



Le contrôleur général des lieux de privation de liberté : bilan de 10 ans de visites en psychiatrie et comparaison internationale

Mathieu Hagen

► To cite this version:

Mathieu Hagen. Le contrôleur général des lieux de privation de liberté : bilan de 10 ans de visites en psychiatrie et comparaison internationale. Médecine humaine et pathologie. 2017. dumas-01598131

HAL Id: dumas-01598131

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01598131>

Submitted on 29 Sep 2017

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

UNIVERSITE BORDEAUX 2 VICTOR SEGALEN
UFR DES SCIENCES MEDICALES

Année 2017

Thèse n° 3066

Thèse pour l'obtention du
DIPLOME D'ETAT DE DOCTEUR EN MEDECINE

Présentée et soutenue publiquement le 29 juin 2017 par

Mathieu HAGEN

Né le 17 octobre 1988 à Metz (57)

**LE CONTROLEUR GENERAL DES LIEUX DE PRIVATION
DE LIBERTE : BILAN DE 10 ANS DE VISITES EN
PSYCHIATRIE ET COMPARAISON INTERNATIONALE**

Thèse dirigée par Monsieur le Docteur Kévin ROSSINI

Membres du jury

Madame le Professeur Hélène VERDOUX, Présidente

Monsieur le Professeur Bruno AOUIZERATE, Juge

Monsieur le Professeur Manuel BOUVARD, Juge

Madame le Docteur Chantal BERGEY, Juge

Rapporteur

Monsieur le Professeur Jean-Louis SENON

REMERCIEMENTS

A mes parents, ma sœur et mes frères. A ma nièce et mes neveux qui grandissent définitivement trop vite.

A mes amis qui savent toujours faire preuve de courage.

A vous qui m'avez orienté vers ce choix de spécialité.

Aux équipes avec lesquelles j'ai pris plaisir à travailler.

AU RAPPORTEUR

Monsieur le Professeur Jean-Louis SENON

Professeur des Universités,

Praticien Hospitalier,

Centre Hospitalier Henri Laborit, Poitiers.

C'est pour moi un réel honneur que vous ayez accepté d'être le rapporteur de ce travail de thèse. J'ai eu la chance de bénéficier de la richesse de vos enseignements au cours de ma formation et je vous en suis reconnaissant. Veuillez trouver ici le témoignage de tout mon respect, de ma profonde reconnaissance et de mon admiration.

AUX MEMBRES DU JURY

Monsieur le Professeur Bruno AOUIZERATE

Professeur des Universités,

Praticien Hospitalier,

Centre Hospitalier Charles Perrens, Bordeaux.

Je vous remercie d'avoir accepté de juger ce travail de thèse. Veuillez trouver ici le témoignage de tout mon respect et de ma profonde reconnaissance.

Monsieur le Professeur Manuel BOUVARD

Professeur des Universités,

Praticien Hospitalier,

Chef de Pôle Universitaire de Pédopsychiatrie,

Centre Hospitalier Charles Perrens, Bordeaux.

Je vous remercie d'avoir accepté de juger ce travail de thèse. Je vous prie de bien vouloir accepter l'expression de ma reconnaissance et de mon profond respect.

Madame le Docteur Chantal BERGEY

Docteur en Médecine, Psychiatre,

Praticien Hospitalier,

Chef de Pôle de Psychiatrie Adulte,

Centre Hospitalier Charles Perrrens, Bordeaux.

Je vous remercie et suis honoré que vous ayez accepté de juger mon travail de thèse. J'ai eu la chance de travailler dans votre pôle et d'apprécier vos qualités professionnelles et votre bienveillance. Je suis reconnaissant de la confiance que vous me témoignez en m'accueillant prochainement au sein de votre pôle. Je tiens à vous assurer ici de ma profonde gratitude et de mon respect.

AU DIRECTEUR DE THESE

Monsieur le Docteur Kévin ROSSINI

Docteur en Médecine, Psychiatre,

Praticien Hospitalier,

Centre Hospitalier Charles Perrens, Bordeaux.

Je tiens à te remercier particulièrement pour la confiance que tu m'as accordée en dirigeant ce travail de thèse. J'ai eu la chance de travailler à tes côtés au cours de mon internat et d'apprécier tes qualités humaines et tes connaissances. Je te remercie pour ton implication, ta disponibilité et tes commentaires avisés tout au long de ce travail. Je te prie de bien vouloir accepter l'expression de ma gratitude et de ma reconnaissance.

A LA PRESIDENTE DU JURY

Madame le Professeur Hélène VERDOUX

Professeur des Universités,

Praticien Hospitalier,

Chef de Pôle Universitaire de Psychiatrie Adulte,

Centre Hospitalier Charles Perrens, Bordeaux.

Je vous remercie de me faire l'honneur de présider ce jury de thèse. J'ai pu apprécier l'étendue de vos connaissances et vos qualités humaines lors de mon stage effectué au sein de votre pôle. Veuillez trouver ici l'expression de ma profonde reconnaissance.

LISTE DES ABREVIATIONS

APT	Association pour la prévention de la Torture
ARS	Agence régionale de santé
CAT	Convention des Nations Unies contre la torture
CDSP	Commission départementale des soins psychiatriques
CDU	Commission des Usagers
CEPT	Convention Européenne pour la Prévention de la Torture
CEDH	Cour Européenne des Droits de l'Homme
CESDH	Convention européenne de sauvegarde des droits de l'Homme et du citoyen
CGLPL	Contrôleur général des lieux de privation de liberté
CIDE	Convention Internationale des droits de l'Enfant
CME	Commission Médicale d'Etablissement
CNCDH	Commission Nationale Consultative des Droits de l'Homme
CPT	Comité Européen pour la Prévention de la Torture
CRUQPC	Commissions des relations avec les usagers et de la qualité de la prise en charge
CME	Commission médicale d'établissement
CSP	Code de santé publique
DDHC	Déclaration des droits de l'Homme et du citoyen
EHPAD	Etablissement hébergeant des personnes âgées dépendantes
EPSM	Etablissement public de santé mentale
HAS	Haute autorité de santé
HO	Hospitalisation d'office
HSC	Hospitalisations sans consentement
INH	Institution Nationale des Droits de l'Homme
IPPP	Infirmier Psychiatrique de la Préfecture de Police de Paris

JLD	Juge des libertés et de la détention
JO	Journal Officiel
LMSS	Loi de modernisation de notre système de santé
MNP	Mécanisme(s) National(aux) de Prévention(s) de la torture
OMS	Organisation Mondiale de la Santé
ONU	Organisation des Nations Unies
OPCAT	Protocole facultatif à la convention des Nations Unies contre la Torture
SL	Soins libres
SPDRE	Soins psychiatriques sur décision du représentant de l'Etat
SPT	Sous-Comité pour la Prévention de la Torture
SSC	Soins sans consentement
UHSA	Unité hospitalière spécialement aménagée
UMD	Unité pour Malade Difficile

INTRODUCTION	13
1 DEFINITIONS.....	14
1.1 DROITS FONDAMENTAUX.....	14
1.1.1 NORMES CONSTITUTIONNELLES	14
1.1.2 NORMES INTERNATIONALES	15
1.2 DIGNITE	15
1.3 TORTURE (et autres peines ou traitements cruels, inhumains ou dégradants)	16
2 LA PREVENTION DE LA TORTURE	17
2.1 A SON ORIGINE : L'ASSOCIATION POUR LA PREVENTION DE LA TORTURE	17
2.2 LES DIFFERENTES CONVENTIONS POUR LA PREVENTION DE LA TORTURE.....	17
2.2.1 LA CONVENTION CONTRE LA TORTURE ET AUTRES PEINES OU TRAITEMENTS CRUELS OU INHUMAINS OU DEGRADANTS : CAT	18
2.2.2 LE PROTOCOLE OPTIONNEL A LA CONVENTION CONTRE LA TORTURE : OPCAT	19
2.2.2.1 Les mécanismes de contrôle	19
2.2.2.2 Les Etats parties	20
2.2.3 LA CONVENTION EUROPEENNE POUR LA PREVENTION DE LA TORTURE ET DES PEINES OU TRAITEMENTS INHUMAINS OU DEGRADANTS.....	21
3 LE CONTROLEUR GENERAL DES LIEUX DE PRIVATION DE LIBERTE : LE MNP FRANCAIS.....	22
3.1 LE CONTROLEUR GENERAL	22
3.1.1 MISSIONS	23
3.1.2 LES LIEUX VISITES.....	23
3.1.3 MOYENS D' ACTIONS	24
3.1.3.1 Le traitement des saisines (article 6)	24
3.1.3.2 Les visites (article 8)	25
3.1.3.3 Recommandations (article 10)	26
3.1.3.4 Avis (article 10)	26
3.1.3.5 Rapports annuels (article 11)	26
3.1.3.6 Rapports thématiques	26
4 LE CONTROLEUR GENERAL ET LA PSYCHIATRIE	27
4.1 AVIS D'ORDRE GENERAL	27
4.1.1 AVIS RELATIF A L'EXERCICE DU CULTE DANS LES LIEUX DE PRIVATION DE LIBERTE - 24 MARS 2011	27
4.1.2 AVIS RELATIF A L'USAGE DU TELEPHONE PAR LES PERSONNES PRIVEES DE LIBERTE - 10 JANVIER 2011	28
4.1.3 AVIS RELATIF A L'EMPLOI DE LA VISIOCONFERENCE A L'EGARD DES PERSONNES PRIVEES DE LIBERTE - 14 OCTOBRE 2011	28
4.2 LES RAPPORTS ANNUELS ET LEURS RECOMMANDATIONS.....	29
4.2.1 PROCEDURE.....	29
4.2.2 ACCES AUX SOINS.....	29
4.2.3 RELATIONS AVEC L'EXTERIEUR	30
4.2.4 ISOLEMENT et CONTENTION	31
4.2.5 CONDITIONS MATERIELLES	32
4.2.6 CONDITIONS DE TRAVAIL DES PERSONNELS	32
4.2.7 ACCES AU DROIT	33
4.2.8 ORDRE INTERIEUR	34
4.2.9 ACTIVITES ET PROMENADES	34
4.3 RECOMMANDATIONS SPECIFIQUES A LA PSYCHIATRIE	35

4.3.1	RECOMMANDATIONS RELATIVES AU CENTRE HOSPITALIER ESQUIROL DE LIMOGES - 18 JUIN 2009	35
4.3.1.1	Constats	35
4.3.1.2	Modifications législatives	36
4.3.2	RECOMMANDATIONS RELATIVES A L'INFIRMERIE PSYCHIATRIQUE DE LA PREFECTURE DE POLICE DE PARIS (IPPP) - 15 FEVRIER 2011	37
4.3.2.1	Constats	37
4.3.2.2	Modifications législatives	38
4.3.3	RECOMMANDATIONS RELATIVES AU CENTRE PSYCHOTHERAPEUTIQUE DE L'AIN - 8 FEVRIER 2016	38
4.3.3.1	Constats	38
4.3.3.2	Modifications législatives	39
4.4	AVIS SPECIFIQUES A LA PSYCHIATRIE.....	39
4.4.1	AVIS RELATIF A CERTAINES MODALITES DE L'HOSPITALISATION D'OFFICE (HO) - 15 FEVRIER 2011	39
4.4.1.1	Constats	39
4.4.1.2	Modifications législatives	41
4.4.2	AVIS RELATIF AUX SEJOURS INJUSTIFIES EN UNITES POUR MALADES DIFFICILES - 17 JANVIER 2013	41
4.4.2.1	Constats	41
4.4.2.2	Modifications législatives	42
4.5	LE RAPPORT THEMATIQUE : ISOLEMENT ET CONTENTION DANS LES ETABLISSEMENTS DE SANTE MENTALE	43
4.5.1	ETAT DES LIEUX	43
4.5.2	RECOMMANDATIONS	45
4.5.2.1	Principes	45
4.5.2.2	Traçabilité	46
4.5.2.3	Droits	46
4.5.2.4	Forme de la décision médicale	46
4.5.2.5	Suivi et surveillance	46
4.5.2.6	Evaluation	47
4.5.2.7	Information	47
4.5.2.8	Conditions matérielles	48
4.5.2.9	Etudes et formation	48
4.5.2.10	Prévention	48
4.6	LES SAISINES	49
4.6.1	LETTRES REÇUES	49
4.6.2	LIEUX CONCERNES	49
4.6.3	LES REQUERANTS	50
4.6.4	SUITES DONNEES AUX SAISINES	51
5	LES MNP A L'INTERNATIONAL	52
5.1	INTRODUCTION	52
5.2	METHODOLOGIE	53
5.3	RESULTATS	53
5.3.1	NOUVEL ORGANE SPECIALISE DANS LA PREVENTION DE LA TORTURE	55
5.3.1.1	Liechtenstein	55
5.3.2	INSTITUTIONS MULTIPLES	55
5.3.2.1	Nouvelle-Zélande	55
5.3.2.2	Royaume-Uni	56
5.3.3	COMMISSION NATIONALE DES DROITS DE L'HOMME	56
5.3.3.1	Mali	56
5.3.3.2	Ile Maurice	56
5.3.4	OMBUDSMAN AVEC INTERVENANT DE LA SOCIETE CIVILE	57
5.3.4.1	Serbie	57
5.3.4.2	Slovénie	57

5.3.4.3	Kazakhstan	58
5.3.4.4	Ukraine	59
5.3.4.5	Moldavie	59
5.3.5	OMBUDSMAN	60
5.3.5.1	Albanie	60
5.3.5.2	Croatie	60
5.3.5.3	Espagne	61
5.3.5.4	Estonie	62
5.3.5.5	Géorgie	62
5.3.5.6	Pologne	64
5.3.5.7	République Tchèque	64
5.3.5.8	Suède	65
5.4	DISCUSSION	66
	CONCLUSION	69
	BIBLIOGRAPHIE	71
	 Figure 1 A L'ORIGINE DES MECANISMES DE CONTROLE	18
	Figure 2 UN SYSTEME DE CONTROLE A TROIS NIVEAUX	22
	Figure 3 NOMBRE DE SAISINES PAR ANNEE	49
	Figure 4 ORIGINE DES SAISINES PAR LIEUX CONCERNES	50
	Figure 5 ORIGINE DES SAISINES PAR REQUERANTS	51
	Figure 6 DIAGRAMME D'INCLUSION	54
	Figure 7 REPARTITION DES PAYS PAR TYPE DE MNP	54
	 Tableau 1 THEMES TRAITES PAR PAYS	66

INTRODUCTION

Depuis trente ans, la prise en charge des patients souffrant d'un trouble psychiatrique n'a cessé d'évoluer avec l'entrée en vigueur de la loi du 27 juin 1990 (1) puis, surtout, avec sa réforme du 5 juillet 2011 (2), elle-même modifiée par la loi du 27 septembre 2013 (3). La judiciarisation des mesures de Soins Sans Consentement (SSC) avec l'intervention systématique du Juge des Libertés et de la Détention (JLD) se veut plus respectueuse des libertés et droits fondamentaux des patients. Dans la même période, la multiplication de faits divers impliquant des usagers de santé mentale avec une large diffusion médiatique a entraîné des réactions politiques perçues comme sécuritaires.

C'est dans cet univers psychiatrique tiraillé entre ce mouvement sécuritaire et des préoccupations plus libertaires que les mesures d'isolement et de contention semblent en augmentation constante ces dernières années bien qu'il manque des moyens de contrôle fiables. Alors que des associations d'usagers pointaient depuis longtemps ces pratiques ainsi que les conditions d'hospitalisation dans leur ensemble, aucun organisme public ne s'était réellement saisi de ces sujets. L'instauration du Contrôleur Général des Lieux de Privation de Liberté (CGLPL) en 2007 est venue répondre à ce manque. Mais les prérogatives du CGLPL ne se limitent pas aux établissements psychiatriques, et il va contrôler l'ensemble des lieux de privation de liberté. Il traite donc de sujets variés comme « *la situation des femmes privées de liberté* », « *la prise en charge de la radicalisation islamiste en milieu carcéral* » ou « *l'isolement et la contention dans les établissements de santé mentale* ».

Après presque dix années d'activités durant lesquelles il a, entre autres, visité plus d'un tiers de l'ensemble des Etablissements Publics de Santé Mentale (EPSM), le CGLPL s'est régulièrement retrouvé sur le devant de la scène médiatique en raison de publications dénonçant des situations attentatoires aux droits fondamentaux. Le centre psychothérapique de l'Ain en est l'exemple le plus récent. Pourtant, cette autorité administrative reste relativement méconnue par l'ensemble de la communauté hospitalière. Il paraît donc utile d'effectuer un bilan de son activité en psychiatrie et de le confronter à celui d'instances équivalentes existant dans d'autres pays.

Nous définirons dans un premier temps les termes nécessaires à la compréhension de ce travail, puis, dans une seconde partie, nous nous intéresserons aux textes internationaux qui sont à l'origine de la mise en place du CGLPL, ainsi qu'au cadre plus général de la prévention de la torture dans lequel il s'inscrit. Dans une troisième partie, nous détaillerons l'organisation du CGLPL et nous présenterons ses différents avis et recommandations relatifs à la psychiatrie avant d'analyser leurs conséquences, tant sur le cadre légal que sur notre pratique quotidienne. Nous

terminerons par la réalisation d'une revue de la littérature cherchant à comparer les conclusions de différentes institutions semblables au CGLPL qui existent dans d'autres pays.

1 DEFINITIONS

Pour appréhender au mieux le travail du CGLPL et le cadre plus général de défense des droits de l'Homme dans lequel il s'inscrit, il est nécessaire de définir les termes et principes auquel il fait régulièrement référence. Les notions de « droits fondamentaux », de « dignité », et de « torture » sont ceux que nous allons tenter de définir ici. Nous allons voir comment les principaux textes ont défini ces termes au niveau national, régional ou international. Nous ne détaillerons pas ici la jurisprudence, riche, qui mériterait à elle seule une analyse entière.

1.1 DROITS FONDAMENTAUX

Définir les droits fondamentaux s'avère être une tâche difficile (4). Les droits reconnus par les instances nationales, européennes ou internationales peuvent varier et ne pas se superposer. Ils se définissent comme l'ensemble des droits primordiaux pour l'individu, assurés dans un Etat de droit. Nous allons voir successivement les textes définissant ces droits au niveau national puis au niveau international.

1.1.1 NORMES CONSTITUTIONNELLES

Au niveau national, l'on définit les droits et libertés fondamentaux comme les droits reconnus dans le bloc de constitutionnalité. Celui-ci désigne l'ensemble des normes de valeur constitutionnelle « *dont le respect s'impose au pouvoir législatif comme au pouvoir exécutif ainsi qu'aux particuliers* » (FAVOREU Louis). Ces valeurs sont portées par quatre textes que sont la *Constitution de 1958* (5), la *Déclaration des Droits de l'Homme et du Citoyen de 1789 (DDHC)* (6), le *préambule de la Constitution de 1946* (7) et la *Charte de l'Environnement de 2004* (8) (9). La DDHC expose ainsi « *les droits inaliénables et sacrés de l'Homme* » : il s'agit de la liberté et de l'égalité en droits (article 1), des droits à la liberté, à la propriété, à la sûreté et à la résistance à l'oppression (article 2).

1.1.2 NORMES INTERNATIONALES

Dans la hiérarchie des normes se trouve, en dessous du bloc de constitutionnalité, les normes internationales. Elles sont regroupées dans ce que l'on appelle le bloc de conventionalité. Il comprend l'ensemble des règles de droit provenant des traités et conventions qui vont être de nature contraignante pour l'Etat français (10) (11) :

- La *Convention Européenne de Sauvegarde des Droits de l'Homme et des libertés fondamentales de 1950* (CESDH) du Conseil de l'Europe (12). Dans la partie I de cette convention sont énoncés les droits et libertés parmi lesquels : l'interdiction de la torture (article 3), le droit à la liberté et à la sûreté (article 5), le droit au respect de la vie privée et familiale (article 8) ;
- La *Charte des Droits Fondamentaux de l'Union Européenne de 2000* (13) répartit les droits fondamentaux sous six thèmes : dignité, liberté, égalité, solidarité, citoyenneté et justice ;
- La *Déclaration Universelle des droits de l'Homme de 1948* établie par l'Organisation des Nations Unies (ONU) (14) est dépourvue de valeur normative et n'a pas de dimension contraignante. Ainsi, pour assurer le respect des droits fondamentaux au niveau international, l'ONU a rédigé deux pactes dont le *Pacte International Relatif aux Droits Civils et Politiques de 1966* (15). Il reprend les libertés évoquées dans la Déclaration de 1948 et leur donne une valeur juridique. Il énonce ainsi dans la troisième partie certains principes parmi lesquels, le droit à la vie inhérent à la personne humaine (article 6), l'interdiction de la torture, de peines ou traitements cruels, inhumains ou dégradants (article 7), le droit à la sécurité (article 9) et le droit des personnes privées de liberté à être traitées avec le respect de la dignité inhérente à la personne humaine (article 10).

1.2 DIGNITE

La dignité humaine est le premier thème abordé dans la *Charte des Droits Fondamentaux de l'Union Européenne* (13). L'article premier énonce que la dignité est « *inviolable* » et « *doit être respectée et protégée* ». Elle comprend le droit à la vie, le droit à l'intégrité de la personne, l'interdiction de la torture et des peines ou traitements inhumains ou dégradants, ainsi que l'interdiction de l'esclavage et du travail forcé.

1.3 TORTURE (et autres peines ou traitements cruels, inhumains ou dégradants)

La torture et autres peines ou traitements cruels, inhumains ou dégradants trouve sa définition dans plusieurs traités ou conventions. Pour son rôle central dans ce travail, nous donnerons la définition de la *Convention des Nations Unies contre la Torture et autres peines ou traitements cruels, inhumains ou dégradants* (CAT) (16). L'article 1 de ce texte fondamental stipule que le terme de « torture » désigne « tout acte par lequel une douleur ou des souffrances aiguës, physiques ou mentales, sont intentionnellement infligées à une personne aux fins notamment d'obtenir d'elle ou d'une tierce personne des renseignements ou des aveux ». Il précise qu'il peut aussi s'agir d'actes infligés à une personne dans le but « de la punir », « de l'intimider ou de faire pression ». Ces actes doivent être commis par « un agent de la fonction publique ou toute autre personne agissant à titre officiel ». Enfin, cet article mentionne que « ce terme ne s'étend pas à la douleur ou aux souffrances résultant uniquement de sanctions légitimes, inhérentes à ces sanctions ou occasionnées par elles ».

Selon l'Association pour la Prévention de la Torture (APT) (17), cette définition nécessite trois éléments cumulatifs pour que l'on utilise le terme de torture : « le fait d'infliger intentionnellement des souffrances aiguës, physiques ou mentales », cela « par un agent de la fonction publique, qui est directement ou indirectement impliqué » et « dans un but précis ». Définir les « autres peines ou traitements cruels inhumains ou dégradants » ne s'avère pas facile. La jurisprudence aide à en cerner les contours et la différence semble résider dans l'intensité et le degré de la souffrance infligée en l'absence « d'un but précis » (18).

Nous avons défini les termes qui seront utilisés pour le développement des prochaines parties. Si la référence aux droits fondamentaux et à la dignité humaine semble logique lorsqu'on évoque notre spécialité, la notion de torture paraît moins appropriée. Toutefois, la psychiatrie hospitalière se caractérise par un « fort pouvoir normatif » et par l'existence de pratiques spécifiques telles l'isolement ou la contention dont la conjugaison est à « haut risque de mise à mal de l'éthique » (19). C'est ce qui explique la survenue possible de traitements cruels, inhumains ou dégradants tels que définis par l'APT.

2 LA PREVENTION DE LA TORTURE

2.1 A SON ORIGINE : L'ASSOCIATION POUR LA PREVENTION DE LA TORTURE

C'est Jean-Jacques Gautier (1912-1986), banquier et juriste suisse, qui créa en 1977 cette organisation agissant pour la prévention de la torture. Initialement dénommée Comité Suisse Contre la Torture, elle sera renommée Association pour la Prévention de la Torture (APT) (20). Jean Jacques Gautier est parti du constat qu'il est nécessaire de prévenir la survenue d'actes de torture plutôt que d'avoir à agir directement sur eux, une fois commis. Il expose les grands principes de son idée dans un article appelé « la proposition Gautier » (21). Il y énonce pour la première fois publiquement ce qui lui semble nécessaire pour prévenir de tels actes : la création d'un organisme de contrôle extérieur des lieux de détention, indépendant et international qui pourrait publier les résultats de ses enquêtes et mener des actions en justice. Ces principes ont concouru à la mise en place de l'APT qui est une organisation indépendante non gouvernementale. Pour parvenir à son but et agir pour la prévention de la torture, l'APT privilégie trois modes d'action. Tout d'abord, elle promeut un système de visite dans les lieux de privations de liberté. Ensuite, elle milite auprès des gouvernements pour la ratification des traités visant à prévenir la torture. Enfin, par son expertise dans ce domaine, elle soutient l'action des gouvernements et des associations (22).

L'APT est à l'origine de nombreux traités nationaux et internationaux (23) et a contribué à la rédaction de la *Convention Européenne pour la Prévention de la Torture et autres peines ou traitements inhumains ou dégradants* (CEPT), ainsi qu'à celle de la *Convention contre la torture et autres peines ou traitements cruels ou inhumains ou dégradants* (CAT) des Nations Unies et du *protocole facultatif* à cette convention (OPCAT).

2.2 LES DIFFERENTES CONVENTIONS POUR LA PREVENTION DE LA TORTURE

Les conventions précitées ont contribué à la mise en place de plusieurs mécanismes de contrôle des lieux de privation de liberté. Ceux dépendant de l'OPCAT : les Mécanisme(s) Natio-

nal(aux) de Prévention(s) (MNP) et le Sous-Comité pour la Prévention de la Torture (SPT). Celui dépendant du CEPT, le Comité européen pour la Prévention de la Torture (CPT).

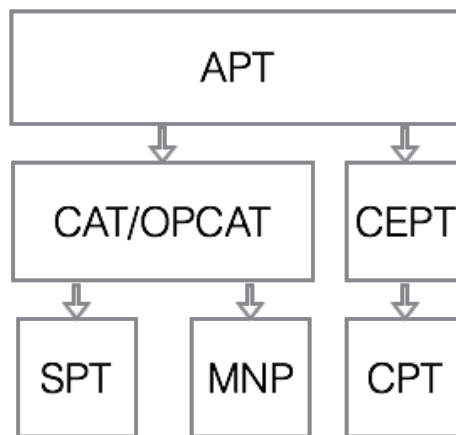


Figure 1 A L'ORIGINE DES MECANISMES DE CONTROLE

APT Association pour la Prévention de la Torture ; Convention contre la Torture (CAT) et son protocole optionnel (OPCAT) ; SPT Sous-comité pour la Prévention de la Torture (SPT) ; MNP Mécanisme National de Prévention ; CEPT Convention Européenne pour la Prévention de la Torture (CEPT) ; CPT Comité européen pour la Prévention de la Torture.

2.2.1 LA CONVENTION CONTRE LA TORTURE ET AUTRES PEINES OU TRAITEMENTS CRUELS OU INHUMAINS OU DEGRADANTS : CAT

La CAT a été adoptée le 10 décembre 1984 par l'Assemblée Générale de l'ONU et est entrée en vigueur le 26 juin 1987 (16). Dans la première partie de cette convention sont énumérées article par article, les dispositions que doit prendre chaque Etat pour lutter efficacement contre la torture. Ces articles concernent :

- La mise en place de mesures législatives, administratives, judiciaires (article 2) ;
- Le droit d'extradition de personnes victimes ou susceptibles d'être victimes d'actes de tortures (article 3) ;
- La mise en conformité du droit national avec l'interdiction de la torture (article 4) ;
- Le devoir d'information et d'enseignement au personnel civil ou militaire intervenant dans le traitement de tout individu détenu ou emprisonné (article 10).

Dans la deuxième partie, est instituée la création du Comité contre la torture (le Comité), qui veille à la mise en œuvre de la convention par les Etats parties. Mais chaque Etat, lors de la signature ou de la ratification, peut émettre des réserves concernant chaque article de cette con-

vention et peut ainsi déclarer qu'il ne reconnaît pas la compétence accordée au Comité (article 28). S'il reconnaît le Comité comme autorité, chaque Etat doit rendre un rapport la première année puis tous les quatre ans justifiant des actions menées pour la prévention de la torture. Le Comité examine chaque rapport puis rend des observations à l'Etat concerné. Il peut également, sous certaines conditions, mener des enquêtes dans les Etats (article 20), recevoir des requêtes émanant de particuliers (article 22), et traiter de plaintes entre Etats (article 21). Tous les travaux du Comité, à l'exception du rapport annuel, revêtent un caractère confidentiel.

Au 26 avril 2016, la convention compte 161 Etats parties et 83 Etats signataires (24). Malgré ce nombre élevé d'Etat parties, nombreux sont ceux ayant émis des réserves sur certains points dont la reconnaissance du Comité comme autorité, ce qui en limite grandement sa force. Par la suite, l'APT a continué son travail pour la prévention de la torture en promouvant un protocole optionnel à cette convention.

2.2.2 LE PROTOCOLE OPTIONNEL A LA CONVENTION CONTRE LA TORTURE : OPCAT

L'OPCAT (25) a été proposé aux Nations Unies par le Costa Rica, dès 1984, sous l'impulsion de l'APT. Il sera adopté le 18 décembre 2002 puis entrera en vigueur le 22 juin 2006. Trente ans plus tard, ce texte rappelle l'objectif initial de Jean-Jacques Gautier dans son article 1 : « *Le présent protocole a pour objectif l'établissement d'un système de visites régulières, effectuées par des organismes internationaux et nationaux indépendants, sur les lieux où se trouvent des personnes privées de liberté, afin de prévenir la torture et autres peines ou traitements cruels, inhumains ou dégradants* ».

2.2.2.1 Les mécanismes de contrôle

Alors que la CAT demande seulement aux Etats parties de mettre en conformité son droit national avec une série de règles édictées par l'ONU, l'OPCAT revêt un caractère plus contraignant en demandant l'établissement d'organismes agissant pour la prévention de la torture. Afin de mettre en œuvre l'article 1, le protocole instaure, dans sa première partie, deux mécanismes de contrôle :

- Au niveau international : le Sous-comité pour la Prévention de la torture et autres traitements cruels, inhumains ou dégradants du Comité contre la torture (SPT) (article 2) ;

- Au niveau national : un ou plusieurs organes dénommé(s) mécanisme(s) national(aux) de prévention (MNP) (article 3). Les MNP sont mis en place par les Etats dans la première année suivant l'adhésion au protocole.

Les MNP et le SPT représentent deux niveaux de contrôle distincts. Ils sont chargés de visiter les établissements de privation de liberté afin de contrôler les conditions de détention. A la suite de ces visites, ils émettent différents rapports et recommandations. Le SPT a un rayonnement international et coopère avec les organisations de l'ONU et les organisations gouvernementales qui militent en faveur de la prévention de la torture. Tandis que les MNP sont en rapport avec les autorités compétentes des Etats concernés.

2.2.2.2 Les Etats parties

Ils s'engagent, en signant le présent protocole, à tout faire pour que les MNP et le SPT s'acquittent de leurs mandats respectifs. A ce titre, ils doivent :

- Autoriser le SPT et le MNP à visiter tout établissement où se trouvent des « *personnes privées de liberté sur l'ordre d'une autorité publique* ». C'est par cette définition des lieux à visiter que les établissements de santé mentale rentrent dans le champ de l'OPCAT (article 4) ;
- Donner accès sans restriction à tous les lieux de privation de liberté tels qu'ils sont définis plus haut ainsi qu'à tous renseignements qu'ils jugeront nécessaires (articles 12, 14 et 20) ;
- Faciliter la communication entre le SPT et les MNP (articles 12, 14 et 20) ;
- Leur donner la possibilité de s'entretenir en privé avec les personnes de leur choix (articles 14 et 20) ;
- Examiner les recommandations du SPT et des MNP (articles 12 et 22) ;
- S'engager à n'appliquer aucune sanction à l'encontre d'une personne ou organisation qui aurait communiqué avec ces mécanismes (articles 15 et 21) ;
- Garantir l'indépendance des MNP et de leur personnel (article 18) ;
- Engager les ressources financières nécessaires au fonctionnement des MNP (article 18) ;
- S'engager à publier et à diffuser les rapports annuels des MNP (article 20).

L'OPCAT crée donc un double mécanisme de prévention de la torture : le SPT qui travaille à l'international et qui a un rôle ressource pour les MNP, qui agissent eux, au niveau national. Ce protocole optionnel comprend, en 2017, 83 Etats parties et 16 Etats signataires. 65 MNP ont été mis en place (26). Après signature de l'OPCAT le 16 septembre 2005 en France, Le Protocole est entré en vigueur le 11 décembre 2008 (27). Le CGLPL est le MNP Français.

2.2.3 LA CONVENTION EUROPEENNE POUR LA PREVENTION DE LA TORTURE ET DES PEINES OU TRAITEMENTS INHUMAINS OU DEGRADANTS

Adoptée par le Conseil de l'Europe le 26 novembre 1987, la CEPT est entrée en vigueur le 1^{er} février 1989. Elle est aujourd'hui ratifiée par tous les Etats membres du Conseil de l'Europe. Elle établit un Comité Européen pour la Prévention de la Torture et des peines ou traitements inhumains ou dégradants (CPT). Le CPT représente un mécanisme de prévention de la torture de niveau régional. Il réalise uniquement des visites programmées mais, à la manière des mécanismes instaurés par l'OPCAT, il agit également pour la prévention de la torture et des peines ou traitements cruels, inhumains ou dégradants. Chaque visite donne lieu à l'envoi d'un rapport confidentiel à l'Etat visité. Ce document peut être rendu public si l'Etat concerné en fait la demande. Enfin, le CPT rédige chaque année un rapport d'activité générale qui est rendu public (28).

Nous avons vu que l'APT a joué un rôle central dans le développement de mécanismes de contrôle des lieux de privation de liberté. Ces mécanismes visent à prévenir les actes de torture et ont dans leur champ de compétence, entre autres, les établissements psychiatriques. En Europe et plus particulièrement en France, trois mécanismes peuvent se rencontrer. Ils représentent chacun un niveau de contrôle. Le SPT, à l'international, travaille en visitant les établissements de tous les Etats parties de l'OPCAT et en soutenant les MNP. Le CPT, au niveau européen, visite les établissements des Etats membres du Conseil de l'Europe. Et au niveau national, le CGLPL réalise des visites en France tout en travaillant en partenariat avec le SPT.

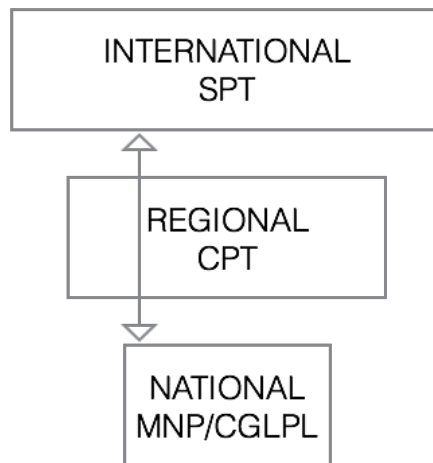


Figure 2 UN SYSTEME DE CONTROLE A TROIS NIVEAUX

SPT : Sous-comité de Prévention à la Torture ; CPT : Comité européen pour la Prévention de la Torture ; MNP : Mécanisme National de Prévention ; CGLPL : Contrôleur Général des Lieux de Privation de Liberté

3 LE CONTROLEUR GENERAL DES LIEUX DE PRIVATION DE LIBERTE : LE MNP FRANCAIS

Conformément aux dispositions de l'OPCAT, le CGLPL a été institué en France par la loi du 30 octobre 2007 (29) modifié par celle du 26 mai 2014 (30). Ce texte a été assorti d'un décret (31) précisant certaines dispositions relatives au fonctionnement du CGLPL.

Contrairement à d'autres Etats, la France a mis en place le CGLPL avant de ratifier l'OPCAT, et comme nous allons le voir, la loi du 30 octobre 2007 modifié par celle du 26 mai 2014 va reprendre les critères imposés aux Etats parties de l'OPCAT. C'est cette loi, assortie de son décret, que nous allons suivre pour décrire l'activité du Contrôleur.

3.1 LE CONTROLEUR GENERAL

Nommé pour six ans par le Président de la République, le CGLPL a le statut d'autorité administrative indépendante. Le titulaire de cette fonction est choisi selon ses compétences, connaissances et engagements dans le domaine des privations de liberté. Son mandat est non renouvelable, non révocable et il ne peut, durant son exercice, exercer aucune autre activité. Dans le cadre de ses fonctions, le CGLPL bénéficie d'une immunité totale concernant les opinions ou actes accomplis et ne reçoit d'instruction d'aucune autorité (article 2) (29).

Il est aidé dans sa mission d'une équipe administrative, d'un secrétaire général ainsi que d'une équipe de contrôleurs (32) :

- 20 contrôleurs exerçant à temps plein ;
- 20 intervenants extérieurs ;
- 7 contrôleurs travaillant exclusivement au service des saisines.

Les contrôleurs apportent leur concours de manière continue ou intermittente et sont tous placés sous sa seule autorité. Ils peuvent avoir le statut de magistrats, fonctionnaires, praticiens hospitaliers, militaires placés en situation de détachement ou d'agents non titulaires de droit public, qu'ils soient actifs ou retraités (articles 2 et 3) (31). Ils ne participent pas aux visites d'établissements dans lesquels ils ont exercé une activité (avec un délai de 10 ans) ni dans lesquels ils pourraient entretenir une relation d'amitié avec une personne y travaillant (33).

Adeline Hazan a été nommée Contrôleure générale en juillet 2014 (34). Elle a succédé à Jean-Marie Delarue qui fut le premier à ce poste de juin 2008 à juin 2014 (35). Depuis sa prise de fonction, elle a, à de nombreuses occasions, exprimé son souhait de faire de la psychiatrie une des priorités de son mandat.

3.1.1 MISSIONS

Le CGLPL veille à ce que les personnes privées de liberté soient traitées dans le respect de leurs droits fondamentaux en prévenant toute violation de ceux-ci. Il contrôle les conditions de prise en charge et de transfèrement de ces personnes ainsi que l'exécution des mesures d'éloignement prononcées à l'encontre d'étrangers en situation irrégulière (article 1) (29).

Sa mission, comme l'a rappelé à de nombreuses reprises J-M. Delarue, ne se limite pas aux personnes privées de leurs libertés : le Contrôleur Général s'attache également aux conditions de travail des personnes intervenant dans ces établissements, car selon lui c'est en évaluant les conditions de détention dans leur globalité que l'on peut apprécier l'ensemble de la situation.

3.1.2 LES LIEUX VISITES

Les lieux visités sont définis dans l'article 8 (29) :

- « ...tout lieu où des personnes sont privées de leur liberté par décision d'une autorité publique... », et à ce titre, il visite des locaux de garde à vue, des établissements pénitentiaires, des centres de rétention administrative, des centres éducatifs fermés... ;
- Ainsi que « ...tout établissement de santé habilité à recevoir des patients hospitalisés sans leur consentement visé à l'article L.3222-1 du code de la santé publique... ».

En dehors de ces institutions communément admises par la société comme étant des lieux de privation de liberté, le CGLPL pose la question depuis 2008 d'ajouter à son champ de compétence les établissements accueillant des personnes handicapées (36), mais aussi ceux hébergeant des personnes âgées dépendantes (EHPAD). En effet, certains EHPAD exercent, bien souvent dans un but de sécurité, des mesures restrictives des libertés avec des services fermés et, semble-t-il, un recours régulier à la contention mécanique. Malgré les avis de la Commission Nationale Consultative des Droits de l'Homme (CNCDH) ainsi que ceux du CGLPL portant sur l'ouverture d'accès des EHPAD au Contrôleur, le débat est toujours en cours, et les portes des EHPAD restent fermées au Contrôleur (37) (38).

3.1.3 MOYENS D'ACTIONS

Les moyens d'actions du CGLPL sont détaillés dans la loi du 30 octobre 2007 (29). Il agit principalement en visitant les lieux de privation de liberté et en traitant les saisines qui lui sont adressées. À la suite de quoi, il peut rendre des avis, des recommandations, des rapports de visite. Il remet annuellement un rapport d'activité au gouvernement.

3.1.3.1 Le traitement des saisines (article 6)

Toute personne physique ou morale ayant eu affaire, selon elle, à une situation relevant des prérogatives du CGLPL (atteinte ou risque d'atteinte aux droits fondamentaux des personnes privées de liberté) peut saisir le CGLPL afin de porter ces faits à sa connaissance. Le Contrôleur peut également se saisir lui-même d'une situation dont il a eu connaissance. Si les éléments rapportés dépendent de ses fonctions, il procède alors à des vérifications auprès des personnes et établissements concernés aboutissant soit, à l'arrêt de la situation attentatoire aux droits fondamentaux soit, à une enquête dans l'établissement concernant uniquement le thème rapporté.

3.1.3.2 Les visites (article 8)

Inopinées ou programmées, les visites se déroulent à tout moment du jour ou de la nuit dans les lieux mentionnés ci-dessus. Les autorités responsables des lieux visités ne peuvent s'y opposer sauf « *...pour des motifs graves et impérieux liés à la défense nationale, à la sécurité publique, à des catastrophes naturelles ou à des troubles sérieux dans le lieu visité...* ». Chaque visite est effectuée par une équipe de plusieurs contrôleurs. Ils circulent librement et se rendent dans l'ensemble des locaux de l'établissement. Ils s'entretiennent avec toute personne dont ils jugent le concours nécessaire (patients, soignants, médecins...) ainsi qu'avec toute personne qui en ferait la demande. Ils veillent à s'assurer du respect de la confidentialité de ces échanges.

Durant ces visites, les contrôleurs ont accès à tous documents et toutes informations utiles à l'accomplissement de leur mission sans qu'aucun secret ne puisse leur être opposé, à l'exception de ceux dont « *la divulgation est susceptible de porter atteinte au secret de la défense nationale, à la sûreté de l'Etat, au secret de l'enquête et de l'instruction ou au secret professionnel applicable aux relations entre un avocat et son client* ».

En revanche, la loi du 26 mai 2014 modifiant la loi du 30 octobre 2007 (30) dispose que « *les informations couvertes par le secret médical peuvent être communiquées, avec l'accord de la personne concernée, aux contrôleurs ayant la qualité de médecin* ». Ce texte prévoit également qu'il puisse être dérogé au principe du secret médical dans des situations très précises, « *relatives à des privations, sévices et violences physiques, sexuelles ou psychiques commis sur un mineur ou sur une personne qui n'est pas en mesure de se protéger en raison de son âge ou de son incapacité physique ou psychique* ». Dans pareils cas, le consentement de la personne concernée n'est plus requis pour que de tels faits soient portés à la connaissance du contrôleur. Ces dispositions semblent notamment faire référence à la situation de toute personne hospitalisée sans son consentement. En d'autres termes, cette loi permettrait l'accès au dossier médical de ces patients, y compris contre leur gré.

A l'issue de chaque visite, le CGLPL rend un « pré rapport » de visite au directeur de l'établissement afin qu'il corrige d'éventuelles erreurs. Il envoie son rapport aux ministres intéressés (dans notre cas, le ministre des affaires sociales, de la santé et des droits des femmes). Le ministre rend alors des observations dans un temps imparti qui seront jointes au rapport d'établissement. Dans ces rapports, sont détaillés l'état, l'organisation et le fonctionnement des lieux visités, ainsi que la condition des personnes privées de liberté. A la fin de chaque rapport, se trouve une série d'observations concernant certaines dispositions à mettre en œuvre.

Lors de ces visites, si le CGLPL prend connaissance de faits relevant d'une infraction pénale ou d'éléments de nature à relever d'une sanction disciplinaire, il se doit d'en référer respectivement au procureur de la République ou aux autorités disciplinaires (Article 9) (article 40 du Code de procédure pénal) (39).

3.1.3.3 Recommandations (article 10)

Les recommandations sont adressées par le CGLPL aux ministres concernés et font suite aux rapports de visite d'un établissement. Elles sont rendues publiques et si leurs portées sont d'ordre général, elles peuvent être publiées au Journal Officiel de la République Française.

3.1.3.4 Avis (article 10)

Un avis porte sur une thématique particulière et consiste en une synthèse de différentes observations effectuées à la suite de plusieurs visites. Il est destiné à être transmis au gouvernement afin d'induire des modifications législatives mais aussi des projets de construction, réhabilitation, ou restructuration d'établissement. Les avis sont rendus publics.

3.1.3.5 Rapports annuels (article 11)

Le CGLPL rend un rapport annuel de son activité au Président de la République et au parlement, rapport rendu public et disponible sur son site internet.

3.1.3.6 Rapports thématiques

Fort de huit années de visites, le Contrôleur a décidé depuis l'année 2016 de développer un nouveau moyen d'action et de communication par l'intermédiaire de rapports thématiques. Ces rapports reprendront les constats et recommandations relatifs à une thématique spécifique concernant les lieux de privation de liberté. Le premier rapport publié porte sur *l'isolement et la contention dans les établissements de santé mentale*.

Le contrôle des lieux de privation de liberté comprend plusieurs niveaux, et les établissements de santé mentale peuvent être à tout moment visités par le SPT, le CPT ou le MNP français, le CGLPL. Alors que le CGLPL veut faire de la protection des patients hospitalisés en psychiatrie une de ses priorités, nous allons voir quels ont été ses constats en santé mentale depuis l'instauration de cette autorité et de quelle manière son travail a pu changer notre pratique quotidienne.

4 LE CONTROLEUR GENERAL ET LA PSYCHIATRIE

Nous détaillerons dans un premier temps les avis d'ordre général puis les rapports annuels et leurs recommandations traitant des institutions psychiatriques. Dans un second temps, nous analyserons les recommandations spécifiques à la psychiatrie. En parallèle nous recenserons les modifications législatives qui semblent répondre ou faire écho aux points soulevés par le CGLPL. Nous proposerons également une synthèse du rapport thématique concernant les mesures de contrainte physique pratiquées en psychiatrie. Enfin, nous nous intéresserons à l'évolution des saisines depuis la création du CGLPL.

4.1 AVIS D'ORDRE GENERAL

4.1.1 AVIS RELATIF A L'EXERCICE DU CULTE DANS LES LIEUX DE PRIVATION DE LIBERTE - 24 MARS 2011

Suite aux nombreuses visites des lieux de privation de liberté sous sa responsabilité, le CGLPL a noté certaines difficultés relatives à l'exercice du culte. Bien que les EPSM ne soient que très peu cités dans cet avis, il est important de rappeler certains principes nécessaires à la pratique religieuse :

- Le principe de neutralité implique le traitement identique des différentes religions ;
- Sans approbation des pratiques, il est nécessaire de reconnaître aux personnes privées de leur liberté des commodités (comme l'alimentation) indissociables de leur pratique religieuse (40).

4.1.2 AVIS RELATIF À L'USAGE DU TELEPHONE PAR LES PERSONNES PRIVEES DE LIBERTE - 10 JANVIER 2011

Cet avis n'évoque pas les EPSM mais rappelle néanmoins certains points transposables à tous les lieux de privation de liberté. Il est nécessaire, selon le CGLPL, que les personnes captives puissent avoir accès à des cabines téléphoniques préservant leur intimité, sans que les conversations soient entendues par une tierce personne. Il faut éviter toute implantation de poste téléphonique dans des lieux de passage (41).

4.1.3 AVIS RELATIF A L'EMPLOI DE LA VISIOCONFERENCE A L'EGARD DES PERSONNES PRIVEES DE LIBERTE - 14 OCTOBRE 2011

Le CGLPL rappelle que le droit à la défense est un principe cardinal d'un procès équitable tel qu'il est défini par l'article 16 de la DDHC de 1789 (6). Le respect de l'équilibre entre les parties est un des aspects des droits de la défense. La personne accusée doit pouvoir être présente à l'audience, et comprendre ce qu'il advient. Plusieurs dispositions donnent la possibilité d'avoir recours à la visioconférence dans les lieux de privation de liberté. Concernant la psychiatrie, la loi du 5 juillet 2011 (2) va entraîner l'intervention du juge et d'avocats dans un volume important. Dans un but « productiviste », il peut initialement être recouru à la visioconférence, sous la double réserve qu'un avis médical confirme que cette option est compatible avec l'état de la personne et que cette dernière ne s'y oppose pas (article L.3211-12-2, CSP).

Mais, selon le CGLPL, le développement de cette technique affaiblit les droits de la défense. Pour des personnes présentant déjà, pour certaines, des difficultés d'expression, la présence physique en audience est un moyen d'expression. La communication face à un pupitre et une caméra peut être un exercice difficile. L'avocat doit choisir, pour l'audience, entre se trouver auprès du juge ou de son client, ce qui entrave son travail dans tous les cas. Le CGLPL rappelle également que les économies réalisées ne suffisent pas pour légitimer le recours à la visioconférence (42).

La loi du 27 septembre 2013 (3) retire cette possibilité de recours à la visioconférence pour les audiences avec le JLD et rend obligatoire la présence d'un avocat.

4.2 LES RAPPORTS ANNUELS ET LEURS RECOMMANDATIONS

Le CGLPL fait annuellement le bilan de son activité dans un rapport. Celui-ci comprend une partie d'analyse politique (réponses aux différentes réactions sociétales et politiques secondaires aux publications), une partie évaluant les suites données aux avis et recommandations, et une partie synthétisant l'ensemble des recommandations groupées par type d'établissement. C'est l'analyse des recommandations faites dans les rapports annuels du CGLPL de 2008 à 2015 que nous allons détailler dans ce chapitre (36,38,43–48). Elles vont reprendre pour partie celles que nous avons vu précédemment et porter sur la prise en charge globale des patients plus que sur les simples conditions de détention.

Elles sont regroupées selon les thématiques utilisées par le CGLPL dans les rapports : procédure, accès aux soins, relations avec l'extérieur, isolement et contention, conditions matérielles, conditions de travail des personnels, accès aux droits, ordre intérieur ainsi qu'activités et promenades.

4.2.1 PROCEDURE

Les nouvelles réformes législatives, instaurant les audiences foraines et interdisant le recours simplifié à la visioconférence ont profondément modifié l'organisation des EPSM et des tribunaux. Sachant que ces audiences peuvent être source d'incompréhension, d'anxiété ou plus simplement d'indifférence pour les patients (49) (50), le CGLPL recommande que les pratiques de chaque structure soient évaluées et partagées afin de les généraliser sur l'ensemble du territoire. Par ailleurs, il remarque que certains patients, dans l'incapacité manifeste de donner un consentement éclairé, (pour partie des patients souffrant de démence, d'autisme ou de déficience intellectuelle) sont hospitalisés en soins libres (SL) et recommande que soit mis fin à de telles situations en adaptant leur statut juridique à leur état clinique.

4.2.2 ACCES AUX SOINS

La spécificité des patients souffrant d'un trouble psychiatrique les rend plus vulnérables face à l'accès aux soins et rend nécessaire l'accès à des structures spécialisées. Le CGLPL recommande, pour faire face à ces demandes, la poursuite du développement d'unité d'accueil des urgences psychiatriques. Aussi, face à l'offre de soins somatiques qui est largement insuffisante

dans les EPSM (51), le CGLPL suggère que soit créé un guide de bonnes pratiques de soins somatiques relatifs aux patients admis en SSC. Selon lui, cela pourrait permettre d'augmenter la présence de médecins somaticiens là où elle est insuffisante. Il rappelle que conformément aux termes du CSP, les patients doivent avoir le libre choix de l'établissement de santé et du praticien qui les prend en charge (52) (53).

L'accès aux soins passe également, pour les patients admis en SSC, par les procédures définies par les lois du 5 juillet 2011 (2) et du 27 septembre 2013 (3). Ces lois donnent la responsabilité de l'admission en SSC au directeur de l'établissement ou au représentant de l'Etat. A la manière de certains pays d'Europe qui placent l'autorité judiciaire comme décisionnaire d'admissions en SSC et conformément aux dispositions de la Recommandation R 1235 (1994) de l'assemblée parlementaire du Conseil de l'Europe (54), le CGLPL recommande que les mesures de SSC soient confiées à un juge. M. Robilliard discutait déjà cette possibilité dans son rapport de 2013 et pointait les nombreuses difficultés qu'entraînerait une telle décision (55). Concernant les admissions à la demande du représentant de l'Etat et celles à la demande d'un tiers, le CGLPL souhaiterait qu'elles soient fusionnées.

Le CGLPL demandait à ce que les pouvoirs publics définissent une procédure d'accès dans les UMD plus équitable, afin que les personnes ayant séjourné en UMD ou jugées irresponsables pénalement ne subissent plus de discriminations. Cette requête faisait suite à l'introduction par la loi du 5 juillet 2011 (2) de dispositions dérogatoires pour les patients présentant des antécédents de prise en charge en UMD et/ou d'irresponsabilité pénale (avis d'un collège médico-soignant et de deux experts psychiatriques pour toute levée ou transformation de la mesure de SSC). Dans une décision rendue le 20 avril 2012 (56), le Conseil constitutionnel a jugé qu'en l'état, ce régime était inconstitutionnel. Cela a conduit à son assouplissement par la loi du 27 septembre 2013 qui limite le recours au collège médico-soignant et aux expertises aux infractions les plus graves.

4.2.3 RELATIONS AVEC L'EXTERIEUR

Selon l'article 8 de la CESDH, « *toute personne a droit au respect de sa vie privée et familiale, de son domicile et de sa correspondance* » (12). Afin de ne pas méconnaître cet article et de favoriser et préserver les liens familiaux des patients admis en SSC, le CGLPL rappelle que les correspondances (écrites ou téléphoniques) doivent se faire dans le plus strict respect de la confidentialité. Aucune restriction ou interdiction ne saurait être appliquée de manière systématique lors

de l'admission d'un patient dans une unité. Pour garantir ce droit dans les EPSM, il recommande qu'y soient installées des cabines téléphoniques et des boîtes aux lettres accessibles aux patients.

Favoriser les relations avec l'extérieur signifie aussi, pour le CGLPL, mieux intégrer une tierce personne dans la prise en charge des patients. Il souhaite ainsi que la place de la personne de confiance soit repensée, notamment au moment de la comparution du patient devant le JLD. Il rappelle que bien trop souvent, le principe même de la personne de confiance (57) est peu expliqué au patient et qu'il mériterait d'être mieux présenté aux personnes admises en SSC.

4.2.4 ISOLEMENT et CONTENTION

Comme le CPT le recommandait en 2012 (58), le CGLPL demande que soit mis en place un registre spécifique consignant toutes les mesures d'isolement et de contention mises en œuvre dans les EPSM. Le recours à ces pratiques se doit d'être évalué quantitativement et qualitativement au niveau national comme le rappelle maintenant la Loi de Modernisation de notre Système de (LMSS) (59). Aussi, la mise en chambre d'isolement devrait s'accompagner obligatoirement d'entretiens au début, à la fin de la mesure, ainsi que tout au long de l'hospitalisation. Les chambres d'isolement, à défaut de rendre les patients audibles ou visibles en permanence par le personnel, devraient comprendre des dispositifs (interphone, bouton d'appel) leur permettant de signaler un besoin d'assistance.

Concernant ces mesures, le CGLPL souligne deux situations :

- Les patients détenus hospitalisés doivent jouir des mêmes droits qu'en détention, et leur placement en chambre d'isolement, assorti du recours à la contention, ne doit répondre qu'à une nécessité thérapeutique dument justifiée ;
- Les patients admis en SL et placés en chambre d'isolement pour une durée de plus de 12 heures, qui ne manifestent pas expressément leur souhait de rester en SL, doivent voir leur statut juridique adapté à leur état.

Ces situations viennent appuyer les recommandations édictées dès 1993 par la circulaire VEIL *portant sur le rappel des principes relatifs à l'accueil et aux modalités de séjours des malades hospitalisés pour troubles mentaux*. Ainsi, elle y rappelait que toute mesure de contrainte et de restriction de liberté doit être adaptée à l'état de santé du patient et à la nature de son hospitalisation, mais qu'« *en cas d'urgence, il peut être possible d'isoler, pour des raisons tenant à la sécurité, un malade quelques heures en attendant, soit la résolution de la situation d'urgence, soit la transformation de son régime d'hospitalisation sous contrainte* » (60). Les récentes recommanda-

tions de la Haute Autorité de Santé (HAS) vont dans le même sens. Elles limitent le maintien d'une telle situation à 12 heures aboutissant soit à la résolution de l'urgence et à la fin de la mesure, soit à l'initiation d'une HSC (61).

4.2.5 CONDITIONS MATERIELLES

Datant souvent du XIX^e siècle, l'architecture des bâtiments prend peu en compte les besoins spécifiques des patients. Les standards des EPSM lors des projets de rénovation se retrouvent parfois inférieurs à ceux des hôpitaux généraux avec des « *exigences moindres sur le nombre de chambres individuelles* » (62). Selon le CGLPL, l'architecture des bâtiments doit tenir compte de la mixité et permettre aux patients de contrôler la fermeture de leur chambre. Les patients hospitalisés en SSC devraient également bénéficier d'un local sanitaire dans leur chambre. Pour permettre de maintenir au mieux les liens avec l'extérieur, le CGLPL estime qu'il serait bon de mettre à disposition des patients et de leurs entourages des lieux de rencontre au sein de l'hôpital. Des aires de pique-nique ou de jeux pour enfants permettraient de maintenir les liens entre des hommes ou des femmes hospitalisées et leurs enfants, favorisant également l'adhésion aux soins. Un système d'hôtellerie, tel qu'il existe déjà pour les centres hospitaliers généraux doit être envisagé. En dehors de ces considérations, le Contrôleur rappelle, comme l'avait déjà affirmé un arrêt de la Cour d'appel de Paris du 17 mars 1986 (63), que la chambre d'un patient est considérée comme un lieu de vie privé. Ainsi, les patients doivent disposer de leurs affaires personnelles et pouvoir s'approprier l'espace, avec par exemple l'utilisation d'un panneau mural.

La situation des mineurs interpelle également le CGLPL. Il rappelle que selon la *Convention Internationale des Droits de l'Enfant (CIDE)* (64), les mineurs ne doivent pas être hospitalisés avec les adultes. Il met alors en avant l'offre de soins actuelle en pédopsychiatrie qu'il juge insuffisante. Il est nécessaire selon lui d'envisager la création de lits d'hospitalisation.

4.2.6 CONDITIONS DE TRAVAIL DES PERSONNELS

Comme il l'a recommandé à travers la création de lits d'hospitalisation supplémentaires, le CGLPL souhaite que des moyens supplémentaires soient alloués aux EPSM. Il recommande ainsi aux autorités d'évaluer les besoins des services de psychiatrie et de les renforcer en moyens logistiques et humains, en favorisant spécifiquement les structures extrahospitalières.

Il souhaite également que les formations des professionnels de santé soient réévaluées. A l'instar de M. Robiliard, qui l'avait déjà préconisé dans un précédent rapport (65), le CGLPL estime que les étudiants infirmiers souhaitant travailler en EPSM devraient bénéficier d'une formation spécialisée en psychiatrie, sur le principe de celle qui a été supprimée en 1993. De manière plus générale, il recommande que l'ensemble des intervenants travaillant dans des milieux fermés soient mieux formés.

4.2.7 ACCES AU DROIT

Après avoir constaté que les patients ne jouissent pas au mieux de leurs droits au sein des EPSM, le CGLPL va faire plusieurs recommandations. Il demande aux ministères d'émettre une circulaire d'application clarifiant certaines applications de la loi du 5 juillet 2011 (2) et que soit réalisé, au niveau national, un document type qui permettrait d'expliquer aux patients en termes simples les différents modes d'hospitalisation ainsi que les différentes voies de recours qui leur sont ouvertes. Au niveau des établissements, la remise de la notification devrait être formalisée tout en s'assurant de l'effectivité de celle-ci. Le CGLPL fait également le constat de l'existence de points d'accès au droit dans certains EPSM et préconise, comme certaines associations de patients (66), que leur développement se généralise (67) (68). Le tableau de l'ordre des avocats se doit d'être affiché dans toutes les unités. Les avocats assistant les patients devraient bénéficier d'une formation concernant les pathologies psychiatriques et leurs indemnités devraient se voir revalorisées. Dans un rapport parlementaire paru en 2012, MM. Blisko et Lefrand proposaient déjà de mieux définir le « *rôle de l'avocat dans le cadre du recours de plein droit sur les mesures de soins sans consentement* » (69). Le CGLPL vient ainsi appuyer ces propositions.

La composition des Commissions des Relations avec les Usagers et de la Qualité de la Prise en Charge (CRUQPC) devrait être changée. Il faudrait, selon le CGLPL, qu'y soit inclus systématiquement les associations d'usagers ou de familles de malades ainsi que des professionnels du droit. Cette instance devrait être systématiquement consultée concernant les règlements intérieurs des unités ou les équipements des chambres d'isolement. La LMSS instaurant la Commission Des Usagers (CDU) répond en partie au CGLPL en donnant la possibilité à un représentant des usagers d'y être élu président (59).

4.2.8 ORDRE INTERIEUR

L'admission dans un service est généralement accompagnée de la formulation d'un certain nombre de règles propres à chaque unité. Ces règles concernent entre autres, les conditions d'admission, le droit de la défense, le respect de la vie privée ainsi que les liens familiaux. Le CGLPL met en avant les trop grandes disparités entre différents pôles d'un même établissement voire différents services d'un même pôle. Il souhaite ainsi que les règles ayant trait aux droits fondamentaux soient uniformisées au niveau national. Il émet ainsi une série de recommandations :

- Une personne hospitalisée doit pouvoir accéder librement à sa chambre, et doit avoir un accès à l'air libre ;
- Les relations sexuelles dans les unités ne sauraient être interdites de manière absolue. Comme le rappelait la Cour d'appel de Bordeaux dans une décision du 6 novembre 2012 (70), aucun règlement ne peut interdire aux patients d'une unité d'avoir des relations sexuelles entre eux. De plus, cela est contraire à l'article 8 de la CESDH. Néanmoins une telle restriction peut être justifiée si elle est proportionnée et adaptée à l'état du patient (71) ;
- Rien ne peut légitimer le port du pyjama de manière systématique dans les unités d'hospitalisation. Dans tous les cas, s'il y est recouru, son utilisation doit être proportionnée à l'état du patient.

Le CGLPL pointe aussi l'absence de mécanisme de contrôle lors de l'application d'une mesure à caractère sécuritaire (comme fermer une unité dite « ouverte »). Selon lui, ce type de mesure se trouve être contraire aux droits fondamentaux. Dès lors, il lui semblerait utile que les représentants des usagers, des familles, du personnel, ainsi que le comité d'éthique de l'établissement soient informés et donnent leur avis.

4.2.9 ACTIVITES ET PROMENADES

Le CGLPL rappelle à de nombreuses reprises que les activités doivent être encouragées dans toutes les unités d'hospitalisation et cela, indifféremment des modes d'hospitalisation. Les activités, bien qu'à caractère occupationnel, semblent parfois jouer un rôle thérapeutique non négligeable et le droit à l'ennui, donné régulièrement comme acte thérapeutique, ne paraît pas être justifié. Au-delà des activités, toutes les unités devraient permettre aux patients d'accéder à un espace à l'air libre (cour ou patio) qui permettrait de pouvoir s'isoler.

Nous venons de le voir, les recommandations présentes dans les rapports annuels ne traitent pas uniquement des personnes privées de leur liberté mais des institutions psychiatriques dans leur ensemble. Le CGLPL nous offre ainsi une analyse, entre autre, du fonctionnement, des locaux et de la formation des soignants. En dehors de ces observations généralistes, le CGLPL a publié au Journal Officiel (JO) des recommandations traitant de situations particulières.

4.3 RECOMMANDATIONS SPECIFIQUES A LA PSYCHIATRIE

Conformément à la loi du 30 octobre 2007 (29), trois recommandations ont été publiées concernant des EPSM dont une sur cette structure si particulière, l'Infirmier Psychiatrique de la Préfecture de Police de Paris (IPPP).

4.3.1 RECOMMANDATIONS RELATIVES AU CENTRE HOSPITALIER ESQUIROL DE LIMOGES - 18 JUIN 2009

4.3.1.1 *Constats*

Le CGLPL va publier les recommandations concernant ce centre hospitalier. Leur portée est d'ordre général et certaines d'entre elles restent d'ailleurs d'actualité puisque toujours régulièrement dénoncées dans les rapports du CGLPL :

- L'information faite aux patients admis en SSC se fait dans des termes juridiques inappropriés et un modèle de document devrait être réalisé au niveau national ;
- La liberté de correspondance ne peut être remise en cause y compris pour répondre à des objectifs de soin et de protection des personnes ;
- La prise en charge des personnes hospitalisées sans leur consentement n'est pas réalisée dans les meilleures conditions dès lors qu'un manque de soignants ne leur permet pas de se rendre aux activités en dehors des services ;
- Les sorties d'essai sont détournées de leur but originel aux fins de maintenir des soins ambulatoires sous contrainte durant de longues périodes, sous un régime juridique qui n'est plus justifié. Le CGLPL estimait alors que cette situation devrait faire l'objet d'une réflexion au niveau national ;

- Le recours à la contention doit faire l'objet d'un suivi quantitatif et qualitatif au moyen d'un document renseigné. Un modèle type doit être élaboré au niveau national ;
- La situation administrative et judiciaire des patients détenus ne devrait pas interférer avec leur prise en charge, et ils devraient bénéficier des mêmes régimes que dans l'établissement pénitentiaire (visite, promenade, accès au téléphone) (72).

4.3.1.2 Modifications législatives

La loi du 5 juillet 2011 (2), modifiée par celle du 27 septembre 2013 (3) vient régler le problème des soins ambulatoires. En effet l'article L.3211-2 du code de santé publique (CSP) créant les SSC ambulatoires remplace les sorties d'essai et règle la question du cadre légal de ces soins hors les murs. Les patients ont alors la possibilité de saisir, entre autre, le JLD et doivent recevoir une information régulière sur leurs droits.

La LMSS du 26 janvier 2016 (59), comporte également plusieurs dispositions faisant écho à ces avis et recommandations du CGLPL. Ainsi, sur la question de l'information des patients, elle dispose que le système de santé public se doit de réserver une diffusion gratuite, accessible et adaptée des informations de santé aux personnes handicapées (article L.1111-1-1 du CSP). Elle stipule également que tout patient hospitalisé doit être informé du « *coût de l'ensemble des prestations reçues* » durant son séjour (article L.1111-3 du CSP). En psychiatrie, plus particulièrement en HSC, cela concernerait notamment la prise en charge des frais d'avocats puisque leur présence est désormais obligatoire lors de l'audience du JLD. Dans un souci d'équité, et pour satisfaire aux exigences de la loi, des députés ont très récemment proposé que soit reconnu le bénéfice de l'aide juridictionnelle de plein droit aux personnes admises en SSC (73).

L'apport majeur de la LMSS, dans le domaine psychiatrique, tient au fait qu'elle inscrit les mesures d'isolement et contention dans le CSP, au travers de l'article L.3222-5-1 (59). Le CGLPL n'avait eu de cesse, depuis 7 ans, de réclamer que ces mesures soient encadrées par la loi. C'est désormais chose faite et celle-ci dispose que l'isolement et la contention sont des « *pratiques de dernier recours* » destinées uniquement à prévenir « *un dommage immédiat ou imminent pour le patient ou autrui* ». La décision de placement en chambre d'isolement doit être prise par un psychiatre, « *pour une durée limitée* » et sa mise en œuvre doit se faire sous « *surveillance stricte* ». Par ailleurs, cet article prévoit la création d'un dispositif de suivi avec, pour chaque EPSM, la tenue d'un registre administratif qui doit pouvoir être présenté, sur leur demande, à la Commission départementale des soins psychiatriques (CDSP), au CGLPL ou à ses délégués ainsi qu'aux parle-

mentaires. Enfin, un rapport annuel doit être rédigé au sein de chaque EPSM afin de rendre compte de « *la pratique de placement en chambre d'isolement et contention* », de « *la politique définie pour en limiter le recours* » et de « *l'évaluation de sa mise en œuvre* ».

Enfin, dernier point, le développement d'Unités Hospitalières Spécialement Aménagées (UHSA) vient répondre aux différences de prise en charge entre patients détenus et patients hospitalisés selon les dispositifs de droit commun. L'UHSA offre en effet la possibilité de dispenser des SL et des SSC à ces patients et la sécurité extérieure confiée au personnel pénitentiaire permet aux équipes de santé de dispenser des soins sans préoccupations sécuritaires.

4.3.2 RECOMMANDATIONS RELATIVES A L'INFIRMERIE PSYCHIATRIQUE DE LA PREFECTURE DE POLICE DE PARIS (IPPP) - 15 FEVRIER 2011

4.3.2.1 *Constats*

L'IPPP est une structure particulière, unique en France, qui dépend exclusivement de la Préfecture de police de Paris. Elle prend en charge des patients admis en Soins Psychiatriques sur Décision du Représentant de l'Etat (SPDRE) selon l'article L.3213-2 du CSP. A Paris, les patients peuvent être admis à l'IPPP durant les 48 heures de la mesure provisoire. Cette mesure, prise par le commissaire de police, doit être confirmée par la prise d'un éventuel arrêté préfectoral qui s'accompagne alors d'un transfert dans un établissement « de droit commun ». En l'absence d'arrêté le patient sera alors « relâché ». Cette structure ne rentre pas dans l'ensemble des centres hospitaliers de droit commun assurant les SSC définis à l'article L.3222-1 du CSP et aucune visite n'est organisée par les magistrats des tribunaux compétents (article L.3222-4 du CSP). Les « droits de la personne » figurant dans le CSP ne s'appliquent donc pas (3).

Le CGLPL pointe le fait qu'il peut y avoir confusion dès lors que le personnel exerçant à l'IPPP dépend de la Préfecture de police. Le doute entre considérations médicales et considérations d'ordre public est, selon lui, entretenu. De plus, les membres de la CDSP sont nommés à Paris par le préfet de police. Les garanties d'indépendance ne sont alors pas les mêmes que dans d'autres départements où l'Agence Régionale de Santé (ARS) nomme les représentants de la CDSP. Devant ces observations, le CGLPL recommande au gouvernement de transférer les moyens de l'IPPP au dispositif hospitalier de droit commun (74).

4.3.2.2 Modifications législatives

Conformément à la demande du CGLPL, l'article 73 de la LMSS (59) demande au gouvernement d'établir un rapport dans les six mois, sur l'évolution de l'organisation de l'IPPP afin que cette structure soit mise en conformité avec le régime de protection des personnes prises en charge en SSC. A ce jour, alors que le délai de six mois est dépassé, aucun rapport n'a été présenté au Parlement. Il semblerait néanmoins que ce rapport soit actuellement en cours de rédaction (75).

4.3.3 RECOMMANDATIONS RELATIVES AU CENTRE PSYCHOTHERAPEUTIQUE DE L'AIN - 8 FEVRIER 2016

4.3.3.1 Constats

Devant le constat de plusieurs violations graves des droits fondamentaux des patients hospitalisés dans cet établissement, le CGLPL a à nouveau utilisé la possibilité de rendre ses recommandations publiques. Elles concernent spécifiquement ce centre psychothérapeutique, mais reprennent en partie les recommandations du centre hospitalier de Limoges ainsi que les recommandations faites depuis la création du CGLPL.

Elles portent principalement sur les mesures d'isolement et contention :

- « *Mettre fin immédiatement à l'enfermement en chambre ordinaire* » ;
- « *Mettre sans délai un terme à la pratique excessive, tant dans la durée que dans l'intensité, de l'enfermement en chambre d'isolement et de la contention* » ;
- « *Mettre fin immédiatement aux prescriptions et décisions médicales effectuées sans examen préalable du patient* » ;
- « *Former l'ensemble du personnel à la prévention et la gestion des situations de crise* » ;
- « *Eriger en règle la libre circulation dans l'établissement, toute restriction de la liberté d'aller et venir devant être expressément motivée par l'état clinique du patient* ».

Mais elles portent également sur d'autres mesures plus générales relatives au temps de présence médicale dans les unités, aux projets de soins et de vie de patients hospitalisés au long cours et au manque d'activités proposées (76).

4.3.3.2 Modifications législatives

Les modifications législatives avec l'apport de la LMSS ont déjà été abordées plus haut. Toutefois, on peut signaler la publication en mai 2016 de principes généraux concernant les pratiques d'isolement et contention en psychiatrie par la Conférence Nationale des Présidents des Commissions Médicales d'Etablissement (CME) (77). Ces principes ont été repris un an plus tard dans les recommandations *isolement et contention en psychiatrie générale* de la HAS (61).

4.4 AVIS SPECIFIQUES À LA PSYCHIATRIE

4.4.1 AVIS RELATIF A CERTAINES MODALITES DE L'HOSPITALISATION D'OFFICE (HO) - 15 FEVRIER 2011

Cet avis survient dans un contexte de réforme de la loi du 27 juin 1990 (1). Une première tentative de réforme, à travers la loi dite de « prévention de la délinquance » du 5 mars 2007 essuya de nombreuses critiques car elle allait entraîner une « *confusion entre délinquance et maladie mentale* ». En effet, cette loi « *de sécurité intérieure* » prévoyait « *la création d'un fichier national des hospitalisations d'office, l'exclusion du dispositif de l'hospitalisation à la demande d'un tiers pour les patients ayant présenté des troubles à la sûreté des personnes ou à l'ordre public* » (78). C'est grâce à la revendication de l'ensemble des professionnels que le ministre de l'Intérieur de l'époque retira ces articles du projet de loi (79).

Parallèlement, la France a été condamnée à plusieurs reprises par la Cour Européenne des Droits de l'Homme (CEDH) et le Conseil constitutionnel a déclaré les dispositions relatives aux hospitalisations à la demande d'un tiers (80) et aux HO (81) inconstitutionnelles fixant alors pour date d'abrogation le 1^{er} août 2011. C'est dans ce contexte que le CGLPL va publier cet avis. Il y pointe l'absence de validation des HSC par un juge de l'ordre judiciaire ainsi que les difficultés à établir un équilibre entre la santé et la justice.

4.4.1.1 Constats

Le CGLPL évoque les modalités des HO (mais également des autres mesures de SSC) en rappelant que si ces hospitalisations sont nécessaires et justifiées, elles n'en restent pas moins des mesures de privation de liberté. Les durées des HO tendent à augmenter et les sorties déci-

dées par les préfets doivent répondre à un équilibre parfois précaire entre « *exigence d'ordre public* » et « *nécessité de soins* ». Les patients doivent donc avoir toutes les garanties nécessaires concernant le respect de leurs droits. Sur ce difficile équilibre à atteindre, le contrôleur met en exergue quatre points qu'il faut bien évidemment replacer dans le contexte de leur édicition :

- Les droits des patients hospitalisés en HO sont difficilement expliqués comme la possibilité d'être assisté d'un avocat pour contester la mesure d'hospitalisation. La possibilité de nommer une personne de confiance est également rarement explicitée ;
- Des politiques de plus en plus sécuritaires et les craintes de troubles à l'ordre public rendent les décisions des préfets de plus en plus aléatoires. Des enquêtes peuvent être ordonnées avant de décider d'une possible sortie d'essai ou d'une levée d'HO. Ces enquêtes alors basées sur des faits antérieurs à l'hospitalisation méconnaissent l'idée que les soins apportés au patient peuvent garantir des périodes de moindre dangerosité voire de dangerosité nulle permettant alors un allègement des mesures de contrainte ;
- Les mesures d'hospitalisation des détenus selon l'article D398 du code de procédure pénale peuvent être retardées et subordonnées à des investigations policières entraînant des retards dans les admissions des patients détenus (82). Aussi, les pratiques actuelles qui consistent à placer les détenus hospitalisés en chambre d'isolement et à les y maintenir durant la durée du séjour sans aucune « *justification médicale* » mais par crainte d'un risque d'évasion appelle à de « *sérieuses réserves* » ;
- Enfin, le CGLPL dénonce la « *mise sous clé* » d'un nombre croissant d'unités d'hospitalisation ce qui restreint, de fait, la liberté des patients hospitalisés en soins libres, et les soumet à des conditions identiques à celle des patients hospitalisés en SSC. Le contrôleur remarque qu'aucune procédure particulière n'existe avant de fermer une unité qui serait normalement « ouverte ». Cette fermeture est alors le fruit d'une décision du responsable d'unité. Actuellement, il semble qu'aucune voie de recours, ni aucune intervention d'un juge ne soient prévues pour contrôler cette privation de liberté.

Ces mesures entraînent un accroissement du nombre de patients en chambre d'isolement, augmentent les durées d'hospitalisation et entraînent des difficultés dans les gestions des lits.

Le CGLPL renvoie dos à dos les praticiens et les autorités qui, pour les uns, doivent donner des « *assurances d'ordre médical* » et, pour les autres, établir « *le risque qu'elles invoquent pour justifier la poursuite d'une privation de liberté* ». Il estime surtout que « *dans ces conflits entre praticiens, malades, autorités et protection des tiers, l'autorité judiciaire doit jouer davantage son rôle* ». Il recommande ainsi « *qu'en cas de désaccord entre le corps médical et l'autorité adminis-*

trative, en matière administrative, le juge compétent soit amené à trancher, le directeur d'établissement étant alors tenu de lui en référer sans formalité » (83).

4.4.1.2 Modifications législatives

Alors que deux articles non concordants de la loi du 5 juillet 2011 (2) (articles L.3213-5 et L.3213-9-1 du CSP) régissaient le dispositif de règlement des désaccords entre préfets et psychiatres et rendaient difficile leurs applications, la loi du 27 septembre 2013 vient clarifier cette situation (3). Elle abroge l'article L.3213-5 pour en reprendre certaines dispositions dans l'article L.3213-9-1. Celui-ci stipule que lorsque le préfet ne suit pas l'avis du psychiatre afin de lever la mesure ou de mettre en place un programme de soins, il doit en informer le directeur de l'établissement qui demande l'avis d'un deuxième psychiatre. Ce deuxième psychiatre se prononce sur l'opportunité de poursuivre les soins en hospitalisation complète. En cas d'accord, le préfet prend alors un arrêté validant la proposition du psychiatre traitant. Dans le cas contraire, le directeur d'établissement saisit le JLD.

4.4.2 AVIS RELATIF AUX SEJOURS INJUSTIFIES EN UNITES POUR MALADES DIFFICILES - 17 JANVIER 2013

4.4.2.1 Constats

Les Unités pour Malades Difficiles (UMD) sont des unités dans lesquelles sont mis en œuvre « *les protocoles thérapeutiques intensifs et les mesures de sûreté particulières adaptés à l'état des patients* », supposant un recours accru aux soins sous contrainte (article R.3222-1). Dès lors, un maintien dans une telle structure, alors que les conditions d'admission ne sont plus remplies, et que les conditions de sortie sont réunies, est une atteinte aux droits fondamentaux. Alors même que la commission du suivi médical s'est prononcée favorablement concernant la fin de la prise en charge en UMD, certains patients restent maintenus dans ces unités. Selon le CGLPL, il y a deux origines à ce problème :

- La méconnaissance des dispositions du CSP : refus de l'établissement d'origine de reprendre le patient en son sein ;
- La difficulté à déterminer et à imposer à l'établissement d'origine, l'accueil du patient à sa sortie de l'UMD. Pour exemple, un patient est hospitalisé successivement dans plusieurs

UMD éloignées géographiquement et sa famille, pour se rapprocher de lui, a déménagé à plusieurs reprises : la question de l'établissement d'accueil va se poser à la sortie de l'UMD.

Le CGLPL évoque également la situation de patients dont l'établissement d'origine se trouve dans le département dans lequel ils sont sous le coup d'une interdiction de séjour. L'absence d'autorité en mesure d'imposer un établissement d'accueil à la sortie entraîne des maintiens en UMD injustifiés pendant plusieurs mois, voire plusieurs années. De l'autre côté, des patients en attente d'une admission en UMD trouvent porte close. Le CGLPL recommande au gouvernement de publier une circulaire qui rappellerait :

- Que l'arrêté du préfet mettant fin au séjour en UMD doit être suivi de l'arrêté du préfet du département de l'établissement d'origine portant réadmission du patient. Ces arrêtés s'imposant aux établissements, leur inaction engagerait leur responsabilité vis-à-vis du patient ;
- Qu'il est nécessaire de définir une procédure permettant à l'ARS de déterminer sans délai l'établissement de retour en cas de litige, en prenant comme critère essentiel la faculté de réadaptation du patient notamment en regard des liens familiaux (84).

4.4.2.2 Modifications législatives

Le décret d'application de la loi du 27 septembre 2013 vient répondre à ces demandes (85) :

- L'article R3222-1 modifie la définition des UMD qui ne sont plus des unités spécialement organisées pour mettre en œuvre des protocoles thérapeutiques intensifs et des mesures de sûreté particulières, mais des structures accueillant des patients admis en SPDRE dont l'état peut requérir, et seulement sur proposition médicale, de telles mesures ;
- L'Article R3222-2 indique que l'arrêté portant admission du patient en UMD doit définir le lieu d'hospitalisation en prenant en considération les intérêts personnels et familiaux dans l'objectif de maintenir ou de restaurer les relations du patient avec son entourage ;
- L'Article R3222-6 mentionne que lorsque la commission du suivi médical constate que les conditions nécessaires au maintien en UMD ne sont plus remplies, elle en saisit le préfet qui prononce par arrêté la sortie du patient de l'unité. L'EPSM qui a demandé l'admission du patient organise la poursuite des soins en son sein ou dans un autre EPSM, en cas de

nécessité. L'établissement désigné par l'arrêté préfectoral accueille le patient dans un délai maximal de vingt jours.

Comme nous venons de le voir dans ces derniers chapitres, les recommandations du CGLPL sont nombreuses et variées, et si elles semblent parfois éloignées de ses prérogatives, elles traitent toujours des droits fondamentaux et de la dignité humaine. Il insiste à plusieurs reprises sur la nécessité d'uniformiser les pratiques au niveau national et de favoriser l'accès des patients au droit.

4.5 LE RAPPORT THEMATIQUE : ISOLEMENT ET CONTENTION DANS LES ETABLISSEMENTS DE SANTE MENTALE

Le CGLPL a pour la première fois, en 2016, publié un rapport portant sur un thème spécifique. Il commence ainsi cette série de rapports avec notre spécialité en dénonçant ce qui lui semble être une atteinte aux droits fondamentaux des patients hospitalisés en SSC : le recours aux mesures d'isolement et de contention (86). Nous allons voir l'état des lieux fait par le CGLPL et les recommandations qu'il propose pour mettre fin à l'utilisation de ces mesures (ou du moins à la manière dont elles sont appliquées).

4.5.1 ETAT DES LIEUX

Par isolement et contention, le CGLPL entend « *toutes les situations où le patient, est placé, sur décision d'un médecin ou d'un soignant, dans un espace fermé qu'il ne peut ouvrir* ». Selon lui, ce sont des « *pratiques gravement attentatoires aux droits fondamentaux et dont la mise en œuvre pose problème en tant que telle et, en outre, telle qu'elle est pratiquée* ». Ces mesures qui seraient en augmentation depuis plusieurs années apparaîtraient, selon le CGLPL, comme la résultante de l'évolution de la prise en charge des personnes souffrant de troubles mentaux avec l'abandon progressif de la psychiatrie institutionnelle, la fin de la formation spécifique des infirmiers, l'avènement du DSM et le virage sécuritaire du début des années 2000. Il rappelle que contrairement à d'autres thérapeutiques, comme les électrochocs ou les chimiothérapies, aucune étude n'a prouvé l'efficacité thérapeutique des mesures d'isolement et de contention.

Suite aux nombreuses visites effectuées, le CGLPL constate que la quasi-totalité des unités visitées possèdent au moins une chambre d'isolement et donc pratiquent ces mesures de con-

trainte. Celles-ci sont « *de l'avis même des professionnels des établissements* » plus en lien avec des « *cultures de service* » qu'avec des situations cliniques précises, ce qui revient à dire que leurs indications, diverses, ne semblent que peu liées à l'état clinique du patient. Le CGLPL a ainsi pu visiter des services ayant des protocoles ne répondant à aucun critère clinique :

- Mise en place d'un barème punitif en jours d'isolement selon la transgression du cadre ;
- Admission en chambre d'isolement pour tout patient admis en SPDRE voire même en Soins Psychiatriques à la Demande d'un Tiers (SPDT) ;
- Admission des patients en UMD en chambre d'isolement et éventuellement contenus, pour une période allant de quelques heures et pouvant atteindre 15 jours ;
- Admission en chambre d'isolement des patients détenus pour toute la durée de l'hospitalisation.

De plus, il s'avère que la manière dont sont appliquées ces mesures est hétérogène au sein même d'un établissement. On peut alors voir des contentions faites à 3, 4 ou 5 points avec des justifications aussi diverses que les pratiques. La surveillance somatique, elle, est toujours jugée insuffisante.

L'atteinte aux droits fondamentaux reste le point commun dans ces divergences. Le CGLPL cite pour exemple :

- Le droit à la prise en charge médicale et aux soins qui n'est pas respecté lors du recours aux prescriptions « si besoin » (mesure de contrainte mise en place par l'équipe soignante et sans examen médical pour la confirmer) ;
- Le droit à la sécurité en l'absence de sonnettes d'alarme dans les chambres d'isolement ;
- Le droit à l'intimité lors de l'utilisation de vidéosurveillance pour contrôler les chambres ;
- Le droit à la dignité bafoué lorsque des patients font leurs besoins physiologiques sur eux-mêmes ;
- Le droit à recevoir des visites qui n'est que trop peu respecté.

En dehors de ces considérations qui concernent l'application des mesures, le CGLPL estime que l'évolution des dispositifs adoptés par la France n'a pas été pleinement satisfaisante en dépit du contexte conventionnel et parlementaire. En effet, depuis le début des années 90, l'ONU puis l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) ont tenté de limiter le recours à ces mesures voire de les faire interdire. Par la suite, en 2013, la *mission de l'Assemblée Nationale sur l'avenir de la santé mentale et de la psychiatrie* proposait de « *rendre exceptionnelles les pratiques restrictives de liberté* » et notamment, de mieux encadrer les mesures d'isolement et de contention. Il faudra

pourtant encore attendre la LMMS de 2016 pour avoir enfin une réelle modification législative concernant ces mesures de contrainte. Aussi, jusqu'aux récentes recommandations de l'HAS (2017) ces pratiques faisaient seulement l'objet d'un référentiel de bonnes pratiques de l'ANAES paru en 1998 et n'étaient pas spécifiquement encadrées par la loi.

Il questionne également le manque d'intérêt que les institutions auraient manifesté pour évaluer ces pratiques alors que celles-ci ont une incidence importante en termes de gestion des ressources humaines.

Il rappelle pour finir que s'il ne lui appartient pas d'apprécier la pertinence de ces mesures, l'efficacité de celles-ci n'a toujours pas été prouvée et leur utilisation porte atteinte aux droits fondamentaux des patients. Ainsi, « *aucune personne souffrant de troubles mentaux ne devrait être soumise à l'isolement ou à la contention, à raison de ses troubles de comportement* ». Néanmoins, il admet que dans certaines situations et « *dans une logique de dernier recours ... Il puisse être recouru, à titre exceptionnel, et pour une durée strictement limitée, à une mesure de contrainte physique* ». Il demande à ce que soit restreint le recours à la contrainte physique à des circonstances strictement énumérées. Il émet alors une série de recommandations.

4.5.2 RECOMMANDATIONS

4.5.2.1 Principes

Selon le CGLPL, toute privation de liberté est attentatoire aux droits fondamentaux. Si des mesures d'isolement ou de contention sont prises dans une situation de dernier recours, alors toutes les modalités doivent être mises en œuvre afin de garantir les droits des patients. Ainsi, Il faut mettre fin :

- Aux pratiques d'isolement systématique des personnes admises en hospitalisation et cela indépendamment de la situation clinique du patient concerné ;
- Au port du pyjama et aux retraits des effets personnels de manière systématique ;
- A l'isolement en chambre ordinaire.

4.5.2.2 Traçabilité

Toute décision d'isolement ou de contention doit être renseignée dans le registre prévu à cet effet ainsi que dans le dossier du patient. Le caractère de dernier recours doit être clairement explicité. Un système d'information national doit être créé afin de recueillir toutes les informations collectées dans les EPSM.

4.5.2.3 Droits

La personne concernée doit être informée de la mesure au moment de la prise de décision et des modalités relatives à cette mesure remises sur un support écrit. Elle doit être invitée systématiquement à donner le nom de la personne à prévenir ou à ne pas prévenir et les modalités de recours contre cette décision doivent être précisées dans chaque établissement et affichées dans les chambres d'isolement. La personne prévenue à la demande du patient doit recevoir ces modalités de recours.

4.5.2.4 Forme de la décision médicale

La décision de la mesure doit être prise après un examen psychiatrique de la personne (toute mesure « si besoin » est donc proscrite) et en prenant en compte l'avis de l'équipe. Elle doit être motivée pour justifier du caractère « *nécessaire, adapté et proportionné* » conformément à l'article L.3211-3 du CSP et doit expliciter le caractère de « dernier recours ». L'évaluation bénéfice-risque doit être inscrite dans le dossier du patient. Dès la prise de décision de la mesure, la recherche immédiate de moyens afin de la lever doit être entreprise.

4.5.2.5 Suivi et surveillance

Selon le CGLPL, la durée de la mesure doit être la plus courte possible et ne saurait être reconduite pour une durée de plus de 24h pour l'isolement et 12h pour la contention. Ces mesures doivent être interrompues par des sorties de courte durée à l'air libre. La surveillance somatique doit être réalisée dans l'heure suivant la décision, et un examen médical biquotidien doit être garanti. La surveillance soignante ne doit pas se limiter à la prise des paramètres vitaux et à la satis-

faction des besoins élémentaires, mais une présence soignante suffisante doit satisfaire les demandes des patients. A la fin de toute mesure, un entretien évaluant le vécu du patient et recherchant les moyens d'éviter une nouvelle mesure de contrainte doit être réalisé.

4.5.2.6 Evaluation

Afin d'évaluer au mieux le recours à ces mesures, elles doivent être mieux pris en compte à tous les niveaux. Ainsi :

- Les autorités sanitaires doivent disposer d'outils de pilotage et de suivi afin de limiter le recours à ces mesures ;
- Au niveau des établissements, toute mesure de contention devrait être déclarée comme un évènement indésirable et un travail institutionnel devrait être mené avec un professionnel extérieur pour permettre une analyse des situations. Les CME doivent s'impliquer politiquement et réaliser un suivi à chacune des réunions ;
- Il apparaît que les établissements ont recours aux mesures de contrainte dans des proportions différentes (de 0,44% à 11,81% des patents admis) (87). Il serait alors judicieux que les ARS se saisissent des rapports annuels d'établissements pour réaliser une analyse comparative des modalités de recours à ces mesures entre les différents EPSM. Ce rapport serait ensuite diffusé à la CDSP et aux autorités judiciaires de la région ;
- L'ARS doit utiliser le recours à l'isolement et à la contention comme un critère systématiquement pris en compte lors des Contrats Pluriannuels d'Objectifs et de Moyens (CPOM) ;
- Au niveau national, une instance doit pouvoir recenser les mesures afin de les évaluer avec une approche pluridisciplinaire et une analyse plurifactorielle.

4.5.2.7 Information

Une liste mensuelle statistique des décisions d'isolement et de contention devrait être transmise au président et au procureur du tribunal de grande instance, à la CDSP ainsi qu'à la CDU.

4.5.2.8 Conditions matérielles

L'architecture des chambres d'isolement doit être adaptée, favoriser l'apaisement et permettre les visites dans des conditions respectueuses. L'utilisation de la vidéosurveillance doit être proscrite, et toutes les chambres doivent être équipées d'un dispositif d'appel. Il est aussi recommandé que les chambres bénéficient d'un poste de télévision ou de radio et que la literie ait une position tête relevée. Le lit habituel du patient isolé doit être conservé en chambre ordinaire. Les services de sécurité et incendie doivent être informés des mesures de contrainte physique en temps réel.

4.5.2.9 Etudes et formation

La formation des médecins et des soignants doit être renforcée sur les thèmes des droits fondamentaux des patients et de la violence. Aussi, il faudrait créer un troisième cycle en soins infirmiers afin de développer une expertise clinique.

La recherche médicale et soignante sur les mesures préventives doit être développée afin de limiter le recours aux mesures d'isolement et de contention. Les recommandations de la HAS doivent être largement diffusées.

4.5.2.10 Prévention

Afin de limiter les tensions, l'ennui et les situations propices à l'émergence de situations à risque, le contrôleur recommande de développer les activités thérapeutiques et occupationnelles, de diffuser les règles de vie afin de limiter les situations perçues comme arbitraires et de garantir une présence soignante adaptée aux spécificités de chaque unité. Les recommandations de la HAS viennent répondre point par point aux recommandations faites par le CGLPL.

A travers cette analyse des différentes publications du CGLPL et des récentes modifications législatives, nous avons montré que le législateur va prendre en compte les observations faites et modifier les lois, en partie, dans le sens demandé. La HAS semble avoir fait de même.

4.6 LES SAISINES

Le traitement des saisines est la deuxième partie la plus importante de son travail après la réalisation des visites. Fort de ces 8 années de fonctionnement, le CGLPL dresse un bilan de cette activité dans le rapport de l'année 2015.

4.6.1 LETTRES REÇUES

Les EPSM représentent, pour l'année 2015, 6,92% des saisines. C'est le deuxième lieu de privation de liberté après les établissements pénitentiaires (88,95%). Sur un volume moyen de 4000 saisines reçues sur les cinq dernières années par le CGLPL, la part de la psychiatrie a ainsi doublé.

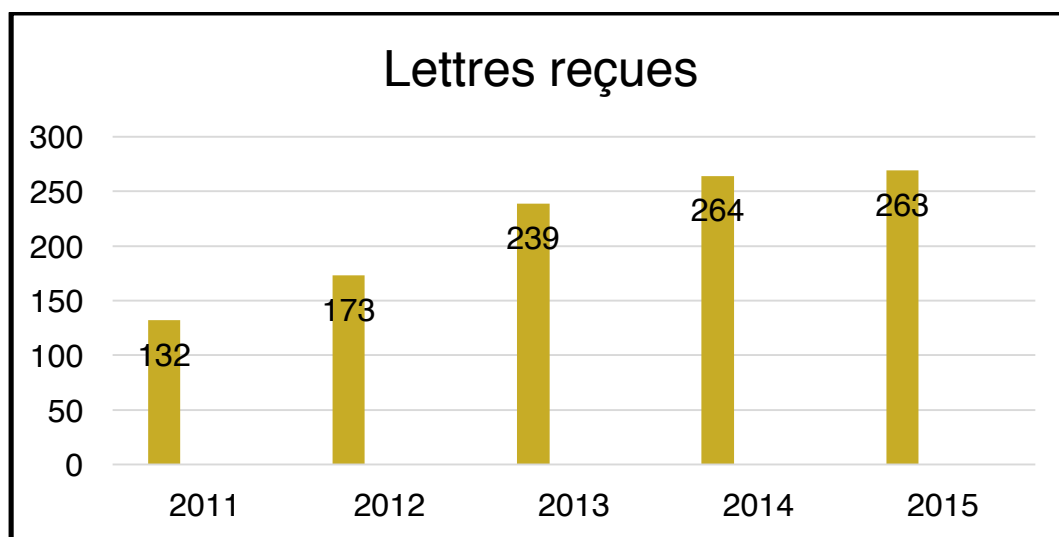


Figure 3 NOMBRE DE SAISINES PAR ANNEE

4.6.2 LIEUX CONCERNES

Comme nous l'avons vu, le CGLPL contrôle notamment les lieux où sont hospitalisés les patients en SSC. Les saisines viennent donc d'établissements de santé qui peuvent différer par leurs natures. En 2015, 247 lettres ont été reçues et traitées. En moyenne, deux courriers portent

sur la situation d'une même personne. La moitié des saisines provient des EPSM (124), suivis des UMD (44) et des établissements de santé généraux accueillant des services de psychiatrie (43).

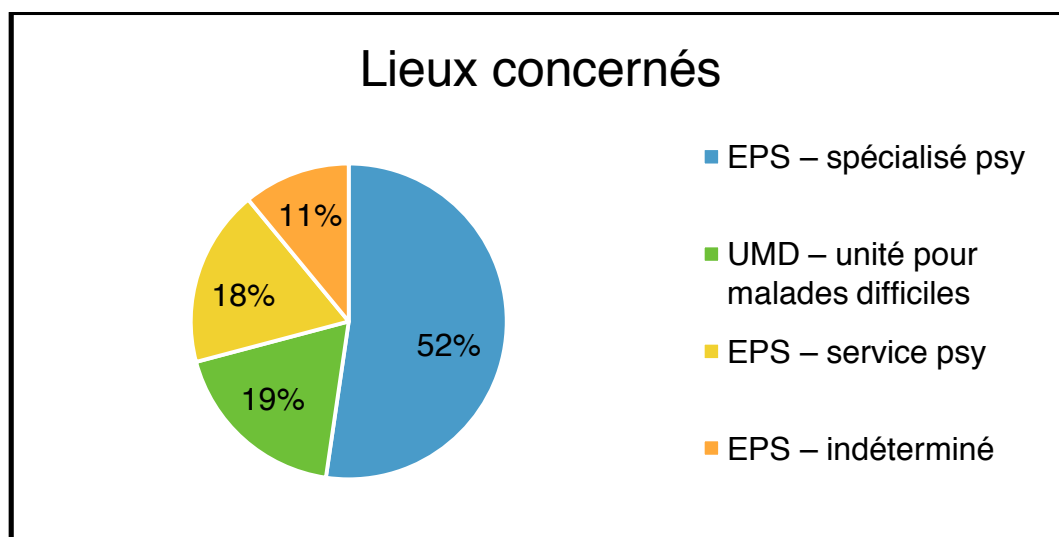


Figure 4 ORIGINE DES SAISINES PAR LIEUX CONCERNES

Si les UMD ne représentent que 19% des saisines en 2015, il faut se rappeler qu'elles ne sont qu'au nombre de 10 en France et qu'elles n'accueillent qu'un nombre limité de patients. L'ensemble des EPSM et des centres hospitaliers comprenant des secteurs de psychiatrie représente 270 établissements.

4.6.3 LES REQUERANTS

Toute personne peut saisir le CGLPL. En 2015, sur 247 saisines reçues, 158 provenaient des patients, 60 des familles et proches, 5 des avocats et 5 des médecins, suivies par 3 associations et 3 d'intervenants et de membres du personnel.

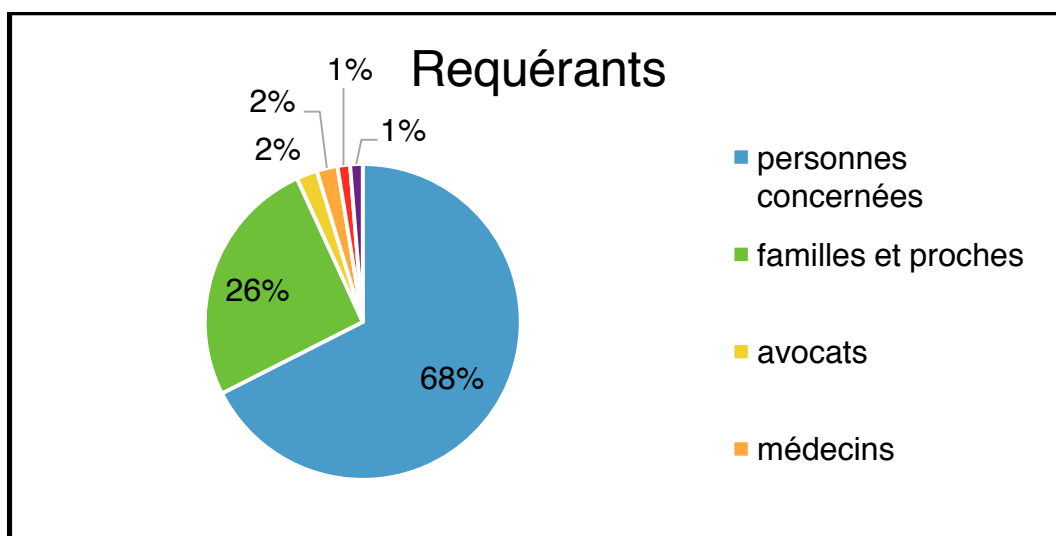


Figure 5 ORIGINE DES SAISINES PAR REQUÉRANTS

La quasi-totalité des saisines provient des patients et de leurs proches et concerne la procédure, l'accès aux soins, les relations avec l'extérieur ainsi que l'isolement et la contention. A l'exception de ce dernier point, et de l'accès au droit, les saisines sont majoritairement adressées par les patients eux-mêmes. Cela peut probablement s'expliquer, pour la situation relevant de l'isolement, par la plus grande difficulté qu'ont ces personnes à exercer leurs droits de correspondance dans de telles situations. Pour l'accès au droit, les saisines concernent plus spécifiquement, l'information au droit, et l'exercice des voies de recours.

Les saisines des médecins concernent les relations avec l'extérieur (communication avec les autorités), les programmes de soins et les problèmes d'affectation (réadmission en UMD et affectation en unité inadaptée). Elles semblent se positionner dans une démarche utilitaire et de gestion hospitalière et mériteraient également d'être analysées.

4.6.4 SUITES DONNEES AUX SAISINES

A la suite d'une saisine, le Contrôleur peut se saisir des faits qui lui sont rapportés et procéder à des vérifications auprès de l'autorité compétente. Si besoin, il peut ouvrir une enquête qui mènera, en l'absence d'amélioration de la situation, à une visite d'établissement. Sur l'année 2015, le CGLPL a ouvert 20 enquêtes concernant les EPSM. Les principaux motifs concernent la procédure JLD et son non-respect, les durées des procédures d'isolement et les motifs invoqués pour les justifier.

5 LES MNP A L'INTERNATIONAL

5.1 INTRODUCTION

Pour être efficaces, les MNP doivent remplir plusieurs conditions (88) :

- Etre indépendants ;
- Bénéficier de ressources financières et humaines suffisantes ;
- Garantir la pluridisciplinarité de leurs équipes ;
- Avoir accès à tous les lieux, toutes les informations et toutes les personnes.

Afin de remplir au mieux ce cahier des charges, les Etats sont aidés par l'APT pour développer leurs MNP. Ce processus peut prendre plusieurs années et joue un rôle central dans l'efficacité future de cette autorité. Les Etats peuvent choisir soit une institution déjà existante et la charger d'une mission supplémentaire, soit créer, à la manière de l'Etat Français, une institution nouvelle dont la mission principale est d'être un MNP. Les MNP peuvent être une entité unique ou un regroupement de plusieurs autorités qui joueront chacune un rôle précis dans le travail du MNP.

A ce jour, plusieurs modèles de MNP ont émergé :

- Création d'un nouvel organe spécialisé dans la prévention de la torture. Cela permet, lors de la création de l'institution, de répondre point par point aux demandes de l'OPCAT et de ne pas confondre la mission du MNP avec d'autres missions ;
- Désignation de plusieurs institutions pour agir en qualité de MNP. Les Etats choisissent des institutions différentes qui auront chacune un domaine de compétence (les établissements de santé, les prisons ...) ;
- Désignation d'une Institution Nationale des Droits de l'Homme (INDH) ou *Ombuds institution* (ces institutions sont chargées de défendre les droits des citoyens face aux administrations. Cette compétence est attribuée au Défenseur des Droits en France (89)). Les Etats désignent donc une institution existante et lui ajoutent les prérogatives d'un MNP ;
- Désignation d'une INDH ou *Ombuds institution* avec la participation formelle des organisations de la société civile. Ainsi, au modèle précédent s'ajoute ici une implication forte de la société civile telles que les associations.

Comme nous l'avons vu, le CGLPL travaille avec le SPT et avec des MNP qui peuvent avoir des fonctionnements différents du fait de leur statut. Les rapports du CGLPL et son travail étant souvent peu connus des professionnels, on peut imaginer qu'il en est de même pour les observations des MNP étrangers. C'est dans cette dynamique de travail en réseau qu'il est utile de faire une revue de la littérature des rapports de différents MNP afin de mettre en avant leurs conclusions au sein des établissements psychiatriques. Nous pourrions alors voir les points de convergence ou divergence avec celles du CGLPL et répondre ainsi à cette question : les constats faits par le CGLPL sont-ils l'apanage des soins psychiatriques en France ou existe-t-il une analogie avec les atteintes des droits fondamentaux dans d'autres pays ?

5.2 METHODOLOGIE

Nous avons réalisé une revue de la littérature des rapports publiés par les MNP en choisissant les différents pays selon plusieurs critères :

- Ratification de l'OPCAT antérieure à celle de la France (novembre 2008) ;
- Désignation d'un MNP ;
- Publication d'un rapport annuel de l'année 2015 ou 2014 en ligne, accessible sur le site de l'APT ;
- Publication en langue française ou anglaise.

5.3 RESULTATS

Sur les 83 pays ayant ratifié l'OPCAT, 37 l'ont fait avant la France. Seuls 3 pays n'ont pas désigné de MNP malgré l'obligation de le faire dans l'année suivant la ratification. 5 n'ont pas publié de rapports en ligne et 3 n'ont pas de rapports récents. Enfin, 8 pays ont des rapports mais ne remplissent pas le critère de langue. Nous avons retenu 18 pays répondant aux critères d'inclusion.

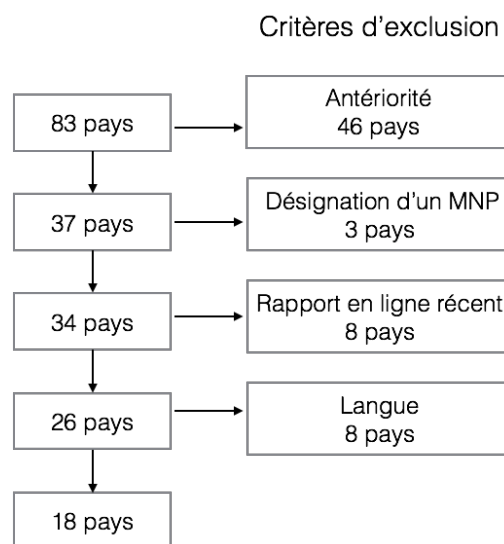


Figure 6 DIAGRAMME D'INCLUSION

Nous avons regroupé les conclusions par type de MNP tout en détaillant les observations de chaque pays. Parmi les différents types de MNP décrits ci-dessus, l'APT va distinguer au sein des INDH : les Commissions Nationales des Droits de l'Homme (CNDH) et les *Ombudsman*.

Nouvel organe spécialisé dans la torture	Institutions multiples	Commission Nationale des droits de l'Homme	Ombudsman avec société civile	Ombudsman
• Liechtenstein	• Nouvelle-Zélande • Royaume-Uni	• Mali • Ile Maurice	• Serbie • Slovénie • Kazakhstan • Ukraine • Moldavie	• Albanie • Croatie • Espagne • Estonie • Georgie • Pologne • République Tchèque • Suède

Figure 7 REPARTITION DES PAYS PAR TYPE DE MNP

5.3.1 NOUVEL ORGANE SPECIALISE DANS LA PREVENTION DE LA TORTURE

5.3.1.1 *Liechtenstein*

Le Liechtenstein, seul pays comparable à la France par le type de structure, ne fait état d'aucune visite dans des établissements de santé mentale dans son rapport (90).

5.3.2 INSTITUTIONS MULTIPLES

La Nouvelle-Zélande et le Royaume-Uni ont tous les deux réuni plusieurs institutions déjà préexistantes dont certaines visitaient déjà les institutions psychiatriques.

5.3.2.1 *Nouvelle-Zélande*

Le MNP néozélandais met en avant une bonne qualité des pratiques dans l'ensemble des institutions. Il pointe néanmoins trois situations à améliorer :

- Le taux d'occupations des lits (de plus de 100% dans certains établissements) ;
- Le manque de formation des équipes concernant les SSC ;
- Le recours aux chambres d'isolement comme chambre standard.

Il évoque l'utilisation d'un « *night safety plan* » qui consiste à enfermer les patients dans leurs chambres la nuit pour des mesures de « sécurité ». Il recommande une réévaluation de ces pratiques qui ne lui semble pas justifiées (91).

A noter que dès 2008, le MNP a publié un rapport concernant spécifiquement les mesures d'isolement (92). Ses conclusions sont les mêmes que celles du CGLPL dans son récent rapport thématique.

5.3.2.2 Royaume-Uni

Le rapport annuel prend pour thème spécifique la pratique de l'isolement dans les établissements de privation de liberté. Il recouvre pour partie les conclusions que le CGLPL fera quelques mois plus tard :

- Une terminologie multiple pour parler des mêmes mesures de contrainte ;
- Des durées, des fréquences d'isolement et des justifications disparates ;
- Des conditions dégradantes (odeurs, climatisations défectueuses, chambres sales...) sans que rien ne soit fait pour rendre ces chambres accueillantes ;
- Utilisation de l'isolement de manière variable avec un manque de surveillance et de réévaluation médicale et soignante ;
- Des indications peu respectées (refus de la prise du traitement, punition) ;
- Le non-respect de la législation concernant les entretiens obligatoires de reprise à la suite d'une mesure de contrainte.

Il met aussi en avant des institutions où tout est fait pour limiter ces atteintes. Il rappelle que suite à ses observations, il a été reconnu que toutes les mesures d'isolement sont potentiellement traumatisantes et que les patients doivent bénéficier de soutien après celles-ci. Par ailleurs, les chambres d'isolement doivent désormais avoir une visibilité directe sur une horloge (93).

5.3.3 COMMISSION NATIONALE DES DROITS DE L'HOMME

5.3.3.1 Mali

Le seul point concernant la psychiatrie à l'intérieur de ce rapport est dans le chapitre des recommandations. Le MNP demande à l'Etat d'adopter une loi portant sur la santé mentale au Mali. Actuellement, aucune loi n'existe pour encadrer les HSC (94).

5.3.3.2 Ile Maurice

Dans le rapport, le seul hôpital psychiatrique de l'île Maurice (*Brown Sequard Hospital*) est cité à deux reprises :

- Il est recommandé à l'établissement de rénover la chambre d'isolement en changeant la couleur « d'algues noires vertes » qui aurait un effet négatif et dépressogène sur les patients. Le MNP demande à ce que soient posés sur les murs des coussins muraux afin de protéger les patients qui, souffrant d'une maladie mentale, peuvent frapper leurs têtes contre les murs ;
- Il évoque également l'état psychologique et la vulnérabilité des patients souffrant de maladie mentale pour justifier la demande d'équipement de système de vidéo surveillance de la structure (95).

5.3.4 OMBUDSMAN AVEC INTERVENANT DE LA SOCIETE CIVILE

5.3.4.1 *Serbie*

Les conclusions du MNP sont d'ordre organisationnel et fonctionnel (manque de soignants, de médecins formés et absence d'activités dans la quasi-totalité des unités). Les conditions d'hospitalisation sont globalement mauvaises, dans des bâtiments hors d'usage avec des chambres à plusieurs dans lesquelles sont parfois réalisées des mesures de contrainte au contact d'autres patients. Le manque de dispositifs de soins ambulatoires semble également un frein au rétablissement des patients entraînant de nombreuses réhospitalisations.

Le MNP rappelle ses précédentes recommandations visant à une harmonisation des soins pour tous les patients et dans toutes les structures de soins ainsi que la création de plaquettes informatives concernant les droits des patients. Il demande également des modifications législatives concernant la protection des malades mentaux, les procédures d'hospitalisation, les mesures de contrainte ainsi que le rôle de la police au contact des patients (96).

5.3.4.2 *Slovénie*

Le MNP slovène s'est rendu dans 4 établissements psychiatriques dont 3 qu'il avait déjà visité auparavant. Il a, à nouveau, contrôlé ces hôpitaux afin de vérifier l'accomplissement des recommandations faites et a finalement émis les mêmes :

- La sur-occupation des lits est un problème majeur et les lits surnuméraires ne devraient être utilisés qu'en l'absence de place dans tout l'établissement ainsi que dans les établissements de proximité ;
- Les établissements et les chambres devraient être plus accueillants avec davantage de décorations et des couleurs sur les murs plus agréables ;
- Les établissements doivent assurer aux patients le droit de s'habiller avec des vêtements civils ;
- Les praticiens demandant des mesures de contrainte (isolement et/ou contention) doivent mentionner dans le formulaire de prescription les mesures les moins restrictives qui ont été utilisées jusqu'alors et qui n'ont pas permis de résoudre la situation. Dans ce sens, le MNP suggère qu'il y soit inséré une section concernant les protocoles utilisés avant le recours à la contrainte. Egalement, toute mesure d'isolement ou de contention « si besoin » doit être proscrite ;
- Respecter les délais concernant le recours aux mesures de contrainte afin de mettre en avant les difficultés et préparer les amendements de la loi et non recourir à des pratiques hors la loi ;
- Les hôpitaux et les tribunaux devraient se mettre d'accord sur la manière d'informer des mesures de placement en SSC afin de respecter les délais ;
- Former les équipes et modifier les pratiques concernant le consentement aux soins pour les patients admis à l'hôpital. Ne pas les forcer, ne pas exhorter activement les patients à accepter les soins et mieux définir avec eux la possibilité de révoquer leur consentement ;
- Réintroduire dans les unités des systèmes de sonnettes d'alarme dans les chambres et ne pas les arrêter si les patients les utilisent trop fréquemment ;
- Assurer l'intimité des échanges avec des tiers sans la présence de personnels soignants ;
- Mettre en place une supervision du personnel afin de prévenir les atteintes à la dignité des patients, prévenir les actes de vengeance contre les patients, assurer le droit aux patients de refuser leur traitement (97).

5.3.4.3 *Kazakhstan*

Le MNP kazakh présente son premier rapport d'activité et va se centrer sur deux situations. Il met en avant des conditions d'hébergement dégradantes (mauvaise qualité des repas, unités

surchargées, patients dormant au sol, des toilettes dans des chambres sans séparation, des activités exceptionnellement proposées...) et la limitation abusive des contacts avec l'extérieur qui se fait sans justification. Il demande alors à l'Etat et aux autorités compétentes d'augmenter les ressources financières des hôpitaux pour améliorer les conditions d'hospitalisation.

Il s'est vu également opposer, à plusieurs reprises, le refus de l'administration ou du personnel à pénétrer dans les établissements. Il recommande à l'Etat de mieux faire connaître aux institutions et aux membres des équipes les différentes lois nationales et internationales régissant les traitements sous contrainte, le contrôle réalisé par le MNP, les lois se référant aux traitements inhumains ou dégradants, ainsi qu'à la prévention de la torture et au respect de la dignité (98).

5.3.4.4 Ukraine

Le MNP ukrainien fait plusieurs constats concernant les violations des droits de l'Homme. Il rappelle donc le droit à ne pas recevoir un traitement médical forcé, le droit d'être présent au tribunal au moment des audiences du juge, le droit de recevoir une information claire concernant les droits des patients et les conditions des hospitalisations. En effet, il signale la situation de certains hôpitaux où des patients sont amenés au tribunal menottés par la police et d'autres où ils ne sont tout simplement pas présentés à l'audience. Il semblerait qu'il y ait un recours excessif aux traitements sous contrainte et que les procédures d'information concernant les soins libres ne soient pas uniformisées. Les conditions d'hospitalisation sont, comme pour d'autres pays, considérées comme un traitement dégradant pour les patients, en raison, d'une part, de règles de vie opposées de manière arbitraire et, d'autre part, de l'état des locaux (unités surchargées avec un manque de mobilier, de chambres et de toilettes).

Il recommande à l'Etat de développer un formulaire de consentement en vue d'une hospitalisation libre et de favoriser le développement de la visioconférence pour faciliter la présentation des patients aux audiences devant le juge (99).

5.3.4.5 Moldavie

Dans le dernier rapport annuel, le MNP moldave ne traite pas des établissements psychiatriques (100).

5.3.5 OMBUDSMAN

5.3.5.1 Albanie

Le MNP albanais fait plusieurs constats qu'il reprendra intégralement dans ses recommandations. Il constate :

- Des conditions d'hospitalisation insuffisantes sur plusieurs points : taille des chambres, sur-occupation des lits, mauvais état et nombre insuffisant de chambres d'isolement, manque de caméras de surveillance dans les unités, conditions d'hygiène et absence de chauffage dans certains établissements ;
- Le manque de personnel médical et soignant ;
- Un manque de respect des droits des patients souffrant de déficience intellectuelle au regard des textes de lois spécifiques régissant la prise en charge au long cours de cette population ;
- Le retard de levée des mesures de contrainte ;
- L'absence de posters d'informations concernant les droits ;
- L'insuffisance des soins somatiques (absence d'électrocardiogramme dans certains services et insuffisance des soins dentaires) (101).

5.3.5.2 Croatie

Le MNP croate constate une augmentation du nombre de plaintes reçues concernant les HSC et les droits fondamentaux des patients. Il observe, comme dans d'autres pays, que les conditions d'hospitalisation sont toujours inacceptables et que l'absence de solutions d'hébergement et de soins ambulatoires favorisent la « chronicisation » des patients à l'hôpital.

La seule recommandation faite à l'Etat concerne les frais à la charge des patients. Le MNP demande à ce que la loi de santé mentale soit modifiée afin que le coût des hospitalisations en SSC ne soit pas à la charge des patients. Cette loi a déjà été modifiée en 2015 et prévoit désormais la nécessité de recueillir par écrit le consentement de tous les patients admis en SL (102).

5.3.5.3 Espagne

Mis en place en 2009, le MNP espagnol rappelle qu'il n'existait auparavant aucun système de régulation pour contrôler le respect des droits fondamentaux. Il fait ensuite une trentaine d'observations :

- Il reprend des articles de la loi de santé mentale qui ne lui semblent pas respectés. Les SSC doivent toujours être proportionnés et adaptés à la situation de chaque patient et pour ce faire, tous les certificats doivent être détaillés avec des termes compréhensibles et précis ;
- Toute personne admise dans un centre retenant les patients contre leur gré, à l'image des maisons de retraite, devrait l'être sous le même régime que pour une HSC en psychiatrie ;
- Les conditions d'hospitalisation sont également largement détaillées. Le MNP rappelle que les conditions d'hospitalisation influent directement sur le respect des droits fondamentaux des patients. Les contacts avec l'extérieur et la création d'activités doivent être encouragés. Les unités doivent mettre en place des mesures pour garantir l'intimité et la vie privée des patients (toilettes individuelles) et chaque institution se doit de mettre en place des documents expliquant les règles du centre à diffuser ainsi que des « boîtes à réclamation ». Les chambres devront bénéficier de sonnettes d'alarme et aucune fouille ne doit être faite sans la présence du patient ;
- Une part importante est consacrée au personnel. Il demande une gestion raisonnée des effectifs et l'assurance que le rôle premier du personnel est un rôle soignant et non sécuritaire. Pour ce faire, il demande un renforcement du nombre de soignants, médecins, psychologues ainsi qu'une meilleure formation initiale et continue ;
- Le MNP requiert des règles strictes concernant l'utilisation des mesures de contrainte (isolement et contention). Il demande à ce que tous les établissements tendent à diminuer ces mesures. Des registres doivent être mis en place dans toutes les unités et une évaluation doit être faite concernant les justifications des mesures de contrainte physique et pharmacologique qui semblent être souvent utilisées dans des buts non thérapeutiques. Pour terminer, les chambres d'isolement doivent être surveillées par vidéo surveillance et un membre de l'équipe doit être présent pendant toute la durée de l'isolement (103).

5.3.5.4 *Estonie*

Le MNP estonien va reprendre les conclusions faites dans les 5 établissements qu'il a visités. Comme d'autres pays, il pointe les mauvaises conditions d'hébergement, du fait de l'insalubrité des locaux, du manque d'hygiène des toilettes et salles de bains, de la surpopulation des unités et de l'impossibilité de maintenir une vie privée dans une chambre à plus de trois personnes. Le manque de personnels qualifiés est un problème récurrent qui « justifierait » dans certaines unités l'enfermement à clés des patients dans leurs chambres la nuit. Le problème majeur concernerait les traitements médicamenteux puisque les erreurs d'administration seraient fréquentes (traitements sédatifs délivrés sans prescription médicale, traitements « si besoin » donnés sans justification). Il demande à ce que les traitements « si besoin » ne soient dispensés que par des personnes ayant reçu une formation spécifique. Les chambres d'isolement, selon lui, ne devraient pas être dangereuses pour les patients et doivent bénéficier d'une surveillance vidéo. Néanmoins, s'il requiert le recours à cette pratique, il questionne la législation entourant l'utilisation de la surveillance vidéo dans les services et l'information qui en est faite aux patients.

Il est intéressant de mentionner que ce MNP est le seul à réaliser les visites en présence d'une personne souffrant d'un handicap (déplacement en fauteuil roulant). Il est alors mis en avant l'absence d'aménagements dans la quasi-totalité des services visités (104).

5.3.5.5 *Géorgie*

Le MNP géorgien fait une analyse détaillée de l'ensemble des soins psychiatriques. Après avoir commencé par différentes observations effectuées lors des visites, il fait une analyse historique des différentes réformes des lois de santé mentale que nous ne détaillerons pas ici. Nous allons voir les différentes observations et recommandations :

- Les mauvais traitements sont fréquents dans les institutions. Il y est décrit des mesures de contrainte appliquées parfois en présence d'autres patients avec des appareils non adaptés, un recours excessif à la contention chimique, un manque d'accessibilité aux soins somatiques et une mauvaise prise en charge des patients dits « chroniques ». Dans certaines structures, les patients sont battus régulièrement et leurs cheveux sont coupés dès l'admission. Le MNP demande à l'Etat de mieux prendre en charge les plaintes des patients et aux directeurs des institutions de soins, de former tous les soignants aux tech-

niques de désescalade ainsi qu'aux droits des patients (respect de la dignité et des droits fondamentaux) ;

- Concernant la violence interne des unités et la sécurité des patients, le MNP fait part de nombreuses violences entre patients dans certaines unités sans aucune réponse institutionnelle. Parfois même, aucune observation n'est faite dans le dossier. Afin de garantir la sécurité des patients, des formations doivent être proposées aux soignants et des outils d'évaluation des violences mis en place ;
- Les conditions matérielles sont déplorables dans de nombreuses institutions. Le MNP a retrouvé des sanitaires sales et dégradés, des cuisines n'ayant aucun standard d'hygiène, des chambres à plusieurs, des bâtiments délabrés et insalubres. Il demande à l'Etat de prendre toutes les mesures nécessaires pour rénover les bâtiments et pour prendre en considération les besoins des patients afin de créer un environnement soignant ;
- Concernant les garanties légales et la protection offertes aux patients, le MNP insiste sur le respect de la volonté du patient, sur l'information qui lui est donnée ainsi que sur les possibilités de recours qui ne lui sont qu'exceptionnellement expliquées. Il reprend les termes de la loi en insistant sur la nécessité d'avoir une proportionnalité entre les mesures appliquées et l'état du patient. Il met en avant le problème des « hospitalisations longues » qui pourraient être évitées avec le développement de soins ambulatoires de qualité et des effectifs de travailleurs sociaux renforcés ;
- Les soins psychiatriques sont centrés de manière quasi-exclusive sur la prise en charge médicamenteuse. Cette prise en charge axée sur un seul point méconnaît les données de la science et l'approche biopsychosociale aujourd'hui reconnue. De plus, il apparaît que dans la grande majorité des établissements, les médecins utilisent les antipsychotiques de première génération de manière systématique lors de l'admission avec une préférence pour les traitements injectables. Les effets indésirables sont rarement pris en charge et très peu expliqués aux patients. Le suivi somatique des patients est inexistant, sauf exception. Il signale que dans de nombreuses unités, une date de sortie est programmée dès le début de l'hospitalisation, ce qui, en l'absence de soins de réhabilitation, serait la raison de nombreuses ré-hospitalisations et assimilable à des traitements dégradants (105).

5.3.5.6 Pologne

Le MNP polonais met en avant 5 thèmes qu'il traite suite aux visites réalisées dans les établissements psychiatriques. Ces observations sont la répétition de celles faites les années précédentes :

- La santé mentale présente toujours un manque de financement important qui est plus flagrant dans les unités de géro-psycho-geriatrie. Ces unités se retrouvent en difficulté pour assurer les soins somatiques ;
- Comme dans de nombreux pays, les unités souffrent d'un manque de lit. Les raisons invoquées par le MNP sont la fermeture d'un certain nombre de lits afin de répondre à des standards de confort et cela en l'absence de soins ambulatoires à la sortie d'hospitalisation ;
- Il questionne les garanties données aux patients et la législation entourant le recours à la vidéosurveillance dans les unités psychiatriques (enregistrement, utilisation des données...) et demande à ce que le législateur encadre cette pratique ;
- L'absence de législation traitant des transferts des patients admis en SSC laisse le recours à des mesures d'entrave à la seule appréciation de l'hôpital psychiatrique ;
- La manière dont les mesures de contrainte physique sont utilisées ne répond pas aux standards nationaux et internationaux. De nombreux hôpitaux utilisent les mesures d'isolement uniquement associées à des mesures de contention sans aucune proportionnalité face à l'état du patient. Le manque de chambre d'isolement ne doit pas justifier l'utilisation de mesure de contrainte en dehors des chambres prévues à cet effet (en salle ou en chambre commune) et le personnel (soignants et médecins) doit respecter les lois encadrant l'application de ces mesures (106).

5.3.5.7 République Tchèque

Dans ce rapport, le MNP tchèque ne fait pas d'observations spécifiques concernant les établissements de santé mentale. Il mentionne de manière générale les conditions actuelles de recours aux mesures de contrainte (isolement et contention) utilisées, comme il le rappelle, dans de nombreux services. Il demande au législateur depuis plusieurs années de mettre en place un

registre dans lequel seraient consignées toutes les mesures de contrainte afin d'en évaluer l'utilisation. Requête qui reste pour le moment sans réponse (107).

5.3.5.8 Suède

Nous n'avons accès qu'à un résumé du rapport annuel du MNP suédois en anglais. Deux cliniques psychiatriques ont été visitées durant cette année. Deux points sont soulevés à la suite de ces visites. Le recours systématique aux fouilles corporelles dès lors qu'un patient est sorti de l'unité ne respecte pas la loi en vigueur et le MNP se questionne sur la manière dont le recours à l'isolement « au long cours » est pratiqué, sans en expliquer davantage (108).

En définitive, on constate que ces différents MNP dressent globalement le même état des lieux et font des recommandations assez similaires à celles du CGLPL. On relève toutefois quelques particularités telles l'absence de loi de santé mentale au Mali, l'absence de mention des établissements psychiatriques dans les rapports des MNP moldave et liechtensteinois ou encore, l'accès impossible à certaines institutions pour le MNP kazakh. Pour conclure cette partie, nous proposons une synthèse de nos résultats dans le tableau 1, en nous référant aux thèmes utilisés par le CGLPL.

	Procédure	Accès aux soins	Relations avec l'extérieur	Isolement et contention	Conditions matérielles	Conditions de travail des personnels	Accès au droit	Ordre intérieur	Activités et promenades
Liechtenstein									
Nouvelle-Zélande				OUI	OUI	OUI		OUI	
Royaume-Uni				OUI	OUI				
Mali									
Ile Maurice				OUI				OUI	
Serbie		OUI		OUI	OUI	OUI	OUI		
Slovénie	OUI		OUI	OUI	OUI	OUI	OUI	OUI	
Kazakhstan		OUI	OUI		OUI	OUI			OUI
Ukraine	OUI	OUI		OUI	OUI		OUI	OUI	
Moldavie									
Albanie	OUI	OUI		OUI	OUI	OUI	OUI	OUI	
Croatie		OUI			OUI				
Espagne	OUI	OUI	OUI	OUI	OUI	OUI		OUI	OUI
Estonie		OUI		OUI	OUI	OUI		OUI	
Géorgie	OUI	OUI		OUI	OUI	OUI	OUI	OUI	
Pologne	OUI	OUI		OUI	OUI			OUI	
République tchèque				OUI					
Suède				OUI				OUI	

Tableau 1 THEMES TRAITES PAR PAYS

5.4 DISCUSSION

Nous avons montré que les différents MNP traitent majoritairement des mêmes sujets et qu'ils le font sous un angle identique. Ainsi, les différentes recommandations édictées par le CGLPL, dont celles portant sur les mesures de contrainte, le devoir d'information des patients, les soins ambulatoires, les conditions d'hébergement, le respect des normes légales ou encore les règles opposées aux patients lors de leur hospitalisation sont reprises par de nombreux autres mécanismes de contrôle. Toutefois, les observations faites vont parfois d'un extrême à un autre (recours aux chambres d'isolement à la place de la chambre standard et inversement) avec des abords différents. Les observations ne se calquent donc pas sur celles du CGLPL.

Par exemple, rappelons que le MNP ukrainien demande un recours étendu à la visioconférence pour augmenter le taux de présence des patients devant le juge alors que le CGLPL a obtenu par le législateur l'arrêt de cette pratique jugée non respectueuse des droits des patients. Il suggère aussi qu'un formulaire de consentement à des soins libres soit créé. Cet outil permettrait, selon lui, de s'assurer à tout moment du réel consentement des patients ce qui n'est pas évoqué par d'autres MNP (exception faite de la Croatie qui a déjà légiféré dans ce sens). De la même manière, le MNP croate considère que tout patient admis en SSC ne devrait jamais avoir à sa charge les frais d'HSC quand le CGLPL questionne « seulement » l'attribution de l'AJE. Aussi, lorsque certains MNP sollicitent l'installation massive de système de vidéosurveillance, d'autres MNP en pointent les faiblesses. Le CGLPL dénonce l'atteinte au droit à l'intimité, à la vie privée, et les MNP polonais et estonien demandent un meilleur encadrement législatif et une meilleure information délivrée aux patients. Ce dernier propose également que les soignants bénéficient d'une formation spécialisée pour dispenser des traitements « si besoin » quand d'autres évoquent à peine la contention chimique.

Il existe plusieurs biais dans l'analyse de ces rapports. L'origine géographique des pays, centrée sur l'Europe de l'Est, permet une comparaison internationale limitée alors que l'OPCAT est ratifiée par des pays des 5 continents (26). Cette répartition témoigne de l'attention donnée à la prévention de la torture dans ces pays et permet une comparaison entre des Etats sensiblement différents quant aux financements des Etats dans les dépenses de santé (109).

Les critères d'exclusion écartent des pays ayant ratifié l'OPCAT postérieurement à la France. Pourtant, certains ont désigné leur MNP avant des pays inclus comme le Kazakhstan, qui n'a qu'une seule année d'existence. Cela restreint la comparaison de pays ayant une égale compétence dans l'effectivité des MNP mais montre la complexité à structurer un MNP efficace après la ratification du protocole.

L'étude des rapports montre une photographie de la situation des pays à un moment donné et ne reflètent pas l'ensemble des observations produites depuis l'instauration des mécanismes. De fait, certains rapports sont plus ou moins détaillés et des observations antérieures restent méconnues.

Dans la globalité des rapports, une attention particulière est portée sur des constats négatifs. Toutefois, les « bonnes pratiques » de certaines institutions sont également parfois soulignées comme au Royaume-Uni ou en Nouvelle-Zélande. En France, ces remarques sont également valables pour le CGLPL. S'il a en effet davantage tendance, dans ses rapports annuels, à se focaliser sur les pratiques attentatoires aux droits, pour en déduire des recommandations, il peut aussi

souligner, dans ses rapports de visite d'établissements, les bonnes pratiques constatées dans les unités (110).

Par ailleurs, pour émettre leurs observations, les MNP se réfèrent au droit interne de chaque Etat mais ne le détaillent pas. Nous avons alors parfois les constats sans la référence légale exacte à laquelle ils s'appuient. Notre comparaison s'est donc centrée sur les thèmes abordés en prenant pour référentiel ceux du CGLPL.

Pour finir, le déroulement des visites est non uniformisé entre les MNP et le manque de connaissances pratiques sur les soins psychiatriques limite la pertinence des observations formulées par certains observateurs. Pour remédier à cette situation l'APT a réalisé son symposium 2016 sur le *Monitoring des institutions psychiatriques* dont les conclusions représentent une aide pour la réalisation des visites à venir (111). Ce travail de soutien méthodologique fait de la *Convention des Nations Unies relative aux droits des personnes handicapées* « un cadre de référence » (112). Cette convention qui est « centrée sur le principe de non-discrimination et de traitement égal des personnes handicapées avec les autres » introduit une nouvelle approche de la limitation de la liberté d'aller et venir. Son article 14 stipule « qu'en aucun cas l'existence d'un handicap ne justifie une privation de liberté » et procède à un changement de paradigme dans la prise en charge des patients (113). Alors que cette convention compte à ce jour 173 Etats parties (114), elle n'a, à ce jour, que peu été suivie d'effet.

Pour conclure, il nous paraît essentiel de souligner qu'à l'instar des observations formulées par le CGLPL dans son rapport sur l'isolement et la contention (86), et malgré la diversité des pays étudiés, le recours à ces pratiques préoccupe la grande majorité des MNP. Surtout, celles-ci sont abordées de la même manière, soit comme des mesures représentant une atteinte aux droits fondamentaux. Il est intéressant de constater que les difficultés à prendre en compte le droit des patients hospitalisés dans des services de psychiatrie sont universelles. Le principe de la prévention de la torture par l'intermédiaire des MNP et de visites des institutions psychiatriques n'est aujourd'hui plus à démontrer et semble indispensable à une évolution des pratiques qui soient plus respectueuses des droits des patients.

CONCLUSION

L'objectif de ce travail de thèse était d'expliquer le rôle du CGLPL, de montrer les applications directes de son travail et de détailler les origines de sa création.

Nous avons montré que le CGLPL est une autorité administrative indépendante et autonome dont la mission porte sur le contrôle des lieux de privations de liberté en France. Son travail rentre dans le champ plus général de la prévention de la torture à travers le cadre conventionnel de l'ONU. L'étude des différentes propositions et recommandations par l'intermédiaire, entre autres, des différents rapports annuels nous a permis de comprendre comment le CGLPL œuvre afin de limiter les situations attentatoires aux droits fondamentaux des patients. Le rapport annuel de 2016 n'ayant pas pu y être inclus du fait de sa parution récente, l'analyse des rapports s'est bornée de l'institution du CGLPL en 2008 à la fin d'année 2016. Néanmoins, une brève analyse montre qu'il traite globalement des mêmes thématiques que les années précédentes et reste, malgré les évolutions récentes portant sur les mesures de contrainte, très vigilant quant à l'application des nouvelles dispositions de la LMSS, qui ne semblent, pour le moment, que peu suivies de réaction dans les EPSM.

Tandis que son activité est avant tout une activité de prévention et n'a pas de caractère répressif, ses conclusions semblent avoir deux types de répercussions. D'une part, le CGLPL semble être à l'origine de diverses modifications législatives et de nouvelles recommandations de bonnes pratiques allant vers une amélioration de la prise en charge des patients. D'autre part, la médiatisation qui pointe de manière quasi-exclusive les mauvaises pratiques et conditions d'hospitalisations peut susciter une méfiance et des inquiétudes de la société vis-à-vis de notre spécialité. Cette surexposition occulte également le travail réalisé pendant les visites d'établissements. Les rapports de visite ne semblent alors que peu connus et utilisés au sein des hôpitaux alors qu'ils représentent une source importante de données les concernant. Le constat de ces deux phénomènes opposés souligne combien il est important de mieux faire connaître l'activité du CGLPL à l'ensemble des personnels de santé mentale.

De manière plus générale, les EPSM sont également visités par le SPT et le CPT dont les rapports n'ont pas été abordés dans ce travail. Au-delà de la France, 65 MNP ont été créés dans différents pays. L'analyse des rapports des pays inclus dans l'analyse a mis en évidence des points de similitude dans les observations faites et cela indifféremment des pays. Néanmoins, les pratiques des MNP ne sont pas identiques et si l'atteinte des droits fondamentaux est commune, elle ne l'est jamais avec la même intensité. Les recommandations de bonnes pratiques formulées lors du dernier symposium de l'APT prennent pour partie origine dans la *Convention Relative aux*

Droits des Personnes Handicapées. En énonçant dans celle-ci le principe selon lequel « *en aucun cas l'existence d'un handicap ne justifie une privation de liberté* », nous pouvons imaginer que les MNP vont au fur et à mesure de leurs recommandations solliciter des prises en charges de plus en plus libertaires pour les patients et questionner à nouveau nos pratiques.

Le CGLPL a donc une place importante à ce jour dans l'univers psychiatrique et tend à la voir grandir. Notamment par la LMSS qui lui donne accès aux registres des mesures de contrainte, et par l'accès aux dossiers médicaux des patients, sous conditions, qui lui est désormais rendu possible. Il semble alors nécessaire qu'un travail d'information soit fait concernant son activité et les droits fondamentaux dès le début des formations des différents intervenants dans le système de soins psychiatriques. Cela pourrait contribuer à rendre les professionnels de santé plus attentifs aux observations du CGLPL, à améliorer les conditions d'hospitalisation des patients et par là, la qualité des soins.

BIBLIOGRAPHIE

1. Journal Officiel de la République Française. Loi n° 90-527 du 27 juin 1990 relative aux droits et à la protection des personnes hospitalisées en raison de troubles mentaux et à leurs conditions d'hospitalisation.
2. Journal Officiel de la République Française. Loi n° 2011-803 du 5 juillet 2011 relative aux droits et à la protection des personnes faisant l'objet de soins psychiatriques et aux modalités de leur prise en charge. 2011-803 juill 5, 2011.
3. Journal Officiel de la République Française. Loi n° 2013-869 du 27 septembre 2013 modifiant certaines dispositions issues de la loi n° 2011-803 du 5 juillet 2011 relative aux droits et à la protection des personnes faisant l'objet de soins psychiatriques et aux modalités de leur prise en charge. 2013-869 sept 27, 2013.
4. Sénat. Définition des droits fondamentaux [Internet]. [cité 23 août 2016]. Disponible sur: <https://www.senat.fr/questions/base/1999/qSEQ990718050.html>
5. Constitution. Constitution du 4 octobre 1958 [Internet]. [cité 28 avr 2017]. Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr/Droit-francais/Constitution/Constitution-du-4-octobre-1958>
6. Constitution. Déclaration des Droits de l'Homme et du Citoyen de 1789 [Internet]. [cité 28 avr 2017]. Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr/Droit-francais/Constitution/Declaration-des-Droits-de-l-Homme-et-du-Citoyen-de-1789>
7. Constitution. Préambule de la Constitution du 27 octobre 1946 [Internet]. [cité 28 avr 2017]. Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr/Droit-francais/Constitution/Preambule-de-la-Constitution-du-27-octobre-1946>
8. Constitution. Charte de l'environnement de 2004 [Internet]. [cité 28 avr 2017]. Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr/Droit-francais/Constitution/Charte-de-l-environnement-de-2004>
9. Vie publique. Que sont des libertés et des droits fondamentaux ? - Comment sont définis les droits et les libertés des citoyens ? [Internet]. 2013 [cité 24 août 2016]. Disponible sur: <http://www.vie-publique.fr/decouverte-institutions/citoyen/citoyennete/definition/droits-libertes/que-sont-libertes-droits-fondamentaux.html>
10. Vie publique. Le contrôle de constitutionnalité dans les autres pays occidentaux - Approfondissements Découverte des institutions - Repères - vie-publique.fr [Internet]. 2009 [cité 24 août 2016]. Disponible sur: <http://www.vie-publique.fr/decouverte-institutions/institutions/approfondissements/controle-constitutionnalite-autres-pays-occidentaux.html>
11. Légifrance. Guide de légistique [Internet]. [cité 24 août 2016]. Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr/Droit-francais/Guide-de-legistique/I.-Conception-des-textes/1.3.-Hierarchie-des-normes/1.3.1.-Differentes-normes>

12. Conseil de l'Europe. Convention de sauvegarde des Droits de l'Homme et des Libertés fondamentales [Internet]. [cité 12 mai 2017]. Disponible sur:
<http://www.echr.coe.int/Pages/home.aspx?p=basictexts&c=fre>
13. Union Européenne. Charte des droits fondamentaux de l'Union Européenne [Internet]. [cité 28 avr 2017]. Disponible sur:
<http://eur-lex.europa.eu/legal-content/FR/TXT/?uri=CELEX%3A12012P%2FTXT>
14. ONU, Organisation des Nations Unies. La Déclaration universelle des droits de l'homme [Internet]. [cité 28 avr 2017]. Disponible sur:
<http://www.un.org/fr/universal-declaration-human-rights/index.html>
15. ONU, Organisation des Nations Unies. Pacte international relatif aux droits civils et politiques [Internet]. [cité 28 avr 2017]. Disponible sur:
<http://www.ohchr.org/FR/ProfessionalInterest/Pages/CCPR.aspx>
16. ONU, Organisation des Nations Unies. Convention contre la torture [Internet]. [cité 16 juill 2016]. Disponible sur:
<http://www.ohchr.org/FR/ProfessionalInterest/Pages/CAT.aspx>
17. APT, Association pour la Prévention de la Torture. Une définition juridique de la torture [Internet]. [cité 24 août 2016]. Disponible sur:
<http://www.apr.ch/fr/qu-est-ce-que-la-torture/>
18. CICR, Comité International de la Croix Rouge. Quelle est la définition de la torture et des mauvais traitements ? [Internet]. 17:08:20.0 [cité 24 août 2016]. Disponible sur:
<https://www.icrc.org/fre/resources/documents/misc/69vhm2.htm>
19. Grenouilloux A. Savoir, pouvoir, éthique en psychiatrie. Éthique Santé. juin 2015;12(2):130-7.
20. APT, Association pour la Prévention de la Torture. Historique [Internet]. [cité 28 avr 2017]. Disponible sur:
<http://www.apr.ch/fr/historique/>
21. APT, Association pour la Prévention de la Torture. La « proposition Gautier » [Internet]. [cité 2 août 2016]. Disponible sur:
<http://www.apr.ch/fr/la-proposition-gautier/>
22. APT, Association pour la Prévention de la Torture. Que faisons-nous? [Internet]. [cité 28 avr 2017]. Disponible sur:
<http://www.apr.ch/fr/que-faisons-nous/>
23. APT, Association pour la Prévention de la Torture. Robben Island Guidelines [Internet]. [cité 31 juill 2015]. Disponible sur:
<http://www.apr.ch/en/robben-island-guidelines/>

24. ONU, Organisation des Nations Unies. Collection des traités - Convention contre la torture et autres peines ou traitements cruels, inhumains ou dégradants [Internet]. [cité 26 avr 2017]. Disponible sur:
https://treaties.un.org/Pages/ViewDetails.aspx?src=TREATY&mtdsg_no=IV-9&chapter=4&lang=fr
25. ONU, Organisation des Nations Unies. Protocole facultatif à la Convention contre la torture [Internet]. [cité 16 juill 2016]. Disponible sur:
<http://www.ohchr.org/FR/ProfessionalInterest/Pages/OPCAT.aspx>
26. APT, Association pour la Prévention de la Torture. OPCAT Database [Internet]. [cité 19 avr 2017]. Disponible sur:
<http://www.apr.ch/en/opcat-database/>
27. Journal Officiel de la République Française. Décret n° 2008-1322 du 15 décembre 2008 portant publication du protocole facultatif se rapportant à la convention contre la torture et autres peines ou traitements inhumains ou dégradants, adopté le 18 décembre 2002 à New York. 2008-1322 déc 15, 2008.
28. Conseil de l'Europe, Comité Européen pour la Prévention de la Torture. A propos du CPT [Internet]. [cité 27 avr 2017]. Disponible sur:
<http://www.coe.int/fr/web/cpt/about-the-cpt>
29. Journal Officiel de la République Française. Loi n° 2007-1545 du 30 octobre 2007 instituant un Contrôleur général des lieux de privation de liberté.
30. Journal Officiel de la République Française. Loi n° 2014-528 du 26 mai 2014 modifiant la loi n° 2007-1545 du 30 octobre 2007 instituant un Contrôleur général des lieux de privation de liberté. 2014-528 mai 26, 2014.
31. Journal Officiel de la République Française. Décret n° 2008-246 du 12 mars 2008 relatif au Contrôleur général des lieux de privation de liberté. 2008-246 mars 12, 2008.
32. CGLPL, Contrôleur Général des Lieux de Privation de Liberté. Présentation de l'équipe [Internet]. Site du Contrôleur Général des Lieux de Privation de Liberté. 2009 [cité 10 mai 2016]. Disponible sur :
<http://www.cglpl.fr/missions-et-actions/presentation-de-lequipe/>
33. CGLPL, Contrôleur Général des Lieux de Privation de Liberté. Principes déontologiques du Contrôleur Général des Lieux de Privation de Liberté [Internet]. Site du Contrôleur Général des Lieux de Privation de Liberté. 2009 [cité 29 août 2016]. Disponible sur:
<http://www.cglpl.fr/missions-et-actions/textes-de-reference/>
34. Journal Officiel de la République Française. Décret du 17 juillet 2014 portant nomination de la Contrôleuse générale des lieux de privation de liberté - Mme HAZAN (Adeline).
35. Journal Officiel de la République Française. Décret du 13 juin 2008 portant nomination du Contrôleur général des lieux de privation de liberté - M. Delarue (Jean-Marie).

36. CGLPL, Contrôleur Général des Lieux de Privation de Liberté. Rapport d'activité 2008 [Internet]. Site du Contrôleur Général des Lieux de Privation de Liberté. 2009 [cité 13 mai 2017]. Disponible sur: <http://www.cglpl.fr/wp-content/uploads/2009/04/rapport-annuel.pdf>
37. Thomas S, Hazif-Thomas C. Liberté d'aller et venir en EHPAD : sommes-nous des hors la loi ? NPG Neurol - Psychiatr - Gériatrie. oct 2014;14(83):275-84.
38. CGLPL, Contrôleur Général des Lieux de Privation de Liberté. Rapport d'activité 2009 [Internet]. Site du Contrôleur Général des Lieux de Privation de Liberté. 2010 [cité 13 mai 2017]. Disponible sur: http://www.cglpl.fr/wp-content/uploads/rapport_2009_Dalloz.pdf
39. Journal Officiel de la République Française. Code de procédure pénale - Article 40. Code de procédure pénale.
40. Journal Officiel de la République Française. Avis du 24 mars 2011 relatif à l'exercice du culte dans les lieux de privation de liberté.
41. Journal Officiel de la République Française. Avis du 10 janvier 2011 du contrôleur général des lieux de privation de liberté relatif à l'usage du téléphone par les personnes privées de liberté, rendu conformément à l'article 10 de la loi du 30 octobre 2007.
42. Journal Officiel de la République Française. Avis du Contrôleur général des lieux de privation de liberté du 14 octobre 2011 relatif à l'emploi de la visioconférence à l'égard de personnes privées de liberté.
43. CGLPL, Contrôleur Général des Lieux de Privation de Liberté. Rapport d'activité 2010 [Internet]. Site du Contrôleur Général des Lieux de Privation de Liberté. 2011 [cité 13 mai 2017]. Disponible sur: http://www.cglpl.fr/wp-content/uploads/2011/05/RAPPORT-2010_Vwebfinal_dalloz.pdf
44. CGLPL, Contrôleur Général des Lieux de Privation de Liberté. Rapport d'activité 2012 [Internet]. Site du Contrôleur Général des Lieux de Privation de Liberté. 2013 [cité 13 mai 2017]. Disponible sur: http://www.cglpl.fr/wp-content/uploads/2013/02/CGLPL_Rapport-2012_version-WEB.pdf
45. CGLPL, Contrôleur Général des Lieux de Privation de Liberté. Rapport d'activité 2011 [Internet]. Site du Contrôleur Général des Lieux de Privation de Liberté. 2012 [cité 13 mai 2017]. Disponible sur: http://www.cglpl.fr/wp-content/uploads/2012/02/CGLPL_rapport-2011_texte.pdf
46. CGLPL, Contrôleur Général des Lieux de Privation de Liberté. Rapport d'activité 2013 [Internet]. Site du Contrôleur Général des Lieux de Privation de Liberté. 2014 [cité 13 mai 2017]. Disponible sur: http://www.cglpl.fr/wp-content/uploads/2014/04/CGLPL_rapport-2013_version-WEB.pdf
47. CGLPL, Contrôleur Général des Lieux de Privation de Liberté. Rapport d'activité 2014 [In-

- ternet]. Site du Contrôleur Général des Lieux de Privation de Liberté. 2015 [cité 13 mai 2017]. Disponible sur:
http://www.cglpl.fr/wp-content/uploads/2015/04/CGLPL_rapport-2014_version-web_3.pdf
48. CGLPL, Contrôleur Général des Lieux de Privation de Liberté. Rapport d'activité 2015 [Internet]. Site du Contrôleur Général des Lieux de Privation de Liberté. 2016 [cité 13 mai 2017]. Disponible sur:
<http://www.cglpl.fr/wp-content/uploads/2016/04/Rapport2015-complet.pdf>
49. Rossini K, Verdoux H. Étude du vécu et de la compréhension par les patients hospitalisés sans consentement de l'audience devant le juge des libertés et de la détention. *L'Encephale*. sept 2015;41(4):332-8.
50. Valmy G, Levy C, Barucq E, Riffaud S, Davignon G, Senon J-L. Impact psychologique de l'audition devant le Juge des Libertés et de la Détention (JLD) chez des patients hospitalisés suivant les conditions définies par la loi du 5 juillet 2011. *Ann Méd-Psychol Rev Psychiatr*. déc 2012;170(10):731-7.
51. Cabaret W. L'accès aux soins somatiques pour les patients suivis en psychiatrie. *Soins Psychiatr*. juin 2010;(268):34-6.
52. Journal Officiel de la République Française. Code de la santé publique - Article L3211-1. Code de la santé publique.
53. Journal Officiel de la République Française. Code de la santé publique - Article L1110-8. Code de la santé publique.
54. Conseil de l'Europe, Assemblée parlementaire. Recommandation 1235 (1994) Psychiatrie et les droits de l'homme [Internet]. [cité 28 avr 2017]. Disponible sur:
<http://assembly.coe.int/nw/xml/XRef/Xref-XML2HTML-FR.asp?fileid=15269&lang=FR>
55. Assemblée nationale. N° 1085 - Rapport d'information de M. Denys Robiliard déposé en application de l'article 145 du règlement, par la commission des affaires sociales, en conclusion des travaux d'une mission d'information sur la santé mentale et l'avenir de la psychiatrie : rapport d'étape [Internet]. [cité 30 avr 2017]. Disponible sur:
http://www.assemblee-nationale.fr/14/rap-info/i1085.asp#P319_75729
56. Conseil Constitutionnel. Décision n° 2012-235 QPC du 20 avril 2012 [Internet]. 2012 [cité 2 août 2016]. Disponible sur:
<http://www.conseil-constitutionnel.fr/conseil-constitutionnel/francais/les-decisions/acces-par-date/decisions-depuis-1959/2012/2012-235-qpc/decision-n-2012-235-qpc-du-20-avril-2012.105519.html>
57. Journal Officiel de la République Française. Code de la santé publique - Article L1111-6. Code de la santé publique.
58. Conseil de l'Europe, Comité Européen pour la Prévention de la Torture. Le recours à la contention dans les établissements psychiatriques [Internet]. Disponible sur:
<http://www.cpt.coe.int/fr/documents-travail/CPT-2012-28-fra.pdf>

59. Journal Officiel de la République Française. Loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé. 2016-41 janv 26, 2016.
60. Ministre des affaires sociales de la santé et de la ville. 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 [Internet]. [cité 1 sept 2016]. Disponible sur:
<http://www.requa.fr/documents/projets/circulaire-veil--1317213535.pdf>
61. HAS, Haute Autorité de Santé. Recommandation sur la pratique clinique, isolement et contention en psychiatrie générale [Internet]. [cité 30 avr 2017]. Disponible sur:
http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_2055362/fr/isolement-et-contention-en-psychiatrie-generale
62. Hospimedia. L'architecture hospitalière est appelée en renfort de l'amélioration de la qualité en psychiatrie [Internet]. [cité 6 août 2016]. Disponible sur:
<http://abonnes.hospimedia.fr/articles/20160524-qualite-l-architecture-hospitaliere-est-appellee-en-renfort>
63. Cour d'appel de Paris, 17 mars 1986, Assistance publique de Paris / X. et autres [Internet]. [cité 27 avr 2017]. Disponible sur:
<http://affairesjuridiques.aphp.fr/textes/cour-dappel-de-paris-17-mars-1986-assistance-publique-de-paris-x-et-autres-chambre-dhopital-domicile-prive-violation-de-domicile-par-trois-photographes/>
64. ONU, Organisation des Nations Unies. Convention Internationale des droits de l'Enfant [Internet]. Disponible sur:
http://www.diplomatie.gouv.fr/fr/IMG/pdf/Conv_Droit_Enfant.pdf
65. Assemblée nationale. N° 1662 - Rapport d'information de M. Denys Robiliard déposé en application de l'article 145 du règlement, par la commission des affaires sociales, en conclusion des travaux d'une mission d'information sur la santé mentale et l'avenir de la psychiatrie [Internet]. [cité 5 sept 2016]. Disponible sur:
<http://www.assemblee-nationale.fr/14/rap-info/i1662.asp>
66. Mayet R. Réflexions d'un avocat un an après l'entrée en vigueur de la loi du 5 juillet 2011. *Pluriels*. mars 2013;(99-100):2-11.
67. Ordre des avocats de Paris. Formation « Accès au droit et santé mentale » [Internet]. Ordre des avocats de Paris. 2015 [cité 8 août 2016]. Disponible sur:
<http://www.avocatparis.org/formation-acces-au-droit-et-sante-mentale>
68. ARS, Agence Régionale de Santé. Accès au droit dans les hôpitaux psychiatriques : des permanences juridiques gratuites dans 2 établissements mosellans [Internet]. [cité 8 août 2016]. Disponible sur: <http://www.ars.lorraine.sante.fr/Acces-au-droit-dans-les-hopita.185078.199.html>
69. Assemblée nationale. N° 4402 - Rapport de MM. Serge Blisko et Guy Lefrand déposé en application de l'article 145-7 alinéa 1 du règlement, par la commission des affaires sociales sur la mise en oeuvre de la loi n° 2011-803 du 5 juillet 2011 relative aux droits et à la protection des personnes faisant l'objet de soins psychiatriques et aux modalités de leur prise en charge [Internet].

Disponible sur:
<http://www.assemblee-nationale.fr/13/rap-info/i4402.asp>

70. Cour administrative d'appel de Bordeaux, 2ème chambre (formation à 3), 06/11/2012, 11BX01790, Inédit au recueil Lebon [Internet]. Inédit au recueil Lebon. 2012 [cité 28 avr 2017]. Disponible sur:

<https://www.legifrance.gouv.fr/affichJuriAdmin.do?oldAction=rechJuriAdmin&idTexte=CETATEXT000026654357>

71. Panfili J-M. Les relations sexuelles en institution psychiatrique. *Droit Déontologie Soin*. juin 2013;13(2):141-7.

72. Recommandations du 18 juin 2009 du Contrôleur général des lieux de privation de liberté relatives au centre hospitalier Esquirol de Limoges (Haute-Vienne).

73. Assemblée nationale. N° 4486 - Rapport d'information de MM. Denys Robiliard et Denis Jacquat déposé en application de l'article 145-7 alinéa 1 du règlement, par la commission des affaires sociales en conclusion des travaux de la mission d'évaluation de la loi n° 2013-869 du 27 septembre 2013 modifiant certaines dispositions issues de la loi n° 2011-803 du 5 juillet 2011 relative aux droits et à la protection des personnes faisant l'objet de soins psychiatriques et aux modalités de leur prise en charge [Internet]. [cité 12 mai 2017]. Disponible sur:

<http://www.assemblee-nationale.fr/14/rap-info/i4486.asp>

74. Journal Officiel de la République Française. Recommandations du 15 février 2011 du Contrôleur général des lieux de privation de liberté relatives à l'infirmierie psychiatrique de la préfecture de police.

75. APM, Agence presse médicale. Le rapport sur l'infirmierie psychiatrique de la préfecture de police de Paris devrait enfin être réalisé en 2016 [Internet]. 2016. Disponible sur:

http://psychiatrie.cropa.asso.fr/IMG/pdf/2016-04-21_apm_a_propos_du_rapport_sur_l_ippa_art._73_loi_sante.pdf

76. Journal Officiel de la République Française. 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).

77. ANPCME, Association Nationale des Psychiatres Présidents ou Vice-présidents des Commissions Médicales d'Etablissement des Centres Hospitaliers. *Psychiatrie et santé mentale* [Internet]. [cité 17 juill 2016]. Disponible sur:

<http://www.cme-psy.fr/?ANPCME=detail&publication=164>

78. Durand B. Soins psychiatriques : le retour de la contrainte et de la stigmatisation, *Psychiatric care* ; a return to constraints and stigmatisation. *Trib Santé*. 23 nov 2011;(32):43-54.

79. Senon J-L, Voyer M. Modalités et impact de la mise en œuvre de la loi du 5 juillet 2011 : de l'impérieuse nécessité de placer le patient au centre de nos préoccupations. *Ann Méd-Psychol Rev Psychiatr*. déc 2012;170(10):693-8.

80. Conseil Constitutionnel. Décision n° 2010-71 QPC du 26 novembre 2010 [Internet]. 2010 [cité 27 avr 2017]. Disponible sur:
<http://www.conseil-constitutionnel.fr/decision/2010/2010-71-qpc/decision-n-2010-71-qpc-du-26-novembre-2010.50790.html>
81. Conseil Constitutionnel. Décision n° 2011-135/140 QPC du 9 juin 2011 [Internet]. 2011 [cité 27 avr 2017]. Disponible sur:
<http://www.conseil-constitutionnel.fr/conseil-constitutionnel/francais/les-decisions/acces-par-date/decisions-depuis-1959/2011/2011-135/140-qpc/decision-n-2011-135-140-qpc-du-9-juin-2011.97394.html>
82. Journal Officiel de la République Française. Code de procédure pénale - Article D398. Code de procédure pénale.
83. Journal Officiel de la République Française. Avis du 15 février 2011 du Contrôleur général des lieux de privation de liberté relatif à certaines modalités de l'hospitalisation d'office.
84. Journal Officiel de la République Française. Avis du 17 janvier 2013 relatif aux séjours injustifiés en unités pour malades difficiles.
85. Journal Officiel de la République Française. Décret n° 2016-94 du 1er février 2016 portant application des dispositions de la loi du 27 septembre 2013 relative aux droits et à la protection des personnes faisant l'objet de soins psychiatriques et aux modalités de leur prise en charge.
86. CGLPL, Contrôleur Général des Lieux de Privation de Liberté. Isolement et contention dans les établissements de santé mentale [Internet]. Site du Contrôleur Général des Lieux de Privation de Liberté. 2016 [cité 17 juill 2016]. Disponible sur:
<http://www.cglpl.fr/2016/isolement-et-contention-dans-les-etablissements-de-sante-mentale-2/>
87. Vincent FM Jérôme. Spécial hôpitaux - Psychiatrie : les dérives de l'isolement thérapeutique [Internet]. Le Point. 2016 [cité 5 sept 2016]. Disponible sur:
http://www.lepoint.fr/palmares-hopitaux/special-hopitaux-psychiatrie-les-derives-de-l-isolement-therapeutique-30-08-2016-2064656_41.php
88. APT, Association pour la Prévention de la Torture. Effective NPMs [Internet]. [cité 31 janv 2017]. Disponible sur:
<http://www.apl.ch/en/effective-npms/>
89. European Ombudsman. National ombudsmen [Internet]. [cité 3 mai 2017]. Disponible sur:
<https://www.ombudsman.europa.eu/en/atyourservice/nationalombudsmen.faces>
90. Liechtenstein National Preventive Mechanism. Liechtenstein NPM Annual Report 2014 [Internet]. [cité 12 mai 2017]. Disponible sur:
http://www.apl.ch/content/files/npm/eca/Liechtenstein_NPM%20Annual%20Report%202014.pdf
91. Human Right Commission. New Zealand NPM Annual Report 2014-2015 [Internet]. [cité 12 mai 2017]. Disponible sur:
http://www.apl.ch/en/opcat_pages/reports-recommendations-14/

92. Human Right Commission. Human Rights and Seclusion in Mental Health Services [Internet]. [cité 28 déc 2016]. Disponible sur:
https://www.hrc.co.nz/files/8014/2610/7685/17-Jun-2008_10-14-55_Seclusion_Report_FINAL_16June_2008.pdf
93. National Preventive Mechanism. United Kingdom NPM Annual Report 2014-2015 [Internet]. [cité 12 mai 2017]. Disponible sur:
http://www.appt.ch/en/opcat_pages/reports-recommendations-29/
94. Commission Nationale des Droits de l'Homme. Mali NPM Annual Report 2013-2014 [Internet]. [cité 12 mai 2017]. Disponible sur:
http://www.appt.ch/content/files/npm/africa/Mali_CNDH_Annual%20report%202013.pdf
95. National Human Rights Commission. Mauritius NPM Annual report 2015 [Internet]. [cité 12 mai 2017]. Disponible sur:
<http://nhrc.govmu.org/English/Documents/annrep2015.pdf>
96. Republic Of Serbia Protector Of Citizens. Serbia NPM Annual Report 2015 [Internet]. [cité 12 mai 2017]. Disponible sur:
http://www.appt.ch/content/files/npm/eca/Serbia_NPM%20Annual%20Report%202015.pdf
97. National Preventive Mechanism. Slovenia NPM Annual Report 2014 [Internet]. [cité 12 mai 2017]. Disponible sur:
http://www.appt.ch/content/files/npm/eca/Slovenia_NPM%20Annual%20Report%202014.pdf
98. National Preventive Mechanism. Kazakhstan NPM Annual Report 2014 [Internet]. [cité 12 mai 2017]. Disponible sur:
http://www.appt.ch/content/files/npm/eca/Kazakhstan_NPM%20annual%20report%202014.pdf
99. Ukraina Parliament Commissioner for Human Rights. Ukraine NPM Annual Report 2014 [Internet]. [cité 12 mai 2017]. Disponible sur:
http://www.appt.ch/content/files/npm/eca/Ukraine_NPM%20Annual%20Report%202014.pdf
100. Center of Human Rights of Moldova. Moldova NPM Annual Report 2014 [Internet]. [cité 12 mai 2017]. Disponible sur:
http://www.appt.ch/content/files/npm/eca/Moldova_Ombudsman_annual%20report%202014.pdf
101. Albanian Ombudsman Office. Albanian NPM Annual Report 2015 [Internet]. [cité 12 mai 2017]. Disponible sur:
http://www.appt.ch/content/files/npm/eca/Albanian_NPM_Annual%20Report_2015.pdf
102. National Preventive Mechanism. Croatia NPM Annual Report 2015 [Internet]. [cité 12 mai 2017]. Disponible sur:
http://www.appt.ch/content/files/npm/eca/Croatia_NPM%20annual%20report_2015.pdf
103. Spain's National Preventive Mechanism against Torture. Spain NPM Annual Report 2014 [Internet]. [cité 12 mai 2017]. Disponible sur:
http://www.appt.ch/content/files/npm/eca/Spain_NPM_annual_report_2014.pdf

104. Chancellor of Justice. Estonia NPM Annual Report 2015 [Internet]. [cité 12 mai 2017]. Disponible sur:
http://www.apl.ch/content/files/npm/eca/Estonia_NPM_annual_report_2015.pdf
105. Ombudsman of Georgia. Georgia NPM Annual Report 2015 [Internet]. [cité 12 mai 2017]. Disponible sur:
http://www.apl.ch/content/files/npm/eca/Georgia_NPM%20annual%20report%202015.pdf
106. Krajowy Mechanizm Prewencji. Poland NPM Annual Report 2015 [Internet]. [cité 12 mai 2017]. Disponible sur :
http://www.apl.ch/content/files/npm/eca/Poland_NPM%20Annual%20Report_2015.pdf
107. Public Defender of Rights. NPM Annual Report 2015 [Internet]. [cité 12 mai 2017]. Disponible sur :
http://www.apl.ch/content/files/npm/eca/Czech%20Republic_NPM%20Annual%20Report%202015.pdf
108. Swedish Parliamentary Ombudsmen. Sweden NPM Annual Report 2014-2015 [Internet]. [cité 12 mai 2017]. Disponible sur:
https://www.jo.se/Global/%C3%84mbetsber%C3%A4ttelser/2014-15_eng.pdf
109. WHO, World Health Organisation. Mental health governance - Data by country [Internet]. WHO. [cité 26 avr 2017]. Disponible sur:
<http://apps.who.int/gho/data/node.main.MHPOLFIN?lang=en>
110. CGLPL, Contrôleur Général des Lieux de Privation de Liberté. Rapport de visite du centre hospitalier Charles Perrens à Bordeaux (Gironde) [Internet]. Site du Contrôleur Général des Lieux de Privation de Liberté. 2016 [cité 12 mai 2017]. Disponible sur:
<http://www.cglpl.fr/2016/rapport-de-visite-du-centre-hospitalier-charles-perrens-a-bordeaux-gironde/>
111. APT, Association pour la Prévention de la Torture. 2016: Le monitoring des institutions psychiatriques [Internet]. [cité 12 mai 2017]. Disponible sur:
<http://apl.ch/fr/2016-le-monitoring-des-institutions-psychiatrique/>
112. Organisation des Nations Unies. Convention relative aux droits des personnes handicapées et Protocole facultatif [Internet]. [cité 12 mai 2017]. Disponible sur:
<http://www.un.org/french/disabilities/default.asp?id=1413>
113. Eyraud B, Velpry L. La liberté d’aller et venir comme révélateur du tournant juridique des régulations du soin en santé mentale : une mise en perspective « internationale ». RDSS Rev Droit Sanit Soc. 2015;(6):951-62.
114. Organisation des Nations Unies. Collection des traités - Convention relative aux droits des personnes handicapées [Internet]. [cité 13 mai 2017]. Disponible sur:
https://treaties.un.org/pages/ViewDetails.aspx?src=TREATY&mtdsg_no=IV-15&chapter=4&clang=_fr

Le Serment d'Hippocrate

Je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la Médecine.

Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans discrimination.

J'interviendrai pour les protéger si elles sont vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou leur dignité. Même sous la contrainte, je ne ferai pas usage de mes connaissances contre les lois de l'humanité.

J'informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences. Je ne tromperai jamais leur confiance.

Je donnerai mes soins à l'indigent et je n'exigerai pas un salaire au dessus de mon travail.

Admis dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me seront confiés et ma conduite ne servira pas à corrompre les mœurs.

Je ferai tout pour soulager les souffrances. Je ne prolongerai pas abusivement la vie ni ne provoquerai délibérément la mort.

Je préserverai l'indépendance nécessaire et je n'entreprendrai rien qui dépasse mes compétences. Je perfectionnerai mes connaissances pour assurer au mieux ma mission.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses. Que je sois couvert d'opprobre et méprisé si j'y manque.

LE CONTROLEUR GENERAL DES LIEUX DE PRIVATION DE LIBERTE : BILAN DE 10 ANS DE VISITES EN PSYCHIATRIE ET COMPARAISON INTERNATIONALE

RÉSUMÉ :

Depuis la naissance même de notre spécialité, les conditions d'hospitalisation et les pratiques mises en œuvre dans le traitement des patients ont toujours été questionnées. Pourtant, aucun organisme public ne venait réellement contrôler le respect des droits des patients dans les établissements publics de santé mentale (EPSM). L'instauration du Contrôleur Général des Lieux de Privation de Liberté (CGLPL) en 2007, est venue répondre à ce manque.

Néanmoins, malgré ses 10 années d'effectivité, seules ses publications les plus médiatisées, relatives à de graves situations attentatoires aux droits fondamentaux des patients semblent connues du grand public et des professionnels. Dans une première partie nous avons donc cherché à montrer l'origine du CGLPL, le cadre légal dans lequel il s'inscrit ainsi que l'étendue de ses publications et les applications directes dans notre spécialité. Dans une seconde partie, nous avons complété cette présentation par la réalisation d'une revue de la littérature abordant les rapports annuels d'activités de différents organismes semblables au CGLPL à l'international.

Le travail du CGLPL rentre dans le cadre plus général de la prévention de la torture à travers une convention de l'Organisation des Nations Unies. Sa mission, basée sur la réalisation de visites des EPSM, nous apporte des analyses détaillées de leur fonctionnement et permet de mettre en avant des situations que le CGLPL considère comme attentatoire aux droits fondamentaux des patients. Il semble que ses observations aient été reprises par le législateur et par la Haute Autorité de Santé dans de récentes publications. L'analyse des rapports à l'international met en avant de nombreuses similitudes quant aux pratiques relevant d'atteintes aux droits des patients, et cela, indifféremment des pays étudiés. Devant ces constats, il semble important de mieux expliquer le rôle du CGLPL afin d'intégrer son travail dans nos pratiques.

MOTS-CLEFS : Contrôleur général des lieux de privation de liberté, CGLPL, droits fondamentaux, prévention de la torture.

DISCIPLINE : PSYCHIATRIE

UFR DES SCIENCES MÉDICALES, UNIVERSITÉ BORDEAUX 2 – VICTOR SEGALEN 146, rue
Léo Saignat 33076 Bordeaux cedex