 oct. 1955, Baillard, Lebon 771

[54] "Le Conseil d'État a toutefois considérablement infléchi sa jurisprudence au fil du temps et plus particulièrement à partir des années 1990, l'influence de la Cour européenne des droits de l'homme ayant été, en la matière, particulièrement forte." Les dossiers thématiques du Conseil d'État- Le juge administratif et l'administration pénitentiaire - Mise à jour du 15/04/2017 http://www.conseil-etat.fr/Decisions-Avis-Publications/Etudes-Publications/Dossiers-thematiques/le-juge-administratif-et-l-administration-penitentiaire

familiale en détention du détenu[55]. La qualification de mesure d'ordre intérieur n'est donc qu'une "présomption réfragable"[56].

Le juge administratif se montre alors de plus en plus protecteur vis-à-vis des droits des personnes détenues. De son côté, le législateur et la HAS essaient d'encadrer plus fermement le recours aux mesures d'isolement et de contention qui peuvent parfois être attentatoires à la dignité de la personne humaine.

[55] CE, 27 mai 2009, M. Khaled Mustapha M., n° 322148, Rec.
[56] Les dossiers thématiques du Conseil d'État- Le juge administratif et l'administration pénitentiaire déjà cité

Chapitre 2: Hospitalisation psychiatrique des détenus: entre droit commun et spécificités

Les personnes placées sous main de justice, sont certes, dans une situation particulière lorsqu'elles sont hospitalisées au sein d'un établissement de santé mentale, ceci du fait de leur statut pénal. Néanmoins, ce statut ne doit en aucun cas entraver leurs droits et venir nuire à la qualité des soins qui leurs sont dispensés. Ainsi, l'organisation des soins est nécessairement adaptée à ce statut , mais, cette organisation particulière doit aussi prendre en compte une législation concernant l'isolement et la contention "de droit commun" qui s'applique à tous (section 1). Ce n'est que depuis très récemment que le législateur et certaines agences sanitaires se préoccupent de l'utilisation de ces procédés. Ainsi, les personnes détenues ont elles aussi le droit de bénéficier de ces droits. Dans le cas contraire, elles pourront obtenir réparation devant le juge administratif qui est de plus en plus sévère avec les établissements (section 2).

Section 1: L'adaptation nécessaire mais insuffisante des soins psychiatriques en détention

Le législateur français dans un premier temps, puis la HAS dans un second sont venus encadrer le recours aux pratiques de mise en isolement et de contention, ceci afin de protéger le patient qui est vulnérable du fait de sa pathologie (I). Mais cette législation, bien que protectrice pour les patients, n'est pas forcément adaptée aux spécificités de la prise en charge des personnes écrouées lorsque celles-ci sont hospitalisées en psychiatrie (II).

I) L'isolement et la contention: des pratiques récemment encadrées par le droit

L'encadrement juridique des moyens d'isolement et de contention des patients hospitalisé en psychiatrie n'a été inséré dans le CSP que très récemment avec la loi LMSS de 2016 (A). De plus, le législateur français n'est pas le seul à vouloir encadrer ces pratiques puisque la HAS, à travers une recommandation de bonne pratique, encadre elle aussi ces techniques (B).

A) Un encadrement plus strict avec la loi Touraine

Avant la loi de modernisation de notre système de santé du 26 janvier 2016, dite loi Touraine, les pratiques d'isolement et de contention n'étaient pas spécifiquement encadrées par le Code de la santé publique. Les différentes réformes des soins de consentement de 2011 et de 2013 n'encadraient pas le recours à ces pratiques[57]. Le Code faisant référence, d'une manière générale, uniquement à la restriction de la liberté d'aller et venir [58] (encore en vigueur).

L'article 72 de la loi encadre, pour la première fois, l'usage des pratiques d'isolement et de contention. En effet, l'article précise tout d'abord qu'il s'agit de pratiques de « dernier recours » dans le but de prévenir « un dommage immédiat ou imminent pour le patient ou autrui ». Cette décision doit être prise par un psychiatre et doit être limitée dans le temps. Les professionnels de santé ont alors l'obligation de surveiller le patient faisant l'objet d'une telle mesure. De plus, l'article impose la tenue d'un registre dans chaque établissement de santé autorisé en psychiatrie. Dans ce registre doit être indiqué le nom du psychiatre ayant prescrit la mesure, sa date et son heure, sa durée et les noms des professionnels ayant surveillé le patient. Enfin, l'établissement a la charge d'établir un rapport annuel afin de rendre compte des pratiques d'admission en chambre d'isolement et de contention. Il doit aussi faire mention d'une « politique définie pour limiter le recours à ces pratiques ». En exigeant une nécessité et une proportionnalité de la mesure, cet article L. 3222-5-1 montre bien la volonté du législateur d'encadrer et de limiter le recours à ces mesures. Cette volonté du législateur est d'ailleurs rappelée dans une instruction de la DGOS du 29 mars 2017 relative à la politique de réduction des pratiques d'isolement et de contention au sein des

[57] ABONDO M. , BOUVET R. , LE GUEUT M. Isolement et contention en psychiatrie : quels fondements juridiques ? 2014, Revue droit & santé n°62 Chroniques pages 1626 à 1631

[58] "De manière générale, l'article L.3211-3 CSP relatif aux soins psychiatriques sans consentement dispose que les restrictions à l'exercice des libertés individuelles du patient doivent être adaptées, nécessaires et proportionnées à son état mental et à la mise en œuvre du traitement requis; en toutes circonstances, la dignité de la personne doit être respectée et sa réinsertion recherchée". Marlène ABONDO , Renaud BOUVET , Mariannick LE GUEUT Revue droit & santé n°62 Chroniques pages 1626 à 1631 précitée

établissements de santé[59]. Cette dernière rappelle alors la Circulaire Veil datant de 1993[60] et disposant que les patients ont le droit " *sous les réserves liées au bon fonctionnement du service, de circuler librement dans l'établissement et ne peuvent en aucun cas être installées dans des services fermés à clef ni a fortiori dans des chambres verrouillées. Toutefois, en cas d'urgence, il peut être possible d'isoler pour des raisons tenant à sa sécurité un malade quelques heures en attendant, soit la résolution de la situation d'urgence, soit la transformation de son régime d'hospitalisation en un régime d'hospitalisation en soins sans consentement*". On remarque déjà les prémices de l'obligation de nécessité de recours de la mesure. Par la suite, diverses agences sont venues préciser cet article 72 afin d'encadrer davantage ces mesures.

B) La recommandation de bonne pratique : une mesure faisant grief ?

Un peu plus d'un an après la loi Touraine, la HAS a émis une recommandation de bonne pratique. La HAS définit elle-même les recommandations de bonne pratique comme étant des propositions « *pour aider le praticien et le patient à rechercher les soins les plus appropriés dans des circonstances cliniques données* » [61]. Les recommandations sont des synthèses des données de la science. Il existe un grade des recommandations :

- Le grade A : preuve scientifique établie
- Le grade B : présomption scientifique
- Le grade C : faible niveau de preuve
- Le grade AE : Accord d'experts

La recommandation « Isolement et contention en psychiatrie générale » de février 2017 se trouve plutôt dans la catégorie AE. La HAS précisant en effet qu'il s'agit d'un « accord professionnel au sein du groupe de travail ». Mais elle reste tout de même intéressante en ce qu'elle précise l'article L. 3222-5-1 du CSP et qu'elle le complète. En effet, alors que la loi ne le précise qu'implicitement, la HAS parle d'une mesure de dernier recours « après échec des

[59] Instruction, NOR : AFSH1710003J 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

[60] Circulaire no 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

[61] Recommandation de bonne pratique « Isolement et contention en psychiatrie générale » février 2017

mesures alternatives de prise en charge ». Elle précise aussi que cette pratique ne peut se faire que dans un espace dédié avec des équipements adaptés.

La recommandation ajoute les contre-indications à la pratique de l'isolement et de la contention. Ainsi, la HAS affirme que de telles mesures ne doivent pas être utilisées pour punir un patient, lui infliger des souffrances ou pour résoudre un problème administratif ou organisationnel du service. Nous pouvons alors en déduire qu'il est nécessaire d'établir une nécessité médicale pour qu'un médecin psychiatre puisse prescrire ces mesures.

Cette nécessité médicale est rappelée lorsque la Haute Autorité évoque le cas des personnes placées sous main de justice. Qu'elles soient hospitalisées en UHSA ou au sein d'un service de psychiatrie générale, le recours à l'isolement ne doit être effectué qu'en cas de nécessité médicale. On peut alors remarquer qu'implicitement, la Haute autorité reconnaît que cette population peut souffrir d'une mise à l'isolement abusif, à titre sécuritaire notamment. Il en va de même dans une instruction de la DGOS de 2017[62]. Cependant, le Conseil d'Etat a récemment indiqué que cette instruction n'avait pas de caractère impératif et donc qu'elle ne pouvait faire l'objet d'un recours pour excès de pouvoir[63].

Nous pouvons nous demander quelle est la force contraignante de ces recommandations de bonne pratique. Font-elles grief ? Peuvent-elles faire l'objet d'un recours pour excès de pouvoir ?

Dans un premier temps, le Conseil d'État a jugé irrecevable un recours dirigé contre une recommandation de bonne pratique de la HAS[64]. D'une part parce qu'elle n'avait aucun effet contraignant. D'autre part, parce que le ministre de la santé avait pris un arrêté en la matière. La Haute juridiction s'appuie en effet sur sa célèbre jurisprudence Duvignères[65] sur

---

[62] "la contention et l'isolement constituent des mesures de protection du patient et de son entourage dans l'unité de soins mais ne peuvent répondre à des impératifs d'ordre sécuritaire ou disciplinaire. en conséquence, lorsque des personnes détenues sont hospitalisées dans l'attente d'une place en unité hospitalière spécialement aménagée (UHSA), le recours à l'isolement et à la contention doit relever d'une nécessité médicale" Instruction no 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

[63] Conseil d'État, 1ère chambre, 12/07/2018, 412639, Inédit au recueil Lebon

[64] CE 12 Octobre 2009 Société Glaxosmithkline Biologicals req. n° 322784, RDSS 2010. 165, obs. C. Mascret
CE 26 septembre 2005 Conseil national de l'ordre des médecins req. n° 270234 , AJDA 2006. 308 , note J.-P. Markus ; RDSS 2006. 53, note D. Cristol

[65] CE sect. 18 déc. 2002, Mme Duvignères c/ Garde des Sceaux, ministre de la justice, req. n° 233618 : AJDA 2003. p. 487 , chron. F. Donnat et D. Casas - RFDA 2003. 280, concl. P. Fombeur et 510, note J. Petit

les circulaires pour expliquer sa position. Cet arrêt distingue, tout d'abord, les circulaires qui donnent seulement une interprétation des lois et règlements et qui n'ont donc aucun caractère impératif. De ce fait, elles ne font pas grief et ne peuvent pas faire l'objet d'un recours pour excès de pouvoir. De plus, selon le juge administratif, ces textes ne peuvent pas être invoqués par les administrés[66]. Ensuite, il existe les circulaires qui disposent de dispositions impératives à caractère général. Ces circulaires font grief et ce sont mêmes de véritables actes administratifs réglementaires. De ce fait, elles peuvent faire l'objet d'un recours pour excès de pouvoir devant le juge administratif.

Ainsi dans un arrêt Formindep du 27 avril 2011[67], le Conseil d'État affirme qu'une recommandation de bonne pratique émise par la HAS est susceptible d'un recours pour excès de pouvoir. Mais le juge administratif n'applique en aucun cas la jurisprudence Duvignères pour affirmer ses propos. En effet, la recommandation avait pour but de guider les praticiens sur le traitement approprié du diabète de type 2. Le juge administratif se fonde alors sur la notion des données acquises de la science pour affirmer son caractère réglementaire et la possibilité d'exercer un recours pour excès de pouvoir contre cet acte.

Les médecins ont l'obligation de respecter les données acquises de la science. En effet, selon R. 4127-32 du Code de la santé publique (soit l'article 32 du Code de déontologie médicale) « *le médecin s'engage à assurer personnellement au patient des soins consciencieux, dévoués et fondés sur les données acquises de la science* ». Ainsi, si le médecin ne respecte pas ces données acquises de la science, sa responsabilité disciplinaire pourra être engagée sur ce fondement. Or, dans un arrêt de 2005[68], le Conseil d'Etat a affirmé que les recommandations de bonne pratique issues de l'Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé (ANAES) (soit l'ancêtre de la HAS) peuvent être considérées comme des données acquises de la science. Donc cela revient à dire que les recommandations de bonne pratique issues de la HAS sont opposables aux médecins en ce qu'elles sont des données acquises de la science.

[66] CE 19 févr. 2003, Bresillon, n° 233694

[67] CE 27 avril 2011, Association Formindep, n° 334396, Lebon ; D. 2011. p. 2565 note Anne Laude ; RDSS 2011. p.483 obs. Jérôme Peigné ; AJDA 2011. p. 1326 obs. C. Landais

[68] CE 12 janvier 2005 Kerkerian req. n° 256001 : AJDA 2005. 1008 , note J.-P. Markus ; RDSS 2005. 496, obs. J. Moret-Bailly

La recommandation « Isolement et contention en psychiatrie générale » de février 2017 n'est pas rédigée de manière impérative en ce qu'elle utilise fréquemment la formule « il est recommandé que ». Ainsi elle ne peut avoir un caractère réglementaire au sens de la jurisprudence Duvignères. Néanmoins, il s'agit de données acquises de la science qui s'imposent aux professionnels de santé. Donc elle est source de responsabilité pour les médecins qui ne la respecteraient pas.

Grâce à celle-ci, en faisant référence spécifiquement aux personnes placées sous main de justice, le droit reconnaît la spécificité et l'importance de leur prise en charge.

II) Une organisation des soins s'adaptant au statut du détenu

Les personnes placées sous main de justice disposent d'une prise en charge particulière, l'UHSA en est un exemple (A). Néanmoins, malgré les efforts des pouvoirs publics, l'hospitalisation des détenus dans des conditions optimales s'avèrent quelquefois difficile (B).

A) Une organisation spécifique en trois niveaux présumée assurer des soins de qualité

L'organisation des soins des détenus se fait en trois niveaux[69]. Le premier niveau est dédié aux consultations médicales et aux examens médicaux. Ces soins sont effectués au sein des unités sanitaires de niveau 1[70]. Ensuite, le deuxième niveau est dédié aux hospitalisations à temps partiel. Les personnes placées sous main de justice sont alors prises en charge au sein d'une USMP (Unité Sanitaire en Milieu Pénitentiaire)[71]. Enfin, le troisième niveau concerne l'hospitalisation à temps complet qui est régi par l'article L. 3214-1 II. du CSP. Ainsi, les personnes détenues peuvent être hospitalisées au sein d'une UHSA[72], d'un UMD (Unité pour

[69] Guide méthodologique - Prise en charge sanitaire des personnes placées sous main de justice - Ministère de la justice et Ministère des solidarités et de la santé - Edition 2017
http://www.justice.gouv.fr/art_pix/Guide_Methodologique__Personnes_detenues_2012.pdf
[70] Ces unités sanitaires regroupent une partie des SMPR (Service Médico-Psychologique Régional) créés par le décret n° 86-602, du 14 mars 1986. Ils assurent la prévention, le diagnostic et les soins des troubles psychiques des personnes écrouées.
[71] Idem Chaque région dispose d'au moins une USMP dispensant des soins psychiatriques de niveau 2
[72] Créées par la Loi n° 2002-1138 du 9 septembre 2002 d'orientation et de programmation pour la justice

Malade Difficile), ou dans un établissement de psychiatrie habilité. Elles seront alors hospitalisées sous le régime D. 398 du Code de procédure pénale[73].

Les UHSA sont des unités hospitalières rattachées à un établissement de santé. La particularité de ces unités est que l'administration pénitentiaire est présente et assure le contrôle des entrées, des sorties et des transferts. Néanmoins, les surveillants pénitentiaires ne sont pas présents au sein de l'unité (sauf demande du personnel soignant). Ainsi, ces unités sont sécurisées par la garde de l'administration pénitentiaire. C'est pourquoi, au sein des UHSA, le recours à l'isolement est moindre que dans les établissements de santé "classiques". Les détenus peuvent y être hospitalisés avec ou sans leur consentement. Cependant, ces unités sont les seules à pouvoir accueillir une personne placée sous main de justice consentante aux soins[74]. La loi de 2002 d'orientation et de programmation pour la justice a supprimé le régime de soins sur demande d'un tiers concernant cette population. Ainsi, les soins sont dispensés sous le régime de la nécessité des soins[75].

Les personnes placées sous main de justice peuvent également être hospitalisées au sein d'une UMD. Ce type d'unité est spécialisée dans la prise en charge des patients dangereux , dangerosité, qui rend incompatible une hospitalisation au sein d'une unité classique.

---

[73] Article D.398 du Code de procédure pénale "Les détenus atteints des troubles mentaux visés à l'article L. 3214-3 du code de la santé publique ne peuvent être maintenus dans un établissement pénitentiaire.
Au vu d'un certificat médical circonstancié et conformément à la législation en vigueur, il appartient à l'autorité préfectorale de faire procéder, dans les meilleurs délais, à leur hospitalisation d'office dans un établissement de santé habilité au titre de l'article L. 3214-1 du code de la santé publique.
Il n'est pas fait application, à leur égard, de la règle posée au second alinéa de l'article D. 394 concernant leur garde par un personnel de police ou de gendarmerie pendant leur hospitalisation."

[74] Guide méthodologique - Prise en charge sanitaire des personnes placées sous main de justice - Ministère de la justice et Ministère des solidarités et de la santé - Edition 2017 page 180 déjà cité

[75] Article L3214-3 modifié par la loi n°2011-803 du 5 juillet 2011 - art. 5 "Lorsqu'une personne détenue nécessite des soins immédiats assortis d'une surveillance constante en milieu hospitalier en raison de troubles mentaux rendant impossible son consentement et constituant un danger pour elle-même ou pour autrui, le préfet de police à Paris ou le représentant de l'Etat dans le département dans lequel se trouve l'établissement pénitentiaire d'affectation du détenu prononce par arrêté, au vu d'un certificat médical circonstancié, son admission en soins psychiatriques sous la forme d'une hospitalisation complète dans les conditions prévues au II de l'article L. 3214-1. Le certificat médical ne peut émaner d'un psychiatre exerçant dans l'établissement d'accueil."

B) L'échec de l'adaptation de l'organisation des soins au statut de détenu

Malgré des efforts d'adaptation des structures sanitaires prenant en charge les personnes détenues atteintes de troubles psychiatriques, les conditions d'hospitalisation ne sont toujours pas optimales. En effet, les UHSA sont une bonne alternative en ce qu'elles essaient d'allier la sécurité (à la fois du personnel et du détenu) et la qualité des soins. Malgré cela, les hospitalisations dans ces unités doivent être programmées ce qui exclut toutes hospitalisations d'urgence[76]. Or, en psychiatrie, il est rare de pouvoir prévoir des épisodes de crises. Ainsi, en cas d'urgence, une personne placée sous main de justice sera forcément hospitalisée dans une unité classique d'un établissement de santé mentale, ce qui augmente le risque d'un placement en chambre d'isolement ou l'usage de moyen de contention sans nécessité médicale. D'autant plus que le nombre d'USHA en France reste faible. Effectivement, le programme de construction initial prévoyait 17 unités pour une capacité totale de 705 places. Ainsi, l'arrêté du 20 juillet 2010[77] avait prévu la première phase de construction de 9 UHSA soit 440 places, alors qu'au 1er juin 2018, 82 582 personnes sont écrouées en France[78]. Ce nombre de place est donc insuffisant au regard de la population carcérale actuelle et de la prévalence des troubles psychiatriques que l'on retrouve chez cette population.

De même, il existe actuellement 10 UMD qui disposent d'une capacité d'accueil de 530 patients mais qui n'accueillent pas seulement des personnes placées sous main de justice.

De ce fait, malgré des tentatives d'adaptation de l'organisation sanitaire au statut du détenu, ses efforts ne sont pas suffisants ce qui conduit à ce que ceux-ci soient encore hospitalisés au sein d'unité de psychiatrique classique et donc potentiellement de recourir à des moyens de contrainte tels que l'isolement et la contention sans nécessité médicale, ce qui peut engager la responsabilité des établissements.

[76] Panfili JM « L'hospitalisation sans consentement des détenus atteints de troubles mentaux : un dispositif dispositif incertain et controversé » - Droit Déontologie & Soin n°13 (2013) p, 9–15

[77] Arrêté du 20 juillet 2010 relatif au ressort territorial des unités spécialement aménagées destinées à l'accueil des personnes incarcérées souffrant de troubles mentaux JORF n°0175 du 31 juillet 2010 texte n° 28

[78] Statistique mensuelle des personnes écrouées et détenues en France - Situation au 1er juin 2018- Direction de l'administration pénitentiaire page 4
http://www.justice.gouv.fr/art_pix/mensuelle_juin_2018.pdf

Section 2: Une responsabilité croissante pesant sur les établissements

Le juge administratif accepte de contrôler les décisions de mise à l'isolement et de contention et ce de manière poussée (I). Les pouvoirs du juge dans ce domaine sont conséquents. C'est pour cela qu'il n'hésite pas à engager la responsabilité des établissements en cas de défaillance (II).

I) Le contrôle poussé du juge administratif

Le juge administratif possède un office assez large en la matière. En effet, il exerce un contrôle de proportionnalité sur la mesure de mise à l'isolement et/ou de contention (A). De plus, il n'exige plus la preuve d'une faute lourde pour engager la responsabilité de l'établissement (B).

A) Le contrôle classique de proportionnalité de la mesure

Dans l'hypothèse où un recours serait formé contre une décision de mise à l'isolement ou de l'utilisation de moyen de contention, le juge administratif examinerait la décision et effectuerait un contrôle afin de savoir si les faits sont de nature à justifier cette décision puis un contrôle de proportionnalité. En effet, ce type de contrôle avait été mis en place dans le fameux arrêt du Conseil d'Etat de 1933 Benjamin concernant le contrôle d'une mesure de police[79]. Dans cet arrêt, un maire avait interdit l'exercice de la liberté de réunion car des émeutes troublant l'ordre public auraient pu éclater. Le Conseil d'Etat censure alors cette décision au motif que les risques de troubles à l'ordre public n'étaient pas de nature à justifier l'interdiction de la réunion. Ainsi, la volonté de maintenir l'ordre public doit être mise en balance avec les libertés individuelles de chacun.

Ce contrôle de proportionnalité a déjà été utilisé par le juge administratif dans un cas de mise à l'isolement d'un détenu dans un établissement pénitentiaire (et non dans un établissement de santé). Ainsi, dans l'arrêt Section française de l'OIP de 2008, le juge du Conseil d'Etat a estimé que la mesure de placement à l'isolement d'un détenu ne pouvait

[79] CE 19 mai 1933 n° 17413, 17520 - Benjamin - Rec. Lebon p. 541

intervenir que "*sous le contrôle du juge de l'excès de pouvoir que dans l'hypothèse où elle est strictement nécessaire afin d'assurer la sécurité de l'établissement pénitentiaire ou des personnes*"[80]. Ainsi, transposé à la situation qui nous concerne, il est possible d'estimer que le juge administratif pourra user de son contrôle de proportionnalité pour vérifier que la décision de mise à l'isolement ou de l'utilisation de moyen de contention est "*strictement nécessaire*" et proportionnée à l'état de santé de la personne écrouée.

B) L'abandon de la faute lourde ouvrant les possibilités d'action contre les établissements

Le juge administratif a longtemps exigé une faute lourde de la part de l'administration pénitentiaire pour pouvoir engager sa responsabilité. C'est-à-dire une "faute grossière, manifeste" comme le définit Madame Nathalie Albert[81].

Néanmoins, depuis un arrêt Chabba de 2003[82], le juge du Conseil d'Etat a abandonné cette exigence pour des faits qui se sont déroulés dans un établissement pénitentiaire. En l'espèce, il s'agissait d'une multiplication de fautes de la part de l'établissement ayant conduit au suicide d'un détenu (absence de notification de la décision de prolongation de détention provisoire, véhémentes protestations pensant qu'il était détenu arbitrairement, absence de surveillance alors que le détenu était en état de détresse…). Cette jurisprudence a par la suite été confirmée mais dans le cas d'une faute concernant la suicide d'un mineur en détention [83]. Effectivement, la ronde de surveillance n'avait pas été effectuée et le mineur n'avait pas bénéficié d'un accompagnement particulier tenant compte de ses difficultés psychologique. En étendant ainsi son office, le juge administratif ne contrôle plus seulement les faits graves de l'établissement pénitentiaire. Il contrôle également les manquements aux obligations basiques du service public pénitentiaire. De plus, le juge administratif avait déjà abandonné l'exigence d'une faute lourde concernant les établissements psychiatriques de santé mentale dans un ancien arrêt de 1966 Sieur Hawezack[84].

[80] CE 17 décembre 2008 n° 293786 Section française de l'OIP
[81] Conseil d'Etat 23 mai 2003 — AJDA 2004. p, 157 N. Albert
[82] Idem
[83] CE 9 juillet 2007, n° 281205, Delorme, Rec. T. p. 1063 - RSC 2008. p, 404 note note Pierrette Poncela— D. 2008. p, 1015 Jean-Paul Céré ; AJDA 2007. p, 2094 obs. Hervé Arbousset
[84] CE Sect., 5 janvier 1966, Sieur Hawezack, Rec. p. 6

Ainsi, une personne placée sous main de justice hospitalisée et mise à l'isolement ou contentionnée au sein d'un EPSM pourrait engager la responsabilité de l'Etat pour faute simple et non pour faute lourde. Cela augmente alors les chances de succès devant le juge.

II) L'engagement de la responsabilité pour faute de l'établissement psychiatrique

Le juge administratif exige qu'il y ait une faute afin d'engager la responsabilité d'un établissement psychiatrique. Le plus souvent, il se fonde ainsi sur la mauvaise organisation du service public pour fonder sa décision (A). Néanmoins, il lui est aussi possible de se fonder la notion de dignité de la personne humaine à travers l'excès de souffrance subie par le patient (B).

A) La mauvaise organisation du service public hospitalier

L'hospitalisation des détenus en psychiatrie reste délicate comme le relève un arrêt de la Cour administrative d'appel de Nancy[85]. En l'espèce, il s'agissait d'un détenu mis à l'isolement qui a réussi à s'échapper et à voler un véhicule de service garé sur le parking de l'établissement : "*Considérant que le Centre hospitalier avait connaissance de ce que M. X... était un détenu pouvant présenter des risques, notamment de fuite ; que ce dernier a , pour ce motif, été placé dans une chambre d'isolement* ". Dans un premier temps, il est possible de remarquer que le juge relève que le détenu a été placé à l'isolement "pour ce motif", c'est-à-dire, en raison de son statut pénal et non d'une quelconque nécessité médicale. Néanmoins, ce détenu a réussi à s'enfuir de sa chambre d'isolement "par ruse". Dans un second temps, le juge relève que " *l'aménagement inapproprié des locaux constitue, dans les circonstances de l'espèce, un défaut d'organisation du service de nature à engager la responsabilité du centre hospitalier, alors même que ce dernier a pris toutes dispositions utiles pour signaler la fuite de M. X... à la police* ". Le juge administratif est alors très sévère avec les établissements psychiatriques en exigeant un niveau de surveillance élevé, jusqu'à vérifier l'aménagement des locaux de ces établissements. Ainsi, cela permet de comprendre pourquoi les

[85] CAA de Nancy – 5 mars 1992 – n° 90NC00699 - Inédit au recueil Lebon

établissements sont frileux à accueillir cette population et préfère ainsi ne pas prendre de risque et de les mettre à l'isolement de manière presque systématique. Néanmoins, le juge administratif refuse de passer à une responsabilité sans faute de l'établissement psychiatrique. En effet, il exige de prouver une faute dans l'organisation ou le fonctionnement du service.

B) L'engagement de la responsabilité de l'établissement en cas de souffrance excessive

Cette exigence d'obligation de sécurité au sein de l'établissement psychiatrique est à mettre en balance avec les droits des patients précédemment évoqués. En effet, le juge administratif n'hésite pas à s'y référer afin d'engager la responsabilité de l'hôpital en cas d'atteinte aux droits de l'homme (notamment à l'article 3 de la Convention EDH[86]). L'arrêt de 2015 de la Cour administrative d'appel de Marseille en est un exemple[87]. En l'espèce, un patient a été mis à l'isolement à plusieurs reprises. Ce patient dénonce alors les conditions dans lesquelles ces mises à l'isolement se sont déroulées (locaux insalubres, pas d'accès aux sanitaires…). Pour savoir si la mise à l'isolement est disproportionnée, le juge utilise un raisonnement proche de celui déjà évoqué et qui est utilisé en matière pénitentiaire[88]. En effet, le juge contrôle chaque mesure de mise à l'isolement et cherche à savoir, d'une part, si la mesure est nécessaire, d'autre part, si la mesure est proportionnée[89]. Etant donné qu'il reste difficile pour un patient de prouver que la mesure est nécessaire d'un point de vue médical, le juge administratif demande à l'établissement, et non au patient, de prouver cette

[86] Sur ce point voir « Le contrôle classique de proportionnalité de la mesure » page 32
[87] CAA de MARSEILLE, 2ème chambre - formation à 3, N° 13MA03115 Inédit au recueil Lebon
[88] Péchillon E, *Chambre d'isolement: quelle protection juridique du patient ?* SANTÉ MENTALE DÉCEMBRE 2015 n°203 - p.10
[89] Voir partie "caractère proportionné de la mesure"

nécessité[90]. En plus de ce caractère nécessaire, le juge contrôle aussi les conditions dans lesquelles cette mise à l'isolement se passe. En effet, même s'il s'agit d'un dispositif de soin à part entière, l'établissement de santé ne peut ignorer le respect des droits fondamentaux des patients. En l'espèce, le juge administratif a considéré que ces conditions étaient contraires à l'article 3 de la Convention EDH : « *s'il (...) n'existe aucune norme spécifique relative aux chambres d'isolement, cette circonstance est sans influence sur l'obligation générale qui pèse sur les établissements de soins, et tout particulièrement sur ceux d'entre eux qui sont amenés à accueillir des patients fragilisés par des troubles mentaux, de respecter leur dignité et de veiller à ce que les modalités d'exécution des mesures de placement en chambre d'isolement ne les soumettent pas à une épreuve qui excède le niveau de souffrance inhérent à toute mesure d'isolement non librement décidée* ». Il condamne donc l'établissement à verser 1500 de dommages et intérêts au patient.

Selon Monsieur PECHILLON: *"La judiciarisation croissante autour de la chambre d'isolement va de fait entraîner davantage de recours sur ce sujet dans les années à venir"*[91]. Effectivement, il existe actuellement une faiblesse des recours sur ces mauvaises conditions de mise à l'isolement et de contention. Néanmoins, avec les évolutions récentes de l'encadrement de ces mesures (loi LMSS de 2016, recommandation de bonne pratique de la HAS…) il est fort à parier que les recours pourront augmenter. Nous sommes, encore, dans un droit très récent et le législateur ne s'est réellement emparé de l'encadrement de ces pratiques que trop récemment pour déjà y voir une montée des recours en justice. Pourtant, il existe bel et bien des disparités de traitement envers les personnes écrouées.

---

[90]CAA de Marseille précédement cité - sur le renversement de la charge de la preuve: « qu'outre les séjours effectués dans le cadre d'une hospitalisation d'office mentionnés au point 2, au cours desquels il a été retenu en chambre d'isolement les 7 et 16 septembre 1999, 2, 3 et 4 novembre 1999 et 21 août 2004, M. D... a été hospitalisé sur demande d'un tiers du 24 septembre 1994 au 6 octobre 1994, du 28 avril 1995 au 17 mai 1995, du 1er décembre 1995 au 6 juin 1996, du 20 décembre 1996 au 5 mars 1997, du 7 août 1998 au 22 septembre 1998; qu'au cours de ces derniers séjours, il a été placé en chambre d'isolement, à tout le moins, les 24 septembre 1994, 4, 6, 11, 26 et 27 décembre 1995, 25, 26 et 30 décembre 1996 et le 8 août 1998; que les éléments versés aux débats et établis par le centre hospitalier ne permettent pas de déterminer la durée de chacune de ces périodes, alors que les enregistrements de l'heure de début et de fin d'une mesure d'isolement sont des éléments essentiels que seul l'hôpital est en mesure de communiquer, un tel enregistrement reflétant d'ailleurs le souci de l'institution de ne prolonger la mesure qu'autant qu'elle s'avère nécessaire et de la reconsidérer régulièrement; qu'il ne saurait par suite être déduit de l'absence d'information relative à la durée du placement en chambre d'isolement qu'elle a été très brève; que si le centre hospitalier indique que la mesure n'a pas duré plus d'une journée ou d'une nuit, cette affirmation n'est pas corroborée par la production d'un document faisant apparaître les durées précises de chaque période d'isolement; qu'au demeurant, il ressort des documents versés aux débats par l'hôpital qu'à au moins trois reprises, les dates au cours desquelles M. D... a été placé en isolement sont consécutives, de sorte qu'il ne saurait être exclu que son séjour ait excédé une journée. »

[91] Péchillon SANTÉ MENTALE n°203 du DÉCEMBRE 2015 préc.

Partie 2: Une pratique montrant des disparités de traitements liés au statut de détenu

En dépit d'une réglementation de plus en plus stricte sur la pratique de l'isolement et de la contention et un droit d'accès à la santé comme tout autre personne, les personnes placées sous main de justice souffrent d'une inégalité de traitement. Même s'il est vrai que ces dernières ne peuvent être hospitalisées en milieu ouvert, elles n'ont pas à faire l'objet d'un tel traitement qui ne respecte pas leurs droits. Ces pratiques sont d'ailleurs régulièrement dénoncées par divers acteurs du système de santé mais cela sans réel impact et aucune amélioration n'est visible ce jour (chapitre 1). Pourtant, l'usage des contentions et du recours à la chambre d'isolement de manière abusif sont explicables, la société sécuritaire y joue pour beaucoup. Cette situation dégrade la qualité des soins qui sont prodigués aux détenus qui préfèrent parfois retourner en détention plutôt que d'être soignés. Pourtant, il existe des alternatives qui sont mêmes prévues par la loi et qui sont pour certaines d'entre elles réservées aux détenus et pour d'autres prévues de manière commune à tous les patients. De même, il serait aussi possible d'agir pendant la prise en charge et en aval (via notamment la prévention) pour éviter ces pratiques (chapitre 2).

Chapitre 1: L'absence de nécessité médicale lors de l'isolement et de la contention

Les soins psychiatriques des détenus au sein d'établissements de santé mentale sont souvent mis en exergues dans divers rapports de différents autorités et organismes. En effet, de nombreux rapports dénoncent l'abus de la contention et de la mise en chambre d'isolement et ce spécifiquement concernant cette population. Malgré ce constat, qui date déjà de plusieurs années, les pratiques restent les mêmes alors qu'il s'agit d'un enjeu important qu'il faudrait prendre en compte (section 1). Néanmoins, ce constat s'explique. Ainsi, l'attrait pour la sécurité et les contraintes liées au secteur de la psychiatrie y jouent pour beaucoup (section 2).

Section 1: L'amélioration de la prise en charge : un enjeu à prendre en compte

Hospitaliser une personne privée de sa liberté au sein d'un établissement de santé mentale reste délicat en raison du risque de fugue. Il est vrai qu'elle ne peut être hospitalisée au sein d'un service ouvert (I). Cependant, ces personnes n'ont pas à faire l'objet d'un tel traitement abusif. Malgré un constat énoncé à de nombreuses reprises, peu d'études de grande ampleur s'intéressent à ce problème (II).

I) L'impossible hospitalisation des détenus dans une unité classique: un avis partagé

Le recours à l'isolement et à la contention de manière abusive chez les personnes écrouées est un constat qui est déjà évoqué depuis plusieurs années (A). Même si un encadrement plus strict est intervenu avec la loi Touraine, il est encore tôt pour en mesurer les conséquences (B).

A) Le triste constat d'une pratique déjà ancienne

Les soins psychiatriques des personnes placées sous main de justice font l'objet de beaucoup d'écrits que ce soit de comités éthiques, de juristes, des professionnels de santé, d'agences sanitaires… Les pratiques de mise à l'isolement et l'utilisation des moyens de contention n'en font pas exception. En effet, plusieurs écrits critiquent l'utilisation de ces dispositifs de soins concernant cette population du seul fait qu'ils soient écroués. L'article D.398 du Code pénal interdit, effectivement, la mise en place d'une garde par un personnel de police. Ainsi, les soignants se retrouvent à jouer le rôle de surveillant pénitentiaire, ce qui n'est évidemment pas de leur ressort. Les personnes placées sous main de justice sont alors le plus souvent contentionnées et mises à l'isolement. A titre d'exemple, le Comité de prévention de la torture du Conseil de l'Europe, dans un rapport de 2010, indique que " *Ces patients étaient presque systématiquement mis en chambre d'isolement pendant toute la durée de leur hospitalisation, généralement sous contention complète pendant les premières 48 heures, voire pendant tout leur séjour. Cette mesure était dictée par des considérations de sécurité et non par leur état clinique*"[92]. Ce problème est donc bien une réalité. Monsieur VIOUJAS, dénonce lui aussi, en 2011 cet état de fait[93]. A la même période, l'ancien CGLPL, Monsieur DELARUE, exposait lui aussi cette situation[94] et estime que le principe *"d'adaptation des soins aux caractéristiques du détenu"* est bafoué. De plus, ce dernier relève que les établissements qui n'abusent pas du recours à l'isolement pour ce type de population n'enregistrent pas une augmentation du nombre de fugue. Bien que satisfaisant, ce constat reste critiquable puisqu'un rapport de l'IGAS de 2011 dénombre 199 évasions en hospitalisation d'office (actuellement SDRE) au sein d'un établissement de santé mentale, soit

[92] 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 page 76 https://rm.coe.int/1680696082

[93] "Pour limiter ce risque, dans un contexte de médiatisation croissante des fugues, des mesures plus rigoureuses sont adoptées à l'encontre des détenus hospitalisés : placement systématique en chambre d'isolement même sans motif thérapeutique, contentions, interdiction des promenades ou des visites... Il n'est ainsi pas rare que les détenus préfèrent revenir rapidement en prison, où les conditions de vie apparaissent moins difficiles" -– RDSS 2011 Vincent Vioujas. p. 1071

[94] "La pratique très générale qui consiste à mettre nécessairement, quel que soit leur état de santé, les détenus hospitalisés d'office (article D. 398 susmentionné du code de procédure pénale) en chambre d'isolement (sécurisée) et, surtout, à les y maintenir pendant toute la durée de leur hospitalisation, alors même qu'ils seraient consentants aux soins et alors qu'aucune justification médicale ne peut être invoquée pour un tel maintien, appelle également de sérieuses réserves" - Avis du 15 février 2011 du Contrôleur général des lieux de privation de liberté relatif à certaines modalités de l'hospitalisation d'office NOR: CPLX1107435V

un ratio quatre fois supérieur à la normale[95]. Enfin le Sénat dénonce aussi cette situation dans l'un de ses rapports[96]. Malgré ces différents avertissements, la situation reste telle quelle aujourd'hui.

B) Un constat encore actuel malgré un encadrement juridique plus strict

Encore récemment, le CGLPL a dénoncé, à plusieurs reprises, l'usage presque systématique de la mise à l'isolement et des moyens de contention envers les personnes écrouées. Ainsi, dans un rapport de 2016, il indique que "*Ce régime de réclusion rigoureuse, qui fait prévaloir le statut de détenu sur la nécessité clinique, conduit régulièrement le patient à demander son retour en détention avant que son état ne le justifie*"[97]. Puis lors d'une visite du centre psychothérapique de l'Ain, le CGLP relève que les détenus sont systématiquement hospitalisés au sein d'une unité pour « malades agités ». Ainsi, il relève que dans le meilleur des cas, le patient n'est enfermé que 19 heures par jour dans sa chambre. De plus, il relève que les personnes écrouées sont systématiquement contentionnées jusqu'au premier entretien avec le psychiatre et qu'une *« inspection des parties génitales à des fins de sécurité est pratiquée sur le patient attaché* »[98]. Ce qui est bien évidemment attentatoire à la dignité de la personne humaine. Ces écrits étant tombés seulement quelques mois après l'adoption de la loi LMSS du 26 janvier 2016, il est difficile de savoir si l'encadrement plus sévère de ces pratiques par le législateur a eu un impact concret sur la situation des personnes placées sous main de justice. D'autant plus que la HAS, dans une recommandation de bonnes pratiques de 2017 a elle aussi dénoncé ces utilisations abusives[99]. Il en va de même pour la DGOS[100]

[95] IGAS, Analyse d'accidents en psychiatrie et propositions pour les éviter, , n° RM2011-071P, mai 2011, p. 40-41

[96] "Mais l'aspect le plus critiquable de la prise en charge des détenus atteints de troubles mentaux est sans aucun doute la manière dont ils sont accueillis au sein des hôpitaux psychiatriques lorsqu'une hospitalisation est nécessaire. Réalisée sans leur consentement, cette hospitalisation se déroule le plus souvent, pour des raisons de sécurité, en chambre d'isolement, le détenu étant parfois entravé sans que son état médical le justifie." – Sénat, rapport d'information du 5 mai 2010 sur « la prise en charge des personnes atteintes de troubles mentaux ayant commis des infractions » page 53

[97] Rapport du 14 avril 2016 du CGLPL Isolement et contention dans les établissements de santé mentale page 13

[98] Recommandations en urgence du Contrôleur général des lieux de privation de liberté du 8 février 2016 relatives au centre psychothérapique de l'Ain (Bourg-en-Bresse), NOR : CPLX1605078X

[99] "Cependant, dans la pratique, certains détenus sont hospitalisés au sein de services de psychiatrie générale. Quel que soit le lieu d'hospitalisation, le recours à l'isolement relève d'une nécessité médicale" - Recommandation de bonne pratique « Isolement et contention en psychiatrie générale » février 2017 page 10

[100] Instruction, NOR : AFSH1710003J 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

puisque dans une instruction celle-ci rappelle que ces mesures ne sont possibles qu'en cas de nécessité médicale: "*La contention et l'isolement constituent des mesures de protection du patient et de son entourage dans l'unité de soins mais ne peuvent répondre à des impératifs d'ordre sécuritaire ou disciplinaire. En conséquence, lorsque des personnes détenues sont hospitalisées dans l'attente d'une place en unité hospitalière spécialement aménagée (UHSA), le recours à l'isolement et à la contention doit relever d'une nécessité médicale*".

On ne sait donc pas encore si l'encadrement plus strict de l'utilisation de ces dispositifs a eu oui ou non des impacts concrets sur la restriction de ces mesures, d'autant plus qu'il n'existe que peu d'études dans ce domaine.

II) Des études nécessaires afin de faire respecter les droits patients

La prison et les établissements psychiatriques sont souvent perçus par la société comme étant des sujets difficiles à aborder. Entre autres, peu d'études de grande envergure s'intéressent aux troubles psychiatriques des détenus et à l'usage des moyens de contraintes (A). Ces lieux peuvent même parfois être considérés comme des lieux de non-droits (B).

A) La faiblesse des études statistiques des troubles psychiques et des moyens de contraintes

Malgré ce constat alarmant, les études dans le domaine se font rares et ce à double niveau. D'une part, lors de la commission des lois du 21 mars 2018[101], Monsieur le député Stéphane Mazars a dénoncé la rareté des études sur les pathologies psychiatriques des détenus. Il rappelle alors que la dernière enquête d'envergure a été publiée en 2006 sur des données de 2003[102]. D'autre part, Monsieur le député Denys ROBILIARD, dénonçait déjà en 2013, que les statistiques sur le recours à l'isolement et à la contention étaient rares*: " Les statistiques dans ce domaine sont rares et aucun suivi n'existe au niveau national, comme l'a*

[101] Rapport du Député Stéphane Mazars sur les conditions de détention en France http://videos.assemblee-nationale.fr/video.5722529_5ab278a3944ba.commission-des-lois--conditions-de-detention-en-france-21-mars-2018 consulté le 7 août 2018

[102] Etude conduite sous la direction scientifique de Bruno Falissard avec Frédéric Rouillon, Anne Duburcq, Francis Fagnani. Voir une partie de l'étude: https://www.senat.fr/rap/r09-434/r09-4342.html#fnref37 consulté le 1 août 2018.

rappelé M. Joseph Halos, président de l'Association des directeurs d'établissements participant au service public de santé mentale (ADESM)"[103]. Néanmoins et ce, malgré la faiblesse des études, il s'agit d'un constat avéré. Or, des enquêtes d'envergure permettraient de comprendre, dans un premier temps, quelles pathologies psychiatriques nous retrouvons en détention et à quel niveau de prévalence. Dans un second temps, il serait possible d'étudier les taux de recours à l'isolement et à la contention, en particulier concernant cette population, afin d'en tirer les conséquences et de déterminer des actions dans le but d'améliorer la prise en charge psychiatrique des personnes écrouées. Le CGLPL relève lui-même dans son rapport de 2016 que "*Les autorités sanitaires ne disposent d'aucun outil fiable pour quantifier le recours à l'isolement et à la contention*"[104]. Le CGLPL poursuit et explique que même si l'ATIH (Agence Technique de l'Information sur l'Hospitalisation Hospitalière) effectue des statistiques dans ce domaine, la fiabilité des résultats ne peut être assurée de manière totale puisque "*les informations ne sont pas correctement saisies, (et) parce que le système d'information de l'ATIH ne prévoit pas d'enregistrer les isolements effectués ailleurs que dans les chambres prévues à ce strict effet*". Enfin, il relève également que les statistiques concernant la contention sont très rares.

La faiblesse de ces études est d'autant plus préjudiciable que, bien souvent, les établissements de santé mentale et les établissements pénitentiaires sont des lieux où des atteintes aux droits des personnes et des malades sont subies.

[103] Rapport d'Information de la commission des Affaires sociales en conclusion des travaux de la mission sur la santé mentale et l'avenir de la psychiatrie, présenté par M. D. ROBILIARD, Député, et déposé le 18 décembre 2013, Assemblée Nationale, N°1662,

[104] Rapport du CGLPL 2016 Isolement et contention dans les établissements de santé mentale

B) La prison et l'établissement psychiatrique : des zones de non droit ?

Le CCNE, d'abord, dénonce, dans son avis n°94 que la prison est une zone de " *de non-respect de l'accès aux soins, de la protection de la santé et de la dignité de la personne détenue, et notamment de la personne malade, handicapée ou en fin de vie*[105]". Il rappelle à cette occasion que la société d'aujourd'hui oublie le plus souvent le sens de la peine, le sens de l'emprisonnement. Les personnes placées sous main de justice sont, en effet, amenées à sortir de détention, le but de l'emprisonnement étant aussi de "transformer" et de "réintégrer". Les personnes placées sous main de justice, parce qu'elles subissent une peine privative de liberté, ne sont pas considérées comme des malades, comme des patients. Le CCNE poursuit en affirmant que "*la « folie » dont on sait pourtant qu'elle n'est rien d'autre qu'une maladie difficile à vivre et à guérir « à cessé d'être innocente ». Et ceux qui en sont atteints ont perdu leur statut de malades*". Malgré quelques évolutions, du chemin reste à parcourir pour que le détenu soit un sujet de droit à part en entière.

Un constat similaire peut être dressé au sein des services de psychiatrie en France, de nombreux et récents rapports du CGLPL en témoignent[106]. Il n'est en effet pas rare que les droits des patients ne soient pas respectés dans de tels établissements. A titre d'exemple, le rapport du CGLPL de 2016 concernant sa visite du Centre psychothérapique de l'Ain, relate un recours à l'isolement et à la contention bien supérieur à la normal[107]. La vulnérabilité des patients souffrant de troubles psychologiques explique sûrement l'absence de contestation de leur part, comme l'explique le CGLPL dans ces recommandations : "*Les contrôleurs ont constaté que de nombreux patients s'étaient résignés à leur enfermement, convaincus par le discours médical qu'il était le seul moyen de les apaiser*". Ainsi une personne placée sous main de justice souffrant de troubles psychotiques est vulnérable à double titre, ce qui explique possiblement la faiblesse des actions en la matière.

[105] CCNE Avis n° 94 La santé et la médecine en prison du 26/06/2016 page 4

[106] Recommandations en urgence du 1er février 2018 de la Contrôleure générale des lieux de privation de liberté relatives au centre hospitalier universitaire de Saint-Etienne (Loire) voir la partie 2 sur "Une pratique générale d'isolement et de contention dans les unités d'hospitalisation complète ne répondant pas aux exigences législatives et réglementaires "

[107] Recommandations en urgence du Contrôleur général des lieux de privation de liberté du 8 février 2016 relatives au centre psychothérapique de l'Ain (Bourg-en-Bresse) voir le 3e

Constater l'usage abusif de ces moyens de contrainte est une étape essentielle à l'amélioration de la prise en charge des personnes écrouées. Mais l'expliquer permet de comprendre les sources de ce problème et de pouvoir trouver des solutions viables.

Section 2: Les explications possibles d'une prise en charge détériorée

L'usage presque systématique des moyens de contraintes chez les personnes placées sous main de justice peuvent être expliquées par divers arguments. Le premier s'inscrit dans un mouvement croissant de sécurisation de la société au profit d'une perte de droits et de libertés (I). Le deuxième s'inscrit dans un contexte de "crise de la psychiatrie" et des contraintes des établissements de santé mentale (II).

I) La sécurisation de la société source des décisions en psychiatrie

La société d'aujourd'hui ressent de plus en plus le besoin de se sentir en sécurité. Cette nécessité peut être véhiculée par l'image que donne les médias des personnes souffrant de troubles psychotiques , d'une part (A), et d'un amalgame entre dangerosité criminelle et dangerosité psychiatrique, d'autre part (B).

A) Le malade en psychiatrie considéré comme dangereux pour la société

Les établissements de santé mentale souffrent, depuis déjà de nombreuses années, d'une mauvaise image de l'opinion publique. Certaines affaires concernant ces patients sont en effet très médiatisées, ce qui conduit à une certaine stigmatisation des personnes hospitalisées dans de tels établissements. On retiendra par exemple l'affaire "Romain Dupuy" appelée aussi "Drame de Pau" de 2004 où un ancien patient a décapité et poignardé une infirmière et une aide-soignante. Ce même patient a d'ailleurs été déclaré irresponsable pénalement de ses actes[108]. Une autre affaire a été très médiatisée en 2008, elle aussi, où un

[108] Voir sur ce point l'affaire « Romain Dupuy » sur https://fr.wikipedia.org/wiki/Affaire_Romain_Dupuy

patient d'un établissement de santé mentale, ayant fugué lors d'une promenade dans le parc, a poignardé un étudiant. Cet homme avait déjà commis trois agressions à l'arme blanche les années précédentes[109]. L'hyper-médiatisation de ces diverses affaires entraînent un climat de méfiance et de défiance envers ces personnes. C'est bien pour cela que Monsieur Nicolas Sarkozy, alors Président de la République, lors de son discours d'Antony en 2008 (après le dernier drame évoqué ci-dessus) a tenu les propos suivants : " *Il faut pas avoir peur de la psychiatrie et de l'hôpital psychiatrique. C'est un besoin. C'est une nécessité. (...) et qu'on n'a pas besoin de changer de trottoir quand on passe à côté d'un hôpital psychiatrique*"[110]. Ces propos montrent bien que pour la société d'aujourd'hui, les établissements de santé mentale font peur…D'autant plus que les chiffres le montrent, ces personnes souffrant d'une pathologie psychiatrique ne sont pas plus responsables d'actes violents que les personnes lambda. Au contraire, la HAS précise même que les patients atteints de troubles de l'humeur ou de troubles schizophréniques ne sont responsables que de 3 à 5 % des actes violents. Elle précise aussi qu'il s'agit très rarement d'actes de violences graves (un homicide sur vingt)[111].

Ce discours présidentiel se veut d'ailleurs très sécuritaire : "Il faut plus de sécurité et de protection dans les hôpitaux psychiatriques". Ainsi, il propose de rédiger un plan de sécurisation des hôpitaux psychiatriques. Diverses mesures sont alors évoquées : bracelet de géolocalisation pour les malades dangereux, contrôle des entrées et des sorties renforcé, construction d'unité fermées. Il propose également la création de chambres d'isolement supplémentaires : *"Nous allons aménager 200 chambres d'isolement. Ces chambres à la sécurité renforcée seront destinées aux patients qui peuvent avoir des accès de violence envers le personnel".* Il est important de noter que ces chambres sont à utiliser en cas de violence envers le personnel. Quant est-il de la protection de la personne contre elle-même, de la prévention du risque suicidaire… Ce discours fait du malade souffrant de troubles psychiatriques une personne dangereuse dont il faut réduire les libertés individuelles, notamment la liberté d'aller et venir, au profit de la sécurité.

---

[109] Un déséquilibré poignarde mortellement un étudiant à Grenoble, le Monde, le 13 novembre 2006

[110] Allocution de Nicolas Sarkozy à Antony. Le texte officiel du discours présidentiel », Journal français de psychiatrie, vol. 38, no. 3, 2010, pp. 25-27.

[111] HAS – Actualités & Pratiques, Violence hétéro-agressive en psychiatrie : les facteurs de risque et les signes d'alerte à repérer – N° 33 2012 https://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_1122030/fr/violence-hetero-agressive-en-psychiatrie-les-facteurs-de-risque-et-les-signes-d-alerte-a-reperer

Une personne souffrant de ces pathologies est alors considérée comme dangereuse pour la société mais si en plus cette personne fait l'objet d'une mesure d'emprisonnement, celle-ci sera alors considérée comme plus dangereuse, et donc l'utilisation de moyens de contrainte sera indiquée alors même qu'il n'y a pas de nécessité médicale.

B) La distinction essentielle entre dangerosité psychiatrique et la dangerosité criminelle

Ce qui anime le recours à l'isolement et à l'utilisation de moyens de contention est bel et bien la notion de dangerosité. Le concept de dangerosité est apparu avec Garofalo dans son ouvrage de 1885 *La Criminologie : étude sur la nature du crime et la théorie de la pénalité*. La HAS rappelle alors, dans un rapport d'orientation de 2011, la définition du mot dangerosité. Selon la Haute autorité, il s'agit alors de ce qui "*renvoie au caractère dangereux, le terme « dangereux » étant défini comme ce qui constitue un danger. Le danger est ce qui menace ou compromet la sûreté, l'existence de quelqu'un ou de quelque chose*."[112]. Ainsi, un patient placé sous main de justice est considéré comme dangereux puisqu'il menace la sûreté de l'établissement en particulier et de la société en général.

Mais il convient de distinguer deux catégories de dangerosité, qu'il ne faut pas confondre. D'une part, la dangerosité criminelle et, d'autre part, la dangerosité psychiatrique. Tout d'abord, la dangerosité psychiatrique est définie par la HAS comme étant une *« manifestation symptomatique liée à l'expression directe de la maladie mentale »*[113]. De plus, la commission santé-justice des ministères de la santé et de la justice définit la dangerosité psychiatrique comme un "*risque de passage à l'acte principalement lié à un trouble mental, et notamment au mécanisme et à la thématique de l'activité délirante*"[114]. Ainsi, à travers ces deux définitions, nous pouvons voir que la dangerosité psychiatrique est liée de manière totale à la pathologie du patient. A contrario, la HAS définit la dangerosité criminelle comme « *prenant en compte l'ensemble des facteurs environnementaux et situationnels susceptibles*

[112] HAS Audition publique – Rapport d'orientation de la commission d'audition - Dangerosité psychiatrique : étude et évaluation des facteurs de risque de violence hétéro-agressive chez les personnes ayant des troubles schizophréniques ou des troubles de l'humeur - Mars 2011 page 4

[113] HAS Rapport d'orientation de la commission d'audition précité page 4

[114] BURGELIN JF, Rapport de la commission Santé-Justice - Santé, justice et dangerosités : pour une meilleure prévention de la récidive - juillet 2005 page 10

de favoriser l'émergence du passage à l'acte ». Une autre définition est aussi éclairante, il s'agirait alors d'« *un phénomène psychosocial caractérisé par les indices révélateurs de la grande probabilité de commettre une infraction contre les personnes ou les biens* »[115]. La dangerosité criminelle n'est alors pas du tout liée à une pathologie mais à des facteurs sociaux et environnementaux. Ainsi, la décision de l'établissement de santé (qui peut être influencée par l'administration pénitentiaire ou le préfet) de mettre à l'isolement les personnes placées sous main de justice voire de les contentionner doit être basée sur la dangerosité psychiatrique et non criminelle. Mais il existe de nos jours un amalgame important entre ces deux notions, qui n'ont pourtant pas la même source. Or, le personnel soignant ne peut juger de la dangerosité criminelle d'un détenu et cette dangerosité ne peut en aucun cas justifier une mise à l'isolement, du moins, sans rechercher d'autres alternatives[116].

Outre la recherche de sécurisation de la société, il est aussi possible d'expliquer le recours abusif à ces procédés du fait de contraintes qui sont inhérentes à l'hospitalisation d'une telle population en psychiatrie.

II) Des contraintes inhérentes à l'hospitalisation en établissement de santé mentale

Le recours à ces pratiques peut sans doute être expliqué par le phénomène récent d'engagement de la responsabilité pénale de psychiatres d'établissement de santé (A). Mais les conditions de prise en charge dans les unités de soins peuvent aussi expliquer ce constat (B).

A) La controversée responsabilité pénale des psychiatres

La mise à l'isolement et la contention, des personnes placées sous main de justice, mais aussi de manière générale sur tous les autres patients, doit être décidée par un psychiatre à travers une prescription médicale. Il en va de même pour les permissions de sorties. Ainsi, quand un patient fugue et commet des atteintes aux biens ou à la personne, le

[115] Rapport d'information Assemblée nationale, n°1718, du 7 juillet 2004, sur *le traitement de la récidive des infractions pénales*, p. 45. Définition donnée par Christian DEBUYST

[116] Voir sur ce point Des alternatives classiques à spécifiques aux moyens de contrainte page 57

psychiatre peut voir sa responsabilité pénale engagée sur le fondement de l'article 121-3 du Code pénal issu de la loi Fauchon du 10 juillet 2000[117]. En effet, lorsqu'une personne physique est indirectement auteure d'une infraction, celle-ci peut voir sa responsabilité engagée en cas de faute délibérée ou caractérisée. L'auteur indirect est défini par le code pénal comme les personnes qui n'ont " *pas causé directement le dommage, mais qui ont créé ou contribué à créer la situation qui a permis la réalisation du dommage ou qui n'ont pas pris les mesures permettant de l'éviter*". Ainsi, la faute délibérée se définit comme étant la violation "*manifestement délibérée une obligation particulière de prudence ou de sécurité prévue par la loi ou le règlement*" et la faute caractérisée étant la faute " *qui exposait autrui à un risque d'une particulière gravité qu'elles ne pouvaient ignorer*".

Dans un jugement du tribunal correctionnel de Marseille du 18 décembre 2012, un psychiatre avait été jugé coupable d'homicide involontaire alors qu'un patient avait fugué et poignardé le compagnon de sa grand-mère. Pour se faire, les juges ont relevé plusieurs fautes notamment une absence de soins adéquats et en "négligeant les avis multiples et concordants émanant de ses confrères". Cette accumulation de faute constituant, pour le tribunal, des fautes caractérisées[118]. En effet, cette faute expose bien autrui à un risque d'une particulière gravité (en l'espèce la mort). Même s'il est vrai que l'absence d'ignorance du risque reste discutable en psychiatrie tant le comportement des malades peut être imprévisible. Néanmoins, cette décision a été cassée en appel pour une question de prescription de l'action publique[119]. Par la suite, le tribunal correctionnel de Grenoble a condamné un psychiatre pour homicide involontaire le 14 décembre 2016 en précisant qu'il s'agissait d'une faute caractérisée[120]. Les juges en l'espèce retiennent que le psychiatre n'avait pas suffisamment

---

[117] Article 121-3 alinéa 3 et 4 Modifié par Loi n°2000-647 du 10 juillet 2000 - art. 1 JORF 11 juillet 2000 " "Il y a également délit, lorsque la loi le prévoit, en cas de faute d'imprudence, de négligence ou de manquement à une obligation de prudence ou de sécurité prévue par la loi ou le règlement, s'il est établi que l'auteur des faits n'a pas accompli les diligences normales compte tenu, le cas échéant, de la nature de ses missions ou de ses fonctions, de ses compétences ainsi que du pouvoir et des moyens dont il disposait.
Dans le cas prévu par l'alinéa qui précède, les personnes physiques qui n'ont pas causé directement le dommage, mais qui ont créé ou contribué à créer la situation qui a permis la réalisation du dommage ou qui n'ont pas pris les mesures permettant de l'éviter, sont responsables pénalement s'il est établi qu'elles ont, soit violé de façon manifestement délibérée une obligation particulière de prudence ou de sécurité prévue par la loi ou le règlement, soit commis une faute caractérisée et qui exposait autrui à un risque d'une particulière gravité qu'elles ne pouvaient ignorer."

[118] Tribunal correctionnel de Marseille- Jugement du 18 décembre 2012 n° 08000450026

[119] Cour d'appel d'Aix-en-Provence, 7e ch. A, 31 mars 2014, n° 150/2014 - RDSS 2014. p. 919 Mathias Couturier

[120] Anne PONSEILLE *Brèves remarques sur un nouveau cas d'engagement de la responsabilité pénale d'un psychiatre à la suite d'un meurtre commis par un patient* - Revue droit & santé n°77 mai 2017 Droit pénal de la santé page 316 à 366

consulté le dossier médical du patient afin de fonder la décision de permission de sortie. Cette décision a d'ailleurs été récemment confirmée en appel[121].

Ces décisions font alors peser sur le médecin psychiatre une lourde responsabilité, d'autant plus qu'il s'agit ici d'une responsabilité personnelle impliquant une procédure pénale pouvant être particulièrement traumatisante pour ces professionnels de santé. Ainsi, il est possible que ce récent mouvement jurisprudentiel influence les médecins psychiatres à privilégier le recours à l'isolement et/ou contention, en particulier pour les personnes détenues, sous peur de voir leur responsabilité engagée. Cependant, il est important de nuancer la teneur de ces décisions puisque dans ces deux espèces, les juges ont relevé des fautes professionnelles particulièrement graves impliquant un défaut de prise en charge important. Par une lecture a contrario, nous pouvons imaginer que ces psychiatres n'auraient pas vu leur responsabilité engagée s'ils avaient tout mis en œuvre pour éviter ces drames. Il n'est en effet nullement question de faire peser sur eux une obligation de résultat. D'autant plus que ces pratiques sont aussi le fait de contraintes du fait même du fonctionnement des unités de soins au sein desquelles les détenus sont hospitalisés.

B) Des contraintes liées au fonctionnement des unités de soins

Des contraintes inhérentes à l'hospitalisation au sein d'un établissement de santé mentale impliquent, effectivement, un recours abusif de ces pratiques. Tout d'abord, la fonction publique hospitalière et en particulier la fonction soignante est largement féminisée. En effet, comme le montre un rapport présenté au premier ministre par Madame la Députée Descamps-Crosnier, 88% des aides-soignants sont des femmes et près de 87% des infirmiers sont des femmes[122]. Cette féminisation peut parfois impliquer des difficultés d'organisation du service en cas de patients, qui en crise, peuvent être violents. Or, les personnes placées sous main de justice peuvent être vues comme des personnes violentes, ce pourquoi, elles sont davantage mises à l'isolement voire contentionnées. De plus, le secteur de la psychiatrie

[121] La condamnation de l'ancien psychiatre du CH Alpes-Isère à 18 mois de sursis est confirmée en appel - Publié le 15/05/18 - Caroline Cordier - Hospimédia

[122] Rapport au premier ministre "LA FORCE DE L'ÉGALITÉ : Les inégalités de rémunération et de parcours professionnels entre femmes et hommes dans la fonction publique" De Françoise Descamps-Crosnier, Députée des Yvelines du 27 décembre 2016

souffre actuellement d'une pénurie de moyens humains et matériels[123]. Suite à de nombreux mouvements de grève, la Ministre de la santé, Agnès Buzyn a proposé en janvier 2018 un plan concernant le secteur de la psychiatrie. Cette dernière a alors affirmé que « *la psychiatrie ne sera plus le parent pauvre » de la médecine* »[124]. La Ministre a par exemple ouvert une enveloppe d'1,6 million d'euros au Centre hospitalier Guillaume Régnier, les soignants estimant que leurs mauvaises conditions de travail du fait d'un manque de moyens, impactaient la prise en charge des patients[125]. Il est vrai que si le personnel était plus nombreux, et donc davantage apte à surveiller les patients, le recours à ces moyens de contrainte serait plus faible.

Ensuite, de manière générale, les établissements psychiatriques ont l'obligation de respecter les libertés individuelles des patients (liberté d'aller et venir, de culte, d'expression…). Néanmoins, concernant les patients placés sous main de justice, les soignants ont aussi l'obligation de respecter certaines règles du Code de procédure pénale. Ainsi, l'accès à un téléphone portable en détention est strictement prohibé et constitue une faute disciplinaire du premier degré[126]. Comme le précise la circulaire interministérielle du 18 mars 2011[127], *"Les personnes détenues admises à l'hôpital continuent d'exécuter leur peine ou, si elles sont prévenues restent placées en détention provisoire. La réglementation pénitentiaire leur demeure applicable".* Les soignants doivent alors veiller à ce que cette réglementation

[123] Comme en témoigne de nombreux mouvements de grèves des hôpitaux psychiatriques. Sur ce point, voir différents articles de presse : La psychiatrie, un secteur en état d'urgence, le Monde, le 19 août 2018 ; Sylvie Arnaud Cholet. Ces soignants souffrent du manque de moyens en psychiatrie, Ouest France, le 17 mars 2018 ; Rennes. La grève prend fin au centre hospitalier Guillaume-Régnier, Ouest France, le 16 janvier 2018

[124] Discours d'Agnès Buzyn - Ministre de la santé - au 16e congrès de l'encéphale en janvier 2018.

[125] Rennes. La grève prend fin au centre hospitalier Guillaume-Régnier, Ouest France, le 16 janvier 2018

[126] Conseil d'État, 10ème et 9ème sous-sections réunies, 04/02/2013, n°344266 " 3. Considérant que doit être regardé comme dangereux, au sens de l'article D. 249-1 du code de procédure pénale dont les dispositions sont désormais reprises à l'article R. 57-7-1 de ce code, tout objet dont on peut raisonnablement craindre, en raison notamment de la facilité de son usage, que l'utilisation en soit susceptible de mettre en cause la sécurité des personnes et des biens, notamment dans l'enceinte pénitentiaire ; que la possession d'un téléphone portable par un détenu, compte tenu de l'usage qui peut en être fait, notamment pour s'affranchir des règles particulières applicables, en vertu de l'article 727-1 du code procédure pénale, aux communications téléphoniques des détenus et pour faire échec aux mesures de sécurité prises dans l'établissement pénitentiaire, doit être regardée comme la détention d'un objet dangereux et constitue ainsi une faute disciplinaire du premier degré ; qu'en jugeant le contraire, la cour administrative d'appel de Nancy a donné aux faits de l'espèce une qualification juridique erronée ;"

[127] Circulaire interministerielle DGOS/R4/PMJ2 n°2011-105 du 18 mars 2011 relative à l'ouverture et au fonctionnement des unités hospitalières spécialement aménagées (UHSA) NOR: ETSH1107932C

soit respectée. Or, dans un service de psychiatrie générale, même fermé, les autres patients conservent leur téléphone portable. La surveillance des personnes placées sous main de justice est alors délicate. Cela peut donc pousser l'établissement de santé mentale à utiliser l'isolement voire la contention pour veiller au respect de cette réglementation.

Chapitre 2: Une mauvaise prise en charge lourde de conséquence bien qu'évitable

Le non respect de ces droits a pour conséquence regrettable de détériorer grandement la qualité des soins psychiatriques dispensés aux personnes écrouées au sein des établissements de santé mentale. Cela impact en effet leur prise en charge au sein des unités : mauvaise voire absence de prise en charge et détérioration du sens de l'hospitalisation (section 1). Pourtant, ces pratiques loin d'être indispensables ne sont pas intangibles. Il existe alors des alternatives qui peuvent être tentées mais des améliorations de pratiques restent possibles (section 2).

Section 1: La détérioration regrettable de la qualité des soins

Le fait d'avoir recours à l'isolement et à la contention sans nécessité médicale peut être traumatisant pour les personnes incarcérées ce qui détériore en effet la qualité des soins. D'une part, les soins sont raccourcis (I) et d'autre part, sur ce lapse de temps d'hospitalisation, les détenus n'ont pas les mêmes soins que les autres patients (II).

I) Une réduction voire une absence de prise en charge des détenus en psychiatrie

Ces pratiques entraînent tout d'abord une réduction de temps dans leur prise en charge, les établissements étant réticents à les accueillir (A). Pire encore, ces personnes préfèrent parfois retourner en détention (B).

A) Un temps d'hospitalisation moindre du fait de leur statut pénal

Le recours à la mise à l'isolement et aux moyens de contention en établissement psychiatrique peut être traumatisant pour la personne placée sous main de justice, qui plus est sans nécessité médicale. En effet, le patient peut se sentir désorienté et déshumanisé (d'autant plus que certaines chambres d'isolement ne disposent pas de sanitaires en libre

accès). Cette prise en charge peut être lourde de conséquences pour ces patients. Plusieurs écrits dénoncent alors que cette population bénéficie d'une durée d'hospitalisation moindre comparée à la population générale. Monsieur VIOUJAS affirme que les personnes détenues sont hospitalisées en moyenne "25 (jours) contre 70 pour les autres patients en hospitalisation d'office" [128]. L'Observatoire international des prisons (OIP) précise alors que ces hospitalisations réduites au maximum ne peuvent permettre qu'une prise en charge de la phase aigüe de la maladie et non une prise en charge complète pour des fins de guérison sur le long terme[129]. Ainsi, les personnes placées sous main de justice ne voient pas leur pathologie traitée de manière correcte et retourne en détention sans réelle amélioration de leur état de santé.

Une thèse d'un Docteur en psychiatrie a étudié le recours à l'isolement dans trois établissements différents. Il constate alors que dans deux d'entre eux, 100% des personnes détenues sont mises à l'isolement et que dans le troisième établissement 80% le sont (le patient non isolé était mineur). Alors que dans le cadre de SDRE classique, le taux est ramené à un peu moins de 50% en moyenne sur les trois établissements[130]. De plus, il note que la durée de l'hospitalisation est deux fois plus courte pour cette population (10 jours en moyenne contre près de 27 jours). Il poursuit son analyse en évoquant, en revanche, que la durée d'isolement est deux fois plus longue. Les personnes hospitalisées en D.398 sont alors isolées durant une moyenne de 8 jours contre 7 jours pour les autres patients. Mais comparé à leur durée d'hospitalisation réduite, cela veut dire qu'ils sont mis à l'isolement pendant presque la totalité de leur séjour en psychiatrie. Ce constat montre bien un défaut dans leur prise en charge qui peut considérablement réduire leurs chances de guérison. De plus, le CGLPL dans un avis de 2011 précise que des "investigations de police ou de gendarmerie ou à l'avis du parquet" peuvent être demandés, ce qui peut conduire à refuser

[128]Déjà cité – RDSS 2011. p. 1071 Vincent Vioujas
[129] Rapport de l'OIP « Les conditions de détention en France » - Éditions la Découverte 2012- Chapitre « Psychiatrie »
[130] Docteur Olivier HAIBE "Etat des lieux de l'utilisation de l'isolement en Psychiatrie au CHU de Nantes, au CHS de Blain et au CH de Bouguenais pour une amélioration des pratiques à la lumière des dernières recommandations de la HAS." Thèse DIPLÔME D'ETAT DE DOCTEUR EN MEDECINE, Université de Nantes - Présentée et soutenue publiquement le 5 octobre 2017 - page 82.

l'hospitalisation"[131]. Cela prive bien évidemment la personne placée sous main de justice de son droit de bénéficier de soins de qualité.

B) Une atteinte aux droits jusqu'à la préférence à la détention

Face à ces conditions d'hospitalisations particulièrement rudes, les personnes écrouées préfèrent même mettre fin à leur hospitalisation afin de retourner en détention. Ceci a notamment été souligné par le CGLP en 2011. Ainsi, ce dernier, lorsqu'il évoque la mise à l'isolement sans nécessité médicale, affirme que le détenu préfère " réintégrer au plus vite l'établissement pénitentiaire d'où il provient, alors même que des soins à l'hôpital seraient encore nécessaire"[132]. Or selon la CEDH, les Etats ont l'obligation d'apporter aux détenus des soins appropriés à leur état de santé. C'est effectivement ce qu'a été jugé en 2008 dans le célèbre arrêt Renolde[133].

Ces conditions d'hospitalisations peuvent alors paraître encore plus dures à vivre que les conditions de détention. Monsieur DELARUE, ancien CGLPL, affirme même à Human Rights Watch [134] que "*ces chambres d'isolement sont plus dures que la prison: pas de visite, pas de promenade. De nombreuses personnes demandent à retourner en prison*"[135]. Madame HAZAN, actuelle CGLPL rappelle également dans son rapport d'activité de 2014, les conditions difficiles de l'hospitalisation en psychiatrie. Elle affirme alors que " *les sorties de la chambre sont limitées, qu'aucun objet n'est autorisé, interdiction de fumer, indignité liée à l'obligation d'utiliser un seau hygiénique, conditions matérielles dégradées…*"[136]. De ce fait, les détenus préfèrent retourner en détention.

[131] Avis du 15 février 2011 du Contrôleur général des lieux de privation de liberté relatif à certaines modalités de l'hospitalisation d'office – Déjà cité, Point 6
[132] Même avis point 7
[133] CEDH 5e sect., 16 octobre 2008, Renolde c/ France, no 5608/05
[134] Organisation non gouvernementale chargé de défendre les droits de l'homme
[135] Rapport Human Rights Watch - du 5 avril 2016 - Double peine: Conditions de détention inappropriées pour les personnes présentant des troubles psychiatriques dans les prisons en France - Partie "Abus pendant l'hospitalisation"
[136] Hazan A, Rapport d'activité de 2014 du CGLPL page 142

Cette réduction du temps d'hospitalisation est d'autant plus problématique que durant celle-ci les personnes écrouées ne bénéficient pas d'une prise en charge leur permettant une réduction de leurs souffrances.

II) Une égale qualité des soins seulement théorique

Cette détérioration de la qualité dans la prise en charge des troubles psychiatriques se manifeste par une perte de relation de confiance entre le soignant et le soigné mais aussi d'une perte du rôle soignant de la part de l'équipe médicale.

A) Une relation soignant-soigné détériorée : pour le patient

Cette prolongation en chambre d'isolement peut avoir des impacts négatifs sur la prise en charge du patient et donc conduire à un processus de guérison moindre. Ainsi, comme le souligne le CGLPL, les personnes placées sous main de justice, puisqu'elles sont isolées, ne peuvent participer aux thérapies collectives[137]. De plus, les personnes écrouées ont alors moins de contact avec le personnel soignant ce qui peut impliquer une perte de confiance entre l'équipe soignante et le patient. Certains psychiatres soulignent l'importance de la rencontre entre le patient et le soignant afin que les soins soient le plus effectifs possible[138]. Or cette rencontre est, en psychiatrie, la base du soin. Il ne peut y avoir d'amélioration de l'état de santé sans un dialogue entre le patient et le soignant. Ce dialogue n'est possible que sur la base d'un sentiment de confiance entre ces deux personnes. Ce sentiment de confiance peut alors être réduit voire impossible à trouver si le patient ne se sent pas traité correctement. Ainsi, le CPT dans son rapport concernant sa visite de 2010, a fait état de ce manque de relation entre le soignant et le soigné, en particulier s'agissant des personnes placées sous main de justice. Le CPT souligne alors que selon le personnel soignant rencontré, l'isolement prolongé conduisait à une rupture "du lien thérapeutique" entre le

[137] Avis précité du CGLPL de 2011 point 7

[138] Notamment le Dr Henry psychiatre à l'UHSA de Rennes lors d'une Conférence " Les droits de l'Homme en prison" organisée par s'Eveiller à l'Université de Rennes 1 les 27 et 28 février.

soignant et le soigné[139]. Les juges relèvent également l'importance de cette relation de confiance au sein des hospitalisations en psychiatrie. En effet, dans un arrêt du tribunal correctionnel, ce dernier affirme qu'il "*ne méconnaît pas l'importance majeure de l'alliance thérapeutique même s'agissant des malades soignés dans le cadre légal de l'hospitalisation sans consentement, telle qu'elle existait avant la réforme du 5 juillet 2011. Pour autant, cette relation de confiance n'est pas une fin en soi mais uniquement un moyen pour obtenir l'adhésion du patient et le soigner au mieux*"[140]. Ainsi, les juges soulignent l'importance de cette relation qui peut être utilisé comme un outil thérapeutique à part entière.

B) Une relation soignant soigné détériorée : pour les soignants

Pour le personnel soignant, cette relation de confiance peut être détériorée pour deux raisons. La première est liée au statut même du patient. En effet, une Cadre supérieure de santé m'a expliqué que l'administration pénitentiaire, sur la fiche de liaison entre l'établissement pénitentiaire et l'établissement de santé, pouvait inscrire des commentaires tels que "dangerosité ++". Il peut alors devenir difficile pour les soignants d'établir une relation de confiance avec les patients. D'autant plus que, et en particulier dans les secteurs de psychiatrie générale, les soignants n'ont pas de formation particulière concernant l'accueil de cette population. Or, comme il a déjà été évoqué, les patients ne sont pas hospitalisés pour leur dangerosité criminelle mais pour leur dangerosité psychiatrique. Malgré tout, il n'en reste pas moins que les soignants (autant que la population générale) peuvent eux aussi être victimes d'amalgames. Mais ces amalgames peuvent alors conduire à une relation davantage distante pour certains professionnels de santé. Et ainsi entraîner une baisse de la qualité des soins.

La deuxième raison est toute autre. En effet, le personnel soignant peut se sentir affecté voire même désemparé devant l'obligation d'utiliser de tels moyens de contrainte alors qu'il

[139] Point 139 du Rapport au Gouvernement de la République française relatif à la visite effectuée en France par le CPT déjà cité - " Au cours de la visite de 2010, la délégation a eu connaissance de plusieurs cas de patients en attente de placement en UMD qui avaient été mis en chambre d'isolement dans les services de psychiatrie générale pendant des périodes prolongées allant jusqu'à six mois d'affilée, fréquemment sous contention complète (membres inférieurs/supérieurs et abdomen immobilisés), de jour comme de nuit, et devant parfois se soulager par le biais d'une sonde urinaire. Selon les membres du personnel qui ont fait face à de telles situations, ces mesures contribuaient généralement à accentuer encore davantage la rupture du lien thérapeutique entre patients et professionnels de santé. De l'avis du CPT, le maintien de patients dans de telles situations s'apparente à un traitement inhumain et dégradant ".

[140] Tribunal correctionnel de Marseille- Jugement du 18 décembre 2012 n° 08000450026 déjà cité

n'existe aucune nécessité médicale d'y avoir recours. A titre d'exemple, un infirmier qui utilise des moyens de contention peut éprouver "de la frustration (pour) ne pas avoir pu faire autrement"[141].

Ainsi, un infirmier peut se sentir en échec face à cette défaillance dans la prise en charge des personnes placées sous main de justice, d'autant plus qu'il existe des améliorations possibles.

Section 2 : Les soins psychiatriques des détenus : des progrès envisageables

Face à ce constat alarmant, il est pourtant possible de réduire le nombre de mise en chambre d'isolement et de réduire l'usage des liens de contention. Ceci afin de respecter les droits des patients détenus et de respecter la loi du 26 janvier 2016. En effet, il existe des alternatives qui sont d'ailleurs, pour certaines d'entre-elles évoquées par la loi (I). De plus, il existe aussi des pistes d'amélioration des pratiques diverses et variées visant à faire diminuer ces chiffres (II).

I) Des alternatives classiques à spécifiques aux moyens de contrainte

Il est possible, en théorie du moins, d'éviter le recours systématique aux moyens de contrainte. Bien qu'il existe les UHSA spécifiquement adaptées aux personnes détenues (B), les alternatives classiques prévues par la loi restent envisageables (A).

A) Des alternatives bien que classiques valables pour les détenus

Selon l'article L.3222-5-1 du CSP, "L'isolement et la contention sont des pratiques de dernier recours". Ainsi, avant que le psychiatre ne signe une prescription médicale d'isolement ou de contention, le personnel soignant doit avoir tenté des alternatives. Et

[141] J. Guivarcha et, N. Canob *Usage de la contention en psychiatrie : vécu soignant et perspectives éthiques* - L'Encéphale (2013) n°39, p 237—243

seulement en cas d'échec, il pourra décider d'une mise à l'isolement ou de l'usage de contention. La HAS dans sa recommandation de bonne pratique de 2017 sur l'usage de l'isolement et des contentions précise alors que *"l'isolement et la contention peuvent être envisagés uniquement lorsque des mesures alternatives différenciées, moins restrictives, ont été inefficaces ou inappropriées"*[142]. La HAS précise alors qu'il est possible d'amener le patient dans un espace d'apaisement. Selon elle, un espace d'apaisement est "*un lieu dont la porte n'est pas fermée à clé et conçu pour procurer un espace de faible stimulation afin de permettre une diminution de la tension interne d'un patient*"[143]. Ainsi, la personne placée sous main de justice, même si une nécessité médicale l'exige, ne pourrait pas avoir accès à cette alternative thérapeutique, et serait placée directement à l'isolement. En effet, pour cette population, le recours à l'isolement et à la contention n'est pas utilisé en dernier recours comme ce que prévoit la loi LMSS depuis 2016.

Les juges administratifs soulignent aussi l'importance des recours aux alternatives avant de procéder à ces pratiques. En effet, dans un arrêt de Cour administrative de Marseille, déjà en 2015, les juges soulignent que la nécessité médicale ne se justifie « *qu'après qu'une réponse graduée, médicamenteuse, humaine, matérielle adaptée a été apportée à l'état du patient et ne saurait présenter un caractère punitif ou avoir seulement vocation à faciliter le travail de l'équipe soignante*"[144]. Dans cette affaire, nous voyons bien que la nécessité médicale de la mesure est importante pour les juges. Cette nécessité médicale n'est d'ailleurs possible que, lorsqu'une approche en amont de l'usage de l'isolement et de la contention, a été tentée mais a échoué. Ils rappellent alors les différentes alternatives qui sont possibles. Ainsi, le personnel soignant peut utiliser des médicaments (tranquillisants, psychotropes…), avoir recours au dialogue, ou à une chambre d'apaisement comme évoqué ci-dessus. Une personne placée sous main de justice ne semble pas avoir le droit de bénéficier de ces alternatives, comme le prouve les taux de mise à l'isolement dans certains établissements. Pourtant, il existe aussi des alternatives spécialement prévues pour les personnes détenues telles que les UHSA.

---

[142] HAS, RECOMMANDATION DE BONNE PRATIQUE Isolement et contention en psychiatrie générale - Février 2017 déjà cité
[143] HAS, ARGUMENTAIRE SCIENTIFIQUE Isolement et contention en psychiatrie générale - Février 2017
[144] Déjà cité CAA de MARSEILLE, 2ème chambre - formation à 3, 21/05/2015, 13MA03115, Inédit au recueil Lebon

B) Les UHSA: un constat mitigé

Comme il a déjà été évoqué, les UHSA ont été créées en 2002[145], sur la même base que les UHSI pour les soins somatiques[146]. Les UHSA permettent alors une prise en charge des patients détenus dans des conditions de sécurité satisfaisantes puisqu'à l'extérieur des bâtiments où sont dispensés les soins, l'administration pénitentiaire assure la garde des patients. Les UHSA sont alors un bon compromis entre les soins et la sécurité. Malgré tout, ce dispositif présente des défauts qui ont déjà été évoqués (notamment le manque de places disponibles et la nécessité de programmer les soins). Même si, la Ministre de la santé Agnès BUZYN, a annoncé, dans la feuille de route « Santé mentale et psychiatrie » du 28 juin 2018[147], le lancement de la deuxième tranche des construction des UHSA afin d'améliorer la prise en charge psychiatrique des personnes placées sous main de justice. Cela permettra donc de faire face à la forte demande de soins psychiatriques des personnes écrouées. Malgré les nombreux avantages de cette prise en charge, certains y voient un renoncement. Un renoncement à ne pas traiter ces personnes comme des personnes lambda et à ne jamais les traiter comme telles [148]. Pour certains auteurs, il s'agit d'une réponse aux "aspirations sécuritaires de notre société"[149] puisqu'il aurait simplement fallu augmenter la capacité d'accueil des UMD. Monsieur DUBRET, psychiatre, relève alors un paradoxe. Les patients qui peuvent être hospitalisés en UHSA ont été déclarés responsables de leur acte. Mais il reste possible de les hospitaliser sans leur consentement au sein d'une UHSA ou d'une unité de psychiatrie générale. Au final, même s'il est vrai que l'ouverture de plusieurs UHSA en France permet une meilleure prise en charge psychiatrique des détenus, en ce qu'elle amoindrisse l'usage des mesures de contraintes telles que l'isolement et les contentions, il n'en reste pas moins qu'il s'agit d'un dispositif discriminatoire. La société sécuritaire d'aujourd'hui a effectivement pris le pas sur l'espérance d'un traitement égal (ou presque égal) des personnes écrouées .

---

[145] loi d'orientation du 9 septembre 2002 déjà citée

[146] Arrêté du 24 août 2000 relatif à la création des unités hospitalières sécurisées interrégionales destinées à l'accueil des personnes incarcérées

[147] Feuille de route Santé mentale et psychiatrie - Comité stratégique de la santé mentale et de la psychiatrie du 28 juin 2018 http://solidarites-sante.gouv.fr/actualites/presse/communiques-de-presse/article/sante-mentale-et-psychiatrie-agnes-buzyn-presente-sa-feuille-de-route-pour

[148] Entretien avec un psychiatre d'un SPMR

[149] Dubret Gérard. « UHSA : un formidable effort dans la mauvaise direction », L'information psychiatrique, vol. volume 84, no. 6, 2008, pp. 543-550.

Pourtant, en plus de ces alternatives qui pourraient venir réduire le taux de recours à l'isolement et à la contention, des pistes d'amélioration de leur prise en charge sont envisageables.

II) Une prise en charge améliorée respectueuse des droits des patients

Une amélioration globale de la prise en charge de ces personnes est nécessaire. Cette amélioration peut à la fois s'effectuer au sein même de l'établissement de santé (A) mais aussi en dehors c'est-à-dire en amont de l'hospitalisation (B).

A) Les améliorations « dans les murs de l'hôpital »

Plusieurs pistes peuvent être étudiées afin de réduire le recours aux pratiques d'isolement et de contention, notamment chez les personnes écrouées. En effet, les unités fermées de psychiatrie générale sont un bon compromis entre la sécurité pour éviter tout risque d'évasion et la qualité des soins. Ainsi, le patient détenu pourrait rester libre de ses mouvements au sein de l'unité. Cela éviterait d'avoir recours à l'isolement et/ou à la contention. Il serait alors nécessaire d'accroître le nombre de ces unités et de veiller à renforcer la sécurité de celles-ci. Effectivement, même avec la construction des UHSA, le nombre de détenu hospitalisé en psychiatrie générale n'est pas marginal. Ainsi, comme le recommande l'IGAS dans un rapport de 2011, il serait bénéfique de construire des unités avec des locaux où des patios seraient sécurisés afin d'éviter les fugues[150]. Dans le même ordre d'idée, l'IGAS rappelle qu'une bonne architecture des locaux permet d'éviter certaines agressions et d'accroître le niveau de surveillance. En pensant à ces aménagements, tout en préservant l'esthétique des lieux et, bien sûr, leur but thérapeutique, surveiller les « patients D.398 » serait alors plus facile[151].

[150] IGAS - Analyse d'accidents en psychiatrie et propositions pour les éviter, déjà cité. : "Recommandation°31: Faire en sorte que les détenus hospitalisés, lorsque leur état clinique le permet, aient accès à des locaux sécurisés pourvus de patios ou de cours, suffisamment fermés pour qu'ils ne puissent pas s'échapper facilement, mais suffisamment vastes pour qu'ils puissent déambuler à satiété."

[151] Même rapport "Recommandation n°47 : Elaborer un corpus de principes architecturaux pour faciliter le travail de conception des équipes lors de la reconstruction / réhabilitation des locaux."

Si les personnes placées sous main de justice sont mises à l'isolement voire même contentionnées, elles le sont, le plus souvent, pour des raisons sécuritaires. Or, si le personnel soignant était plus nombreux, le ratio infirmier par patient serait alors inférieur, ce qui leur permettrait d'opérer un contrôle plus étroit sur les allées et venues des patients. Par exemple, l'Islande n'utilise aucun moyen de contrainte (ni isolement; ni contention) mais le ratio patient/soignant est de 1/1[152]. De ce fait, des mesures sont envisageables afin de réduire ces pratiques tout en conservant l'exigence de sécurité que leur statut requiert.

B) Des améliorations en dehors des murs de l'hôpital : la prévention

Néanmoins, il est possible d'agir en dehors des murs de l'hôpital et avant même qu'une crise psychotique ne se produise, crise conduisant à une hospitalisation. Ainsi, en axant sur la prévention chez les personnes placées sous main de justice, il est possible d'éviter l'hospitalisation et donc d'éviter le recours à l'isolement et à la contention. Le député Stéphane Mazars à la Commission des lois du 21 mars 2018 sur les conditions de détention en France, propose d'améliorer la prise en charge des détenus, et notamment dans les SMPR [153]. Il considère alors que l'offre des SMPR est incomplète et insuffisante. En effet, le temps d'attente est jugé trop long et il n'y a seulement qu'un SMPR qui propose des lits pour les femmes détenues. Seul le SMPR de Fleury-Merogis accueille des femmes détenues en hospitalisation de jour comme le prouve l'avis du 25 janvier 2016 relatif à la situation des femmes privées de liberté : "*Les femmes détenues qui nécessitent une hospitalisation psychiatrique de jour sont donc contraintes à être hospitalisées dans une UHSA ou à l'hôpital de proximité, contrairement aux hommes qui peuvent être hospitalisés de jour au sein des vingt-six SMPR du territoire*[154]". Ces femmes sont donc particulièrement vulnérables. Il convient alors de renforcer l'offre de psychiatrie au sein des établissements pénitentiaires afin d'éviter les hospitalisations et donc le recours à l'isolement et à la contention.

---

[152] Docteur Olivier HAIBE "Etat des lieux de l'utilisation de l'isolement en Psychiatrie au CHU de Nantes, au CHS de Blain et au CH de Bouguenais pour une amélioration des pratiques à la lumière des dernières recommandations de la HAS." Thèse DIPLÔME D'ETAT DE DOCTEUR EN MEDECINE, Université de Nantes - Présentée et soutenue publiquement le 5 octobre 2017 page 44

[153] Rapport du Député Stéphane Mazars sur les conditions de détention en France http://videos.assemblee-nationale.fr/video.5722529_5ab278a3944ba.commission-des-lois--conditions-de-detention-en-france-21-mars-2018 consulté le 7 août 2018

[154] Avis du 25 janvier 2016 relatif à la situation des femmes privées de liberté

La prévention peut aussi passer par le recours à la télémédecine. Selon l'article L.6316-1 du CSP, la télémédecine est une " *forme de pratique médicale à distance utilisant les technologies de l'information et de la communication. Elle met en rapport, entre eux ou avec un patient, un ou plusieurs professionnels de santé, parmi lesquels figure nécessairement un professionnel médical et, le cas échéant, d'autres professionnels apportant leurs soins au patient*"[155]. Cette nouvelle technologie peut alors être utilisée afin d'améliorer la prise en charge psychiatrique des détenus. En effet, beaucoup d'examens médicaux sont refusés faute d'escortes disponibles. De ce fait, avoir recours à la télémédecine réduirait le nombre d'extraction nécessaire et permettrait un suivi plus régulier (sous réserve de personnel médical disponible). Un rapport du Parlement préconise cet usage: "*Le coût en terme d'escorte des transfèrements de détenus et les délais d'attente générés par cette contrainte font de la télémédecine l'une des solutions réellement praticable en médecine pénitentiaire*"[156]. Un patient pourrait alors s'entretenir avec un psychiatre à distance. Cette amélioration de la prise en charge via la réduction du temps d'attente pour une consultation et une meilleure régularité permettrait peut-être d'éviter de recourir à des hospitalisations évitables et donc de constater une baisse des mesures d'isolement et de contention.

[155] Article L.6316-1 du CSP Modifié par LOI n°2017-1836 du 30 décembre 2017 - art. 54 (V)

[156] M. Jean Dionis du Séjour et M Jean-Claude Étienne Rapport de l'Assemblée Nationale et du Sénat N° 1686 (tome I) - Les télécommunications à haut débit au service du système de santé - Office parlementaire d'évaluation des choix scientifiques et technologiques - Section 3 : Une urgence absolue : la médecine pénitentiaire

Conclusion

L'accès à la santé et plus particulièrement les soins psychiatriques des personnes placées sous main de justice est un sujet difficile à aborder tant les problèmes sont nombreux : forte prévalence des troubles psychiques, surpopulation carcérale, promiscuité, manque de personnel soignant … Tout ceci contribue à la détérioration de l'état de santé mentale des personnes incarcérées. L'enjeu est alors de trouver un compromis entre le respect de la dignité de ces personnes, la qualité de soins et bien entendu la sécurité. Car, être détenu ne signifie pas ne pas être soigné ou être mal soigné. Les personnes privées de leur liberté ont accès à la même qualité de soins que tout autre patient. Leurs droits en la matière se sont d'ailleurs considérablement étendus. Tant d'un point de vue national que supranational, les juges sont les gardiens de ces droits et ces derniers se montrent de plus en plus protecteurs à leur égard.

Malgré cela, des abus sont encore constatés, notamment lors des hospitalisations en psychiatrie. Ces derniers sont le plus souvent mis à l'isolement et contentionnés sans nécessité médicale. Comme l'observe Madame Bergoignan-Esper, « *Constamment, l'organisation hospitalière doit être aménagée pour tenir compte de la privation de liberté des patients* »[157] . Ces aménagements ne doivent, pourtant, en aucun cas ne pas respecter leur dignité. Il s'agit alors de rechercher des alternatives afin de prendre en considération leur statut pénal et leurs droits.

[157] RDSS 2009 p.497 note Bergoignan-Esper C

Bibliographie

I) Textes officiels

1) Constitution et codes

- Constitution du 4 octobre 1958
- Code de la santé publique
- Code pénal
- Code de procédure pénale

2) Textes internationaux et européens

- **1950 :** Convention de sauvegarde des droits de l'homme et des libertés fondamentales
- **2006** : Recommandation Rec (2006) du Comité des Ministres aux Etats membres sur les Règles pénitentiaires européennes

3) Arrêtés

- **Arrêté du 24 août 2000** relatif à la création des unités hospitalières sécurisées interrégionales destinées à l'accueil des personnes incarcérées, JORF n°201 du 31 août 2000 page 13471
- **Arrêté du 20 juillet 2010** relatif au ressort territorial des unités spécialement aménagées destinées à l'accueil des personnes incarcérées souffrant de troubles mentaux, JORF n°0175 du 31 juillet 2010 texte n° 28

4) Circulaires

- **Circulaire n° 48 DGS/SP3 du 19 juillet 1993** (Circulaire Veil) portant sur le rappel des principes relatifs à l'accueil et aux modalités de séjours des malades hospitalisés pour troubles mentaux
- **Circulaire, NOR : JUSK0440155C, du 18 novembre 2004** de la Direction de l'administration pénitentiaire relative à l'organisation des escortes pénitentiaires des détenus faisant l'objet d'une consultation médicale

- **Circulaire interministerielle , NOR: ETSH1107932C, DGOS/R4/PMJ2 n° 2011-105 du 18 mars 2011** relative à l'ouverture et au fonctionnement des unités hospitalières spécialement aménagées (UHSA)
- **Circulaire, NOR : IOCD1122419C, interministérielle no 2011-345 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.
- **Instruction, NOR : AFSH1710003J 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

5) Avis

Comité consultatif National d'Ethique :

- CCNE Avis n° 94 La santé et la médecine en prison du 26/06/2016 ; 48 p http://www.ccne-ethique.fr/sites/default/files/publications/avis094.pdf

Contrôleur général des lieux de privation de liberté :

- **DELARUE JM. , Avis du Contrôleur général des lieux de privation de liberté en date du 15 février 2011**, relatif à certaines modalités d'hospitalisation d'office, JORF n°0067 du 20 mars 2011 texte n° 39
- **HAZAN A., Recommandations en urgence de la Contrôleure générale des lieux de privation de liberté du 8 février 2016** relatives au centre psychothérapique de l'Ain (Bourg-en-Bresse), JORF, 16 mars 2016, Texte 102 sur 130.
- **HAZAN A. , Recommandations en urgence du 1er février 2018 de la Contrôleure générale des lieux de privation de liberté** relatives au centre hospitalier universitaire de Saint-Etienne (Loire) JORF n°0050 du 1 mars 2018 texte n° 86

II) Ouvrages

- Boussard S. « Les droits de la personne détenue après la loi pénitentiaire du 24 novembre 2009 » Dalloz 2013 342p.
- Hennette-Vauchez S. Roman D. - Droits de l'homme et libertés fondamentales - 3e édition - Dalloz 2017 854p.
- Lombard A. Dumont G., Sirinelli J. - Droit administratif - 12e édition - Dalloz Hypercours – 2017 686p.

III) Doctrine

1) Rapports et recommandations

Conseil de l'Europe :

- 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 106p. https://rm.coe.int/1680696082

Sénat :

- **Rapport de la commission d'enquête du Sénat** n ° 449 sur les conditions de détention dans les établissements pénitentiaires en France, de MM. Hyest et Cabanel, déposé le 29 juin 2000 https://www.senat.fr/rap/l99-449/l99-449_mono.html
- **Rapport d'information du Sénat du 5 mai 2010** sur « la prise en charge des personnes atteintes de troubles mentaux ayant commis des infractions » 120p https://www.senat.fr/rap/r09-434/r09-4341.pdf

Assemblée Nationale :

- **Rapport d'information Assemblée nationale**, n°1718, du 7 juillet 2004, sur le traitement de la récidive des infractions pénales.
- **Rapport d'Information de la commission des Affaires sociales** en conclusion des travaux de la mission sur la santé mentale et l'avenir de la psychiatrie, présenté par M. D. ROBILIARD, Député, et déposé le 18 décembre 2013, Assemblée Nationale, n°1662, 133 p.
- **Rapport de la Commission des lois** présenté par le Député Stéphane Mazars sur les conditions de détention en France http://videos.assemblee-nationale.fr/video.5722529_5ab278a3944ba.commission-des-lois--conditions-de-detention-en-france-21-mars-2018

Sénat et Assemblée Nationale :

- Rapport de l'Assemblée Nationale et du Sénat N° 1686 (tome I) - Les télécommunications à haut débit au service du système de santé - Office parlementaire d'évaluation des choix scientifiques et technologiques - de M. Jean Dionis du Séjour et M Jean-Claude Étienne Section 3 : Une urgence absolue : la médecine pénitentiaire

Haute Autorité de Santé :

- HAS Audition publique – Rapport d'orientation de la commission d'audition - Dangerosité psychiatrique : étude et évaluation des facteurs de risque de violence hétéro-agressive chez les personnes ayant des troubles schizophréniques ou des troubles de l'humeur - Mars 2011 29p https://www.has-

sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2011-07/evaluation_de_la_dangerosite_psychiatrique_-_recommandations_2011-07-06_15-48-9_213.pdf

- HAS Recommandation de bonne pratique « Isolement et contention en psychiatrie générale » février 2017 44p. https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2017-03/isolement_et_contention_en_psychiatrie_generale_-_recommandations_2017-03-13_10-13-59_378.pdf
- HAS – argumentaire scientifique - Isolement et contention en psychiatrie générale Février 2017 155p. https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2017-03/isolement_et_contention_en_psychiatrie_generale_-_argumentaire_2_2017-03-15_10-33-36_53.pdf

Contrôleur général des lieux de privation de liberté :

- Hazan A, Rapport d'activité du CGLPL de 2014 291p http://www.cglpl.fr/wp-content/uploads/2015/04/CGLPL_rapport-2014_version-web_3.pdf

- Hazan A Rapport du CGLPL 14 avril 2016 Isolement et contention dans les établissements de santé mentale 126p http://www.cglpl.fr/wp-content/uploads/2016/05/CGLPL_Rapport-isolement-et-contention_Dalloz.pdf

Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé :

- ANAES "L'audit clinique appliqué à l'utilisation des chambres d'isolement en psychiatrie" juin 1998 – 97p

Inspection générale des affaires sociales :

- IGAS, Analyse d'accidents en psychiatrie et propositions pour les éviter, , n° RM2011-071P, mai 2011 67p

Observatoire International des Prisons :

- Rapport de l'OIP « Les conditions de détention en France » - Éditions la Découverte 2012- Chapitre « Psychiatrie »

Human Rights Watch :

- Rapport Human Rights Watch - du 5 avril 2016 - Double peine: Conditions de détention inappropriées pour les personnes présentant des troubles psychiatriques dans les prisons en France https://www.hrw.org/fr/report/2016/04/05/double-peine/conditions-de-detention-inappropriees-pour-les-personnes-presentant

Administration pénitentiaire :

- Rapport de l'administration pénitentiaire "Les chiffres clés de l'administration pénitentiaire au 1er janvier 2015" http://www.justice.gouv.fr/art_pix/chiffres_cles_2015_FINALE_SFP.pdf

Ministère de la santé et ministère de la justice :

- Plan d'actions stratégiques 2010-2014 "Politique de santé pour les personnes placées sous main de justice" 86p http://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/plan_strategique_2010_2013_prise_en_charge_personnes_placees_sous_main_de_justice.pdf

2) Thèses

- Docteur Olivier HAIBE "Etat des lieux de l'utilisation de l'isolement en Psychiatrie au CHU de Nantes, au CHS de Blain et au CH de Bouguenais pour une amélioration des pratiques à la lumière des dernières recommandations de la HAS." Thèse DIPLÔME D'ETAT DE DOCTEUR EN MEDECINE, Université de Nantes - Présentée et soutenue publiquement le 5 octobre 2017 145p.

3) Notes et observations et revues

A

- ABONDO M. , BOUVET R. , LE GUEUT M. Isolement et contention en psychiatrie : quels fondements juridiques ? 2014, Revue droit & santé n°62 Chroniques pages 1626 à 1631
- Arbousset H. Responsabilité de l'Etat du fait des services pénitentiaires : une nouvelle évolution jurisprudentielle— AJDA 2007. 2094

B

- Belloubet-Frier N. « Contrôle par le Conseil d'Etat de la légalité des sanctions disciplinaires dans les armées » — D. 1995. p,381
- Bergoignan-Esper C. La santé en prison : quelle législation ? RDSS 2009 p.497

C

- Céré JP Exécution des peines— D. 2007. 1229
- Céré JP Exécution des peines— D. 2008. 1015
- Exécution des peines— D. 2009. 1376

- Céré JP « L'isolement en prison d'un terroriste ne constitue pas un traitement inhumain et dégradant, mais viole l'article 13 de la Convention européenne »— D. 2005. 1272
- Céré JP A propos du contrôle des punitions en milieu carcéral— RFDA 1995. 826
- Costa D Le placement à l'isolement d'un détenu contre son gré est susceptible de recours pour excès de pouvoir— AJDA 2003. 2090
- Costa D . « La condamnation rétrospective de la France à raison de la qualification de l'isolement carcéral en mesure d'ordre intérieur »— AJDA 2005. 1388
- Couturier M. Note La responsabilité pénale du psychiatre dans la prise en charge du malade dangereux – RDSS 2014. 919
- Couvrat P. « Le contrôle du juge sur les sanctions disciplinaires du milieu pénitentiaire »— RSC 1995. 381
- Cristol D. Le possible contrôle, par le juge de l'excès de pouvoir, des recommandations de bonne pratique — RDSS 2006. 53

D

- Dubret Gérard. « UHSA : un formidable effort dans la mauvaise direction », L'information psychiatrique, vol. volume 84, no. 6, 2008, pp. 543-550.
- Dujardin V. Péchillon E. Le juge judiciaire et le contrôle de la légalité des décisions prises par le psychiatre : les limites du dualisme juridictionnel en matière psychiatrique, revue droit & santé n°75, Droit et santé mentale p. 121 à 125
- Donnat F. D. Casas et Les dispositions impératives à caractère général d'une circulaire ou d'une instruction font grief— AJDA 2003. 487

F

- Fombeur P. Les circulaires impératives sont des actes faisant grief — RFDA 2003. 280
-
- Frydman P. « Le contrôle juridictionnel des mesures disciplinaires dans les institutions fermées » — RFDA 1995. 353

G

- Guinchard S. (dir.), Droit et pratique des voies d'exécution 2013/2014, Dalloz, coll. « Dalloz Action », 2012.
- Guivarcha J. et, Canob N. *Usage de la contention en psychiatrie : vécu soignant et perspectives éthiques* - L'Encéphale (2013) n°39, p 237—243

H

- Hennion-Jacquet P. « Soins en prison * Troubles psychiques * Suicide * Droit à la vie * Traitements inhumains et dégradants * Responsabilité »— RDSS 2009. 363
- Herzog-Evans M. « Droit commun pour les détenu » ;— RSC 1995. 621

- Herzog-Evans M. « L'isolement carcéral imposé n'est plus une mesure d'ordre intérieur" D. 2003. 2331

L

- Landais C. Recevabilité du recours dirigé contre les recommandations de bonne pratique professionnelle de la Haute autorité de santé — AJDA 2011. 1326
- Laude A. Droit de la santé — D. 2011. 2565

M

- Marguénaud JP « Du suicide dans les prisons de France »— RSC 2009. 173
- Markus JP. Nature juridique des recommandations de bonnes pratiques médicales AJDA 2006. 308
- Markus JP. La faute du médecin et les bonnes pratiques médicales AJDA 2005. 1008
- Mascret C Médicament * Remboursement * Haute Autorité de santé * Recommandations* Avis * Portée — RDSS 2010. 165
- Massias F. « Droits de l'homme »— RSC 2006. 431
- Moderne F. « A propos du contrôle des punitions en milieu carcéral »— RFDA 1995. 822
- Moret-Bailly J. Médecin * Discipline * Recommandations de bonnes pratiques — RDSS 2005. 496

P

- Panfili JM « L'hospitalisation sans consentement des détenus atteints de troubles mentaux : un dispositif incertain et controversé » - Droit Déontologie & Soin n°13 (2013) p, 9–15
- Péchillon E. La responsabilité administrative de l'établissement pratiquant du soin psychiatrique CRDF, n°12, 2014, p.73-85
- Péchillon E, chambre d'isolement: quelle protection juridique du patient ? SANTÉ MENTALE DÉCEMBRE 2015 n°203 - p.10
- Peigné J. L'annulation d'une recommandation de la Haute Autorité de santé pour conflits d'intérêts— RDSS 2011. 483
- Petit J. Les circulaires impératives sont des actes faisant grief RFDA 2003. 510
- Poncela.P - Chronique de l'exécution des peines - RSC 2007. 350
- Poncela.P Chronique de l'exécution des peines Pierrette — RSC 2008. 404
- Poncela.P - Chronique de l'exécution des peines - RSC 2009. p 431
- Poncela.P « L'isolement carcéral sous le contrôle des juridictions administratives et de la Cour européenne des droits de l'homme » RSC 2005. p. 390
- PONSEILLE. A Brèves remarques sur un nouveau cas d'engagement de la responsabilité pénale d'un psychiatre à la suite d'un meurtre commis par un patient - Revue droit & santé n°77 mai 2017 Droit pénal de la santé page 316 à 366

R

- Roujou de Boubée G . Droit pénal — D. 2009. 123

T

- Touvet Laurent « Rétrécissement de la notion de mesure d'ordre intérieur »— AJDA 1995. 379

V

- Vioujas V. Les soins psychiatriques aux détenus : des modifications mineures pour une problématique de santé publique majeure — RDSS 2011. p. 1071

IV) Divers

1) Sites internet

- https://www.legifrance.gouv.fr/ : site de Légifrance
- http://www.justice.gouv.fr/: site du ministère de la Justice
- http://www.has-sante.fr/portail/: site de la Haute Autorité de Santé
- https://www.cairn.info/: site de revues de sciences humaines
- http://www.conseil-etat.fr/: site du Conseil d'Etat `
- http://www.senat.fr/ : site du Sénat
- http://www.assemblee-nationale.fr/ : Site de l'Assemblée Nationale
- https://www.echr.coe.int/ : site de la CEDH
- http://wikipédia.fr/ : site d'encyclopédie en libre accès
- http://lemonde.fr/ : site de presse d'actualité
- http://hospimédia.fr : Site d'actualités des territoires de santé
- https://oip.org/ : Site de l'Observatoire International des prisons
- http://service-public.fr : site officiel de l'administration française

2) Articles internet

- Guide méthodologique - Prise en charge sanitaire des personnes placées sous main de justice - Ministère de la justice et Ministère des solidarités et de la santé - Edition 2017
- http://www.justice.gouv.fr/art_pix/Guide_Methodologique__Personnes_detenues_2012.pdf
- Statistique mensuelle des personnes écrouées et détenues en France - Situation au 1er juin 2018- Direction de l'administration pénitentiaire http://www.justice.gouv.fr/art_pix/mensuelle_juin_2018.pdf

- Les règles pénitentiaires européennes -Direction de l'administration pénitentiaire – 2006 http://www.justice.gouv.fr/art_pix/RPE1.pdf
- Les dossiers thématiques du Conseil d'État- Le juge administratif et l'administration pénitentiaire http://www.conseil-etat.fr/Decisions-Avis-Publications/Etudes-Publications/Dossiers-thematiques/le-juge-administratif-et-l-administration-penitentiaire
- Rapport au premier ministre "LA FORCE DE L'ÉGALITÉ : Les inégalités de rémunération et de parcours professionnels entre femmes et hommes dans la fonction publique" De Françoise Descamps-Crosnier, Députée des Yvelines du 27 décembre 2016 93p http://www.lagazettedescommunes.com/telechargements/2017/03/laforcedelegalite1.pdf
- Rapport de la commission Santé-Justice - Santé, justice et dangerosités de BURGELIN JF, pour une meilleure prévention de la récidive - juillet 2005 87 p. http://www.ladocumentationfrancaise.fr/var/storage/rapports-publics/054000449.pdf
- Allocution de Nicolas Sarkozy à Antony. Le texte officiel du discours présidentiel », Journal français de psychiatrie, vol. 38, no. 3, 2010, pp. 25-27.
- https://www.cairn.info/revue-journal-francais-de-psychiatrie-2010-3-page-25.htm
- Discours d'Agnès Buzyn - Ministre de la santé - au 16e congrès de l'encéphale en janvier 2018. https://www.encephale.com/Actualites/A-la-une/Conference-de-la-Ministre-de-la-Sante-Agnes-Buzyn
- Feuille de route Santé mentale et psychiatrie - Comité stratégique de la santé mentale et de la psychiatrie du 28 juin 2018
- http://solidarites-sante.gouv.fr/actualites/presse/communiques-de-presse/article/sante-mentale-et-psychiatrie-agnes-buzyn-presente-sa-feuille-de-route-pour
- HAS – Actualités & Pratiques, Violence hétéro-agressive en psychiatrie : les facteurs de risque et les signes d'alerte à repérer – N° 33 2012 https://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_1122030/fr/violence-hetero-agressive-en-psychiatrie-les-facteurs-de-risque-et-les-signes-d-alerte-a-reperer

3) Presse

- Un déséquilibré poignarde mortellement un étudiant à Grenoble, le Monde, le 13 novembre 2006
- La psychiatrie, un secteur en état d'urgence, le Monde, le 19 août 2018
- Sylvie Arnaud Cholet. Ces soignants souffrent du manque de moyens en psychiatrie, Ouest France, le 17 mars 2018
- Rennes. La grève prend fin au centre hospitalier Guillaume-Régnier, Ouest France, le 16 janvier 2018

Table des matières

Liste des abréviations ***1***

Sommaire ***3***

Introduction ***4***

Partie I: Le « patient-détenu », un patient comme un autre ? ***10***

Chapitre 1: Le détenu, sujet de droit et sujet de soins ***11***

Section 1 : Les règles supranationales : une impulsion à la protection des droits des détenus **11**

I) La CEDH pionnière dans la protection des droits 11

A) L'interdiction de la torture et des traitements inhumains et dégradants 12

B) Une atteinte possible à la dignité de la personne humaine 13

II) Les règles pénitentiaires européennes harmonisant le droit des Etats 15

A) Les règles pénitentiaires générales issues d'une réflexion du Conseil de l'Europe 15

B) Les règles pénitentiaires européennes touchant le domaine de la santé mentale 16

Section 2: Le droit français, un paradoxe entre consécration de droits et de restrictions **17**

I) L'amélioration des droits des détenus à travers la législation française 17

A) Des soins passant du ministère de la justice au ministère de la santé 17

B) La loi pénitentiaire de 2009: tournant majeur dans la proclamation des droits des détenus 18

II) L'office croissant du juge administratif concernant l'hospitalisation des détenus 19

A) L'affirmation de la compétence du juge administratif 19

B) La réduction des mesures d'ordre intérieur ou l'accroissement du contrôle du juge administratif 21

Chapitre 2: Hospitalisation psychiatrique des détenus: entre droit commun et spécificités ***24***

Section 1: L'adaptation nécessaire mais insuffisante des soins psychiatriques en détention **24**

I) L'isolement et la contention: des pratiques récemment encadrées par le droit 24

A) Un encadrement plus strict avec la loi Touraine 25

B) La recommandation de bonne pratique : une mesure faisant grief ? 26

II) Une organisation des soins s'adaptant au statut du détenu 29

A) Une organisation spécifique en trois niveaux présumée assurer des soins de qualité 29

B) L'échec de l'adaptation de l'organisation des soins au statut de détenu 31

Section 2: Une responsabilité croissante pesant sur les établissements 32

I) Le contrôle poussé du juge administratif 32

A) Le contrôle classique de proportionnalité de la mesure 32

B) L'abandon de la faute lourde ouvrant les possibilités d'action contre les établissements 33

II) L'engagement de la responsabilité pour faute de l'établissement psychiatrique..... 34

A) La mauvaise organisation du service public hospitalier..... 34

B) L'engagement de la responsabilité de l'établissement en cas de souffrance excessive 35

Partie 2: Une pratique montrant des disparités de traitements liés au statut de détenu 37

Chapitre 1: L'absence de nécessité médicale lors de l'isolement et de la contention 38

Section 1: L'amélioration de la prise en charge : un enjeu à prendre en compte 38

I) L'impossible hospitalisation des détenus dans une unité classique: un avis partagé 38

A) Le triste constat d'une pratique déjà ancienne..... 39

B) Un constat encore actuel malgré un encadrement juridique plus strict 40

II) Des études nécessaires afin de faire respecter les droits patients 41

A) La faiblesse des études statistiques des troubles psychiques et des moyens de contraintes 41

B) La prison et l'établissement psychiatrique : des zones de non droit ?..... 43

Section 2: Les explications possibles d'une prise en charge détériorée..... 44

I) La sécurisation de la société source des décisions en psychiatrie 44

A) Le malade en psychiatrie considéré comme dangereux pour la société 44

B) La distinction essentielle entre dangerosité psychiatrique et la dangerosité criminelle..... 46

II) Des contraintes inhérentes à l'hospitalisation en établissement de santé mentale 47

A) La controversée responsabilité pénale des psychiatres 47

B) Des contraintes liées au fonctionnement des unités de soins..... 49

Chapitre 2: Une mauvaise prise en charge lourde de conséquence bien qu'évitable 52

Section 1: La détérioration regrettable de la qualité des soins 52

I) Une réduction voire une absence de prise en charge des détenus en psychiatrie..... 52

A) Un temps d'hospitalisation moindre du fait de leur statut pénal 52

B) Une atteinte aux droits jusqu'à la préférence à la détention..... 54

II) Une égale qualité des soins seulement théorique 55

A) Une relation soignant-soigné détériorée : pour le patient..... 55

B) Une relation soignant soigné détériorée : pour les soignants..... 56

Section 2 : Les soins psychiatriques des détenus : des progrès envisageables..... 57

I) Des alternatives classiques à spécifiques aux moyens de contrainte..... 57

A) Des alternatives bien que classiques valables pour les détenus..... 57

B) Les UHSA: un constat mitigé.....59
II) Une prise en charge améliorée respectueuse des droits des patients.....60
A) Les améliorations « dans les murs de l'hôpital ».....60
B) Des améliorations en dehors des murs de l'hôpital : la prévention.....61
Conclusion ***63***
Bibliographie ***64***

Résumé :

Les personnes placées sous main de justice hospitalisées au sein d'établissements de santé mentale connaissent une prise en charge non respectueuse de la dignité de la personne humaine. La mise à l'isolement et le recours à la contention, sans nécessité médicale, pour des raisons strictement sécuritaires, les privent en effet de soins de qualité. Malgré les efforts du législateur, notamment via la création des unités hospitalières spécialement aménagées destinées à l'hospitalisation des détenus, ce constat reste le même. L'encadrement juridique plus ferme de l'utilisation de ces pratiques, grâce à la loi du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé, n'est encore que trop récent pour pouvoir en mesurer les effets. Il existe pourtant des alternatives à ces pratiques qui permettraient d'améliorer leur prise en charge et de concilier qualité des soins et sécurité.

Mots-clés :

Isolement – contention – nécessité médicale – personnes placées sous main de justice – détenus – Etablissement de santé mentale – soins psychiatriques – dignité de la personne humaine – droits des patients – recommandation de bonne pratique – Haute Autorité de Santé