HAL
open science

La dignité des malades

Laura Rabouin

To cite this version:

Laura Rabouin. La dignité des malades. Droit. 2017. dumas-01654626

HAL Id: dumas-01654626

https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01654626

Submitted on 4 Dec 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.

UNIVERSITÉ DE TOULON
UFR Faculté de droit

La dignité des malades psychiatriques

MÉMOIRE

Étudiante : Laura RABOUIN

Directeur de mémoire : Monsieur le Professeur Philippe PEDROT

Master II - Droit et gestion des personnes du secteur sanitaire et social

Année universitaire : 2016 - 2017

UNIVERSITÉ DE TOULON

AUTORISATION DE DIFFUSION ÉLECTRONIQUE D'UN TRAVAIL UNIVERSITAIRE DE NIVEAU MASTER
(Mémoires/Rapports de stage)

ÉTUDIANT(E)

Je soussigné(e)
Laura Rabouin

Courriel pérenne :
laura.rabouin66@gmail.com

Titre du mémoire/rapport de stage :
La dignité des malades psychiatriques

AUTORISE la diffusion de mon mémoire/rapport de stage (Choisir une seule option)

- ☒ **sur internet (base DUMAS) :** uniquement pour les Masters 2
- ☐ **sur intranet**

JE CERTIFIE QUE :

- ➢ responsable du contenu de mon mémoire, je ne diffuserai pas d'éléments non libres de droit ou qui pourraient porter atteinte au respect de la vie privée.
- ➢ conformément à la loi "Informatique et libertés" du 6 janvier 1978 modifiée en 2004, je pourrai à tout moment demander la rectification de mes données personnelles ou modifier l'autorisation de diffusion que j'ai donnée par l'envoi d'une simple lettre ou un courriel au service documentaire de mon UFR.
- ➢ je renonce à toute rémunération pour la diffusion effectuée dans les conditions précisées ci-dessus.
- ➢ j'agis en l'absence de toute contrainte.

Fait à Toulon,
le 27/08/2017

Signature précédée de la mention « bon pour accord »

bon pour accord.

AVIS DU JURY DE SOUTENANCE DU MÉMOIRE/RAPPORT DE STAGE

Je soussigné(e) Françoise Bussoni, président du jury du mémoire précité, porte un

- ☒ **AVIS FAVORABLE** à la diffusion dans les conditions établies par l'auteur
- ☐ **AVIS FAVORABLE** par dérogation à la diffusion sur internet (note inférieure à 14)
- ☐ **AVIS DEFAVORABLE**

Fait à Toulon,
le 9/11/17

Signature précédée de la mention « bon pour accord »

UNIVERSITÉ DE TOULON

Engagement de non plagiat.

Je soussigné, ...Laura Rabiais.....

N° carte d'étudiant : .....21603749.....

Déclare avoir pris connaissance de la charte des examens et notamment du paragraphe spécifique au plagiat.

Je suis pleinement conscient(e) que le plagiat de documents ou d'une partie de document publiés sous quelques formes que ce soit (ouvrages, publications, rapports d'étudiant, internet etc...) constitue une violation des droits d'auteur ainsi qu'une fraude caractérisée.

En conséquence, je m'engage à citer toutes les sources que j'ai utilisées pour produire et écrire ce document.

Fait le ..27/08/2017

Signature(s)

Ce document doit être inséré en première page de tous les rapports, dossiers et/ou mémoires.

Document du chapitre 10 annexe 5, issu de la Charte des examens adoptée en Conseil d'Administration le 11 juillet 2013 après avis du CEVU du 27 juin 2013 - Délibération N°2013-73

Remerciements

Je tiens à adresser mes sincères remerciements aux personnes ayant contribué à la réalisation de mon mémoire.

Je souhaite remercier en particulier l'équipe du Centre Hospitalier de Montfavet, pour leur aide précieuse.

Je souhaite remercier Monsieur Philippe PEDROT, professeur à la faculté de Droit de l'Université de Toulon, qui m'a permis de pouvoir explorer un sujet complexe et passionnant.

Je tiens à remercier mon mari Jean-Cyrille qui m'a accompagné tout au long de la recherche et de la rédaction de ce mémoire.

Abréviations

CA : Cour d'appel

CAA : Cour administrative d'appel

CASS : Cour de cassation

CDSP : Commission départementale des soins psychiatriques

CE : Conseil d'État

CEDH : Cour européenne des Droits de l'Homme

CESDH : Convention européenne de Sauvegarde des Droits de l'Homme

CGLPL : Contrôleur général des lieux de privation et de liberté

CPP : Code de procédure pénale

CPT : Comité de Prévention contre la Torture

CSP : Code de la santé publique

HAS : Haute Autorité de Santé

JLD : Juge des libertés et de la détention

MCO : Médecine, Chirurgie et Obstétrique

SDJ : Soins psychiatriques sur décision judiciaire

SDRE : Soins psychiatriques à la demande du Représentant de l'Etat

SDT : Soins psychiatriques à la demande d'un tiers

SDTU : Soins psychiatriques à la demande d'un tiers en urgence

SPI : Soins psychiatriques pour péril imminent

TA : Tribunal administratif

TGI : Tribunal de grande instance

Sommaire

Introduction

Titre Ier : La dignité du malade psychiatrique dans le régime de soins libres

Titre IIème : La dignité du malade psychiatrique dans le régime des soins contraints

Conclusion

Introduction

« La dignité humaine est inviolable. Elle doit être respectée et protégée »[1]

L'Histoire de France, plus largement l'Histoire des civilisations, ont pu montrer une évolution de la place du corps humain au sein de la société. Le corps humain, notamment après ce qui a pu se passer en camps de concentration durant la seconde Guerre Mondiale, a bénéficié d'une nouvelle perception. Ce corps, abritant l'esprit, voire même l'âme, pour certaines croyances, est une chose qui doit être traitée avec respect. En d'autres termes, « Le corps humain fait la personne »[2]. Le respect de la dignité humaine a été consacré par le Conseil constitutionnel le 27 juillet 1994. Ce dernier l'a érigé dans son deuxième considérant, en principe à valeur constitutionnelle[3]. Cette reconnaissance permet à chaque personne, en leur qualité d'être humain, de bénéficier du respect qui leur est dû. Néanmoins, aucune définition de la dignité n'a été apportée par le Conseil constitutionnel.

Toute personne a droit au respect de sa dignité. Quelque soit le statut de la personne, cette dernière a droit, en sa qualité de personne humaine, au respect de sa dignité. Néanmoins, ces dernières années, notamment avec les lois relatives à la fin de vie[4], la dignité de la personne malade a conduit à s'interroger sur ses formes. La notion de dignité humaine a amené les différentes branches de la médecine à considérer la personne malade. La dignité humaine est d'autant plus importante en matière de santé, en raison de la particulière vulnérabilité des personnes malades[5]. En effet, en raison de cette vulnérabilité qui peut se définir comme « une fragilité anormale dont la cause est liée à la personne ou à son patrimoine et dont les conséquences affectent de manière générale les droits et les libertés de l'intéressé »[6], la maladie, quelle qu'elle soit, doit conduire à plus d'attention quant aux droits fondamentaux.

---

[1] Article 1er, Charte des droits fondamentaux de l'Union Européenne

[2] Annick BATTEUR, Droit des personnes, des familles et des majeurs protégés, Paris, Lextenso, LGDJ, 7ème édition, 2013, p.63

[3] CC 27 juillet 1994, *Loi relative au respect du corps humain et loi relative au don et à l'utilisation des éléments et produits du corps humain, à l'assistance médicale à la procréation et au diagnostic prénatal*, n°94-343/344 DC, considérant n°2

[4] Loi n° 2005-370 du 22 avril 2005 *relative aux droits des malades et à la fin de vie* ; Loi n° 2016-87 du 2 février 2016 *créant de nouveaux droits en faveur des malades et des personnes en fin de vie*

[5] Gérard MÉMETEAU, Marion GIRER, Cours de droit médical, Bordeaux, Les études hospitalières, 5ème édition, 2016, p. 682

[6] Rapport annuel de la Cour de cassation, « Les personnes vulnérables dans la jurisprudence de la Cour de cassation », 2009

La dignité des malades psychiatriques

Le Droit veille à ce que la personne malade soit respectée en sa qualité d'être humain. Le respect de la qualité humaine s'exprime par les droits fondamentaux du malade, consacrés à l'occasion de la loi du 4 mars 2002 *relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé*[7] comme le souligne l'auteur Anne PONSEILLE[8]. Désormais, la personne malade est actrice du système de santé dans lequel elle se situe[9]. Le Droit, en matière de santé, est dans une conception humaniste.

En médecine psychiatrique, le malade atteint de troubles mentaux, par sa qualité d'être humain, a droit au respect de sa dignité humaine. Toutefois, la psychiatrie possède des particularités qu'il peut être difficile à appréhender. La psychiatrie, du grec *psyche*, signifiant l'âme, l'esprit, et de *iatros*, signifiant médecin, se définit comme une « spécialité médicale dont l'objet est l'étude et le traitement des maladies mentales, des troubles psychologiques »[10]. Autrement dit, la psychiatrie est une branche de la médecine qui ne traite pas les maux du corps humain, mais sa substance. Aussi, la psychiatrie prend en charge « les affections psychiatriques caractérisées et les aspects pathologiques de la souffrance psychique »[11]. Cependant, *que sont les « affections psychiatriques » dont peut souffrir une personne?* L'OMS[12] définit les troubles mentaux comme regroupant « un vaste ensemble de problèmes, dont les symptômes diffèrent. Mais ils se caractérisent généralement par une combinaison des pensions, d'émotions, de comportements et de rapports avec autrui anormaux ». Le malade atteint de troubles mentaux ne souffre donc pas de maux somatiques mais de maux avec autrui. Ces maux peuvent avoir plusieurs formes et conséquences dans les relations avec autrui. Effectivement, ces derniers peuvent priver la personne de relations sociales, voire même d'entendement. Pour ces raisons-là, la personne atteinte de troubles mentaux, qui nécessite des soins, peut soit bénéficier du régime de droit commun avec une hospitalisation en soins libres, ou peut alors bénéficier d'une hospitalisation sans son consentement. Dans ces deux hypothèses, la norme qui peut se définir comme un « terme scientifique parfois employé dans une acceptation générale, comme équivalent de

[7] Loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 *relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé*

[8] Anne PONSEILLE, « Le droit de la personne malade au respect de sa dignité », Revue Générale de Droit Médical, n°11, 2003, p.166

[9] Anne PONSEILLE, « Le droit de la personne malade au respect de sa dignité », Revue Générale de Droit Médical, n°11, 2003, p.160

[10] Dictionnaire Larousse, v. *psychiatrie*

[11] Projet de loi de modernisation de notre système de santé - Rapport n°2673 enregistré à la présidence de l'Assemblée nationale le 20 mars 2015 et présenté par la Commission des affaires sociales sur le projet de loi relatif à la santé

[12] Organisation Mondiale de la Santé

règle de droit (proposition abstraite et générale) qui évoque non pas l'idée de normalité (comme par exemple en biologie), ni celle de rationalité, ou de type convenu (standardisation), mais spécifiquement la valeur obligatoire attachée à une règle de conduite, et qui offre l'avantage de viser d'une manière générale toutes les règles présentant ce caractère, quelle qu'en soit la source (loi, traité, voire règle de droit naturel) ou l'objet (règle de conflit, droit substantiel etc.) »[13], protège la dignité humaine des malades psychiatriques.

La personne atteinte de troubles mentaux a toujours fait l'objet d'une reconnaissance singulière au sein de l'Histoire. Comme peut le souligner le juriste Antoine LECA[14], chaque période historique a reconnu au malade psychiatrique sa singularité. Il peut notamment être cité la reconnaissance par la loi des XII Tables, de la personne privée d'entendement, les *mente capti*[15]. En France, la personne démente est exclue de la société, voire même tuée en raison des croyances de l'époque[16]. En avril 1656, est crée l'Hôpital Général de Paris, ce qui va donner lieu à la période dite du « Grand-Renfermement ». L'Hôpital Général est une « maison chargée de lutter contre la mendicité et d'imposer un travail obligatoire à tous les oisifs valides recueillis »[17]. Les personnes malades seront accueillies au sein de cette institution. Néanmoins, nous pouvons voir que cette institution ne laisse place aux soins. L'institution sera exportée à l'ensemble du royaume de France par un édit de juin 1662[18]. Il faudra attendre la Révolution Française, pour voir la reconnaissance de la singularité de la personne atteinte de troubles mentaux. Cependant, comme le soulignent les auteurs Annie FREDON et Arsène HU-YEN-TACK, « les fous seront encore enfermés et attachés, non en qualité de patients que l'on soigne (...) dans des établissements d'internements

[13] Gérard CORNU, Vocabulaire juridique, Paris, Puf, 10ème édition, 2014, p. 685, *v. norme*

[14] Antoine LECA, Thibault GONGGRYP, L. SAINT-PIERRE, La psychiatrie est-elle soluble dans le droit médical? , Bordeaux, Les cahiers de droit de la santé du Sud-Est, juridiques, historiques et prospectifs, Les études hospitalières, n°6, 2006.

[15] Antoine LECA, Thibault GONGGRYP, L. SAINT-PIERRE, La psychiatrie est-elle soluble dans le droit médical? , Bordeaux, Les cahiers de droit de la santé du Sud-Est, juridiques, historiques et prospectifs, Les études hospitalières, n°6, 2006, p.12

[16] Antoine LECA, Thibault GONGGRYP, L. SAINT-PIERRE, La psychiatrie est-elle soluble dans le droit médical? , Bordeaux, Les cahiers de droit de la santé du Sud-Est, juridiques, historiques et prospectifs, Les études hospitalières, n°6, 2006, p. 16

[17] Le Grand Larousse de l'Histoire de France, Larousse, 2011, p.260

[18] *Ibid.*

répressifs »[19]. En outre, le Code pénal de 1810 vient consacrer en son article 64, l'irresponsabilité pénale des personnes atteintes de troubles mentaux.

En revanche, la première législation venant encadrer le placement des malades psychiatriques interviendra par la loi du 30 juin 1838 *sur les aliénés*[20]. Le placement doit alors répondre à une nécessité médicale. Cette loi, dite « *Esquirol* », sera applicable pendant plus d'un siècle en France. En effet, il faudra attendre la loi du 27 juin 1990[21] pour revenir sur l'hospitalisation des malades psychiatriques. Cependant, les plus grandes réformes en matière de soins psychiatriques interviendront par les lois du 5 juillet 2011[22] et 27 septembre 2013[23] suite aux censures par le Conseil constitutionnel[24] [25]. Néanmoins, la réforme de juillet 2011 présente une évolution remarquable en matière de prise en charge psychiatrique puisque la loi offre « des alternatives à l'hospitalisation complète; l'enfermement devient une modalité de soins parmi les autres au même titre que les soins ambulatoires »[26]. Par ailleurs, l'Autorité Judiciaire intervient afin de vérifier la régularité de l'hospitalisation.

Il convient de souligner que par ces différentes lois, on peut constater une évolution du vocabulaire employé. En effet, les termes de *fous, aliénés*, ne sont plus employés au profit de *personnes souffrant de troubles mentaux, personnes admises en soins psychiatriques.*

---

[19] Annie FREDON, Arsène HU-YEN-TACK, Guide juridique de l'hospitalisation sous contrainte, Conséquences pratiques des réformes de 2011 et 2013 et projet de loi de santé de 2015, LEH édition, Bordeaux, 2015, p.12

[20] Loi n°7443 du 30 juin 1838 *sur les aliénés*

[21] Loi n°90-257 du 27 juin 1990 *relative aux droits et à la protection des personnes hospitalisées en raison de leurs troubles mentaux et à leurs conditions d'hospitalisation*

[22] 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*

[23] 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*

[24] DC n°2010-71 du 26 novembre 2010 ; DC n°2011-135 du 9 juin 2011

[25] DC n°2012-235 du 20 avril 2012

[26] Louis FAVOREU, Patrick GAÏA, Jérôme TREMEAU, Richard GHEVONTIAN, Ferdinand MÉLIN-SOUCRAMANIEN, Otto PFERSMANN, Joseph PINI, André ROUX, Annabelle PENA, Guy SOFFONI, Droit des libertés fondamentales, Paris, Dalloz, 7ème édition, 2015, p.210

Dans le cadre de l'étude consacrée à la dignité des personnes atteintes de troubles mentaux, il a pu être amené à s'interroger sur *comment la norme organise-t-elle le respect de la dignité humaine des malades psychiatriques?*

Afin de répondre à la problématique posée, il est envisagé au sein d'un Titre Ier, la dignité du malade psychiatrique dans le régime des soins libres, mais il est également envisagé au sein d'un Titre IIème, la dignité du malade psychiatrique dans le régime de soins contraints.

Titre Ier : La dignité du malade psychiatrique dans le régime des soins libres

La dignité humaine, principe à valeur constitutionnelle[27], fonde la législation médicale et sanitaire. Le praticien de santé doit donc toujours agir dans le respect de la dignité de la personne malade. Toutefois, la dignité humaine ne connait pas de définition. Le Conseil constitutionnel, lors de sa reconnaissance, ne l'a pas défini. La jurisprudence ne la définit pas non plus. Seuls les contours appréhendés en jurisprudence permettent à la doctrine d'en établir la substance. Ainsi, avant toute étude préalable de la dignité du malade psychiatrique dans le régime de droit commun, à savoir dans les soins libres, il convient de définir la dignité humaine au sein d'un sous-titre Ier.

Principe fondamental à la législation médicale et sanitaire, la norme protège et respecte la dignité humaine du malade psychiatrique par l'exercice des droits fondamentaux reconnus par la loi du 4 mars 2002[28]. Ces droits fondamentaux feront l'objet d'une étude au sein du sous-titre IIème.

Sous-titre Ier - Une définition de la dignité humaine en droit de la santé

« La sauvegarde de la dignité de la personne humaine contre toute forme d'asservissement et de dégradation est un principe à valeur constitutionnelle, découlant du préambule de la Constitution de 1946 »[29].

En ces termes, le Conseil constitutionnel a érigé la dignité humaine en principe à valeur constitutionnelle. Toutefois, ce principe n'a pas été défini par les Sages du Conseil. C'est pour cette raison, qu'il est nécessaire avant toute étude préalable, de définir ou du moins de tenter d'apporter un contour à la dignité humaine. Dans le cadre de ce sous-titre Ier, une étude sera consacrée à la dignité humaine appréhendée sur l'essence même de cette notion (section 1ère), mais la dignité humaine, sera également appréhendée plus spécifiquement au droit de la santé (section 2ème).

[27] CC 27 juillet 1994, *Loi relative au respect du corps humain et loi relative au don et à l'utilisation des éléments et produits du corps humain, à l'assistance médicale à la procréation et au diagnostic prénatal*, n°94-343/344 DC

[28] Loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 *relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé*

[29] CC 27 juillet 1994, *Loi relative au respect du corps humain et loi relative au don et à l'utilisation des éléments et produits du corps humain, à l'assistance médicale à la procréation et au diagnostic prénatal*, n°94-343/344 DC, considérant n°2

Section 1ère : La dignité humaine, valeur morale reconnue par le droit français

La dignité humaine, avant sa reconnaissance par le Conseil constitutionnel de principe à valeur constitutionnelle, était un principe moral[30] érigeant le respect de l'être humain, comme a notamment pu le souligner l'auteur Benoît JORION[31]. La notion de dignité était également appréhendée par la philosophie ou encore l'éthique[32]. La dignité humaine pouvait revêtir le caractère de droit naturel. Elle est liée à la nature de l'Homme[33]. Cependant, le Droit est venu intégrer ce droit dans la norme en l'érigeant en principe fondamental. Aussi, la dignité humaine est une notion qui « irradie les différentes sphères juridiques, même si cela est contesté[34] »[35]. Cependant, plusieurs textes internationaux reconnaissent le droit au respect de la dignité. Aussi, comme a pu le souligner l'auteur Thierry CORNAVIN, les Droits de l'Homme « tirent leur fondement essentiel » dans le principe de dignité[36]. Jean-Marc PANFILI reconnaît que la « Déclaration Universelle des Droits de l'Homme de 1948 précise que la reconnaissance de la dignité est due à tout être humain, au même titre que la liberté et l'égalité de droits »[37]. Néanmoins, malgré la reconnaissance de la dignité, cette dernière n'est pas définie. En outre, il convient de s'interroger sur le lien étroit entre la dignité humaine et les libertés fondamentales. L'être humain ne doit pas être vu comme un objet, et bénéficie à ce titre, de libertés fondamentales auxquelles il ne peut être porté atteinte (sauf dans certaines hypothèses, notamment en matière de soins psychiatriques sans consentement).

Les Sages du Conseil, dans le considérant n°18 de la décision de juillet 1994[38], ont apporté une précision sur la substance de la dignité : « lesdites lois énoncent un ensemble de principes au nombre desquels figurent la primauté de la personne humaine, le respect de l'être humain dès le commencement de

[30] Dominique VIRRIOT-BARRIAL, La dignité humaine, Répertoire de droit pénal et de procédure pénale, juin 2014

[31] Benoît JORION, « La dignité de la personne humaine ou la difficile insertion d'une règle morale dans le droit positif », RDP, 1999, p. 198

[32] Ibid.

[33] Dictionnaire permanent, Les éditions législatives, v. *droits fondamentaux*

[34] Claire NEIRINCK « La dignité humaine ou le mauvais usage juridique d'une notion philosophique », Ethique, Droit et Dignité de la personne, p.39

[35] Dominique VIRRIOT-BARRIAL, La dignité humaine, Répertoire de droit pénal et de procédure pénale, juin 2014

[36] Thierry CORNAVIN, Théorie des droits de l'homme et progrès de la biologie, Puf, coll. « Droits », n°2, 1985, p.100

[37] Jean-Marc PANFILI, « Les traitements médicamenteux forcés en soins psychiatriques sans consentement et le risque d'atteinte à la dignité », Revue droit et santé, n°58, mars 2014

[38] CC 27 juillet 1994, *Loi relative au respect du corps humain et loi relative au don et à l'utilisation des éléments et produits du corps humain, à l'assistance médicale à la procréation et au diagnostic prénatal*, n°94-343/344 DC, considérant n°18

sa vie, l'inviolabilité, l'intégrité et l'absence de caractère patrimonial du corps humain ainsi que l'intégrité de l'espèce humaine ; que les principes ainsi affirmés tendent à assurer le respect du principe constitutionnel de sauvegarde de la dignité de la personne humaine ».

Il n'existe donc pas de définition de la dignité humaine, nonobstant, des principes sont rattachés à ladite notion. Au vu du considérant n°18, l'être humain a droit au respect en raison de sa qualité. Autrement dit, le corps est sacré et doit être respecté, même si l'auteur Jean HAUSER précise que le droit se refuse à considérer le corps comme une chose[39]. Même la volonté de la personne ne peut permettre une atteinte à sa dignité. Ce qu'à notamment jugé la Cour de cassation en matière de convention de gestation pour autrui[40]. Par conséquent, l'être humain doit être vu comme une fin en soi[41]. En conséquence, l'être humain ne peut être identifié comme une chose. La législation française s'inscrit dans le respect de l'être humain. Ainsi, il peut être cité à titre d'exemple, des conditions de travail et d'hébergement contraires à la dignité de la personne[42]. En somme, l'humain ne peut être vu comme un objet, et doit à ce titre être considéré avec considération. Les principes susmentionnés ont été retranscrits aux articles 16 et s. du Code civil à l'occasion des *lois bioéthiques* de juillet 1994[43]. Ces droits sont indérogeables[44]. En conséquence, l'être humain a droit à l'inviolabilité de son corps, au respect de son intégrité physique et au respect.

On peut donc voir que la dignité est un principe « matriciel »[45]. Toutefois, la doctrine connaît des divergences quant au caractère subjectif ou objectif de la notion de dignité humaine. Sa nature juridique est pour certains, ambivalente[46]. Le droit objectif peut se définir comme « un ensemble de règles visant à organiser la conduite de l'homme en société et dont le respect est assuré par la puissance publique. Le droit objectif reconnaît et sanctionne lui-même des droits subjectifs, prérogatives attribuées dans leur intérêt à des individus, qui leur permettent de jouir d'une chose, d'une valeur ou d'exiger d'autrui une prestation »[47]. La

[39] Jean HAUSER, Jean-Jacques LEMOULAND, Ordre public et bonne moeurs,Répertoire de droit civil, Dalloz, jan. 2015

[40] Cass. Ass. 31 mai 1991, n°90-20.105

[41] Thierry HASSLER, Vincent LAPP « Droit à la dignité : le retour! » Petites Affiches, 1997, n°14, p.12

[42] Article 225-13 du Code pénal

[43] Loi n°94-653 du 29 juillet 1994 *relative au respect du corps humain*

[44] Dictionnaire permanent, Les éditions législatives, v. *droits fondamentaux*

[45] Bertrand MATHIEU, « Pour une reconnaissance de principes matriciels en matière de protection constitutionnelle des droits de l'homme », D.1995, chr. p.221 et s.

[46] Virginie SAINT-JAMES, « Réflexions sur la dignité de l'être humain en tant que concept en droit juridique français », Recueil Dalloz, 1997, p.61

[47] Lexique juridique, Dalloz, Paris, 25ème édition, p.422, *v. Droit*

dignité humaine comprend un caractère objectif. En effet, la norme juridique l'impose par le préambule de la Constitution de 1946 qui a été intégrée au bloc de constitutionnalité[48]. Si la dignité humaine n'est pas respectée au sein de la société, la puissance publique viendra en sanctionner les atteintes. Sur la nature de la notion, il peut être notamment cité, les arrêts du Conseil d'Etat d'octobre 1995[49] où la dignité humaine est une composante de l'ordre public comme a notamment pu le souligner Virginie SAINT-JAMES[50]. La puissance publique est venue sanctionner l'atteinte au droit objectif de dignité humaine. En effet, la dignité humaine est ici « attachée à l'ordre public, c'est-à-dire au respect de l'humanité en chacun, qui, en ce qu'elle est indisponible, constitue une limite à la liberté individuelle, c'est-à-dire à l'individu lui-même, voire contre lui- même »[51] [52]. Néanmoins, la dignité est également un droit subjectif. Une personne titulaire de droits, peut faire valoir son droit à sa dignité. Cela peut notamment être le cas en matière de fin de vie où le praticien est débiteur du respect de la dignité humaine.

En conséquence, la norme organise le respect de la dignité humaine. Néanmoins, la dignité est également un droit subjectif qui peut être approprié par les individus pour défendre leurs intérêts. Dans le cadre de l'étude consacrée à la dignité des malades psychiatriques, il convient d'analyser plus particulièrement l'approche de la dignité humaine en droit de la santé (section 2ème).

Section 2ème : La dignité humaine en droit de la santé

La loi du 4 mars 2002[53] est venue consacrer à l'article L1110-2 du Code de la santé publique, le droit au respect de la dignité de la personne malade. Cet article consacre un droit subjectif[54] dont peuvent se prévaloir les malades. Il convient de préciser que par sa position en tête du code, l'article L1110-2 se

---

[48] CC 16 juillet 1971 *relative à la loi complétant les dispositions des articles 5 et 7 de la loi du 1er juillet 1901 relative au contrat d'association, DC n°71-44*

[49] CE ass. 27 octobre 1995, *Commune de Morsang-sur-Orge* et *Ville d'Aix-en-Provence*, n°136727

[50] Virginie SAINT-JAMES, « Réflexions sur la dignité de l'être humain en tant que concept en droit juridique français », Recueil Dalloz, 1997, p.61

[51] Guillaume GLÉNARD, « La dignité de la personne humaine : un ordre de valeurs? », RDFA, Dalloz, 2015, p.869

[52] Sont cités pour cette définition de Guillaume GLÉNARD : Xavier BIOY, « Le concept de dignité », in L. BURGORGUE-LARSEN (dir.), La dignité saisie par les juges en Europe, Bruylant, 2010, p. 16 ; S. HENNETTE-VAUCHEZ, « Nouvelles modifications de la Constitution », RFDA 2009. 397

[53] Loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 *relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé*

[54] Anne LAUDE, Bertrand MATHIEU, Didier TABUTEAU, Droit de la santé, Paris, Puf, 3ème édition, 2007 p.317

présente comme « un droit à la fois fondamental et générique »[55] invocable par « toute personne malade (...) qu'elle soit hospitalisée ou non, quelle que soit la nature de sa maladie, quel que soit le stade de sa maladie... »[56]. Cependant, il peut être intéressant de s'interroger sur la sémantique des mots comme le souligne Anne PONSEILLE[57]. Elle souligne que le terme de « malade » a été préféré au terme de « patient ». Néanmoins, la personne malade semble plus restrictive que la notion de patient. En effet, le Dictionnaire Larousse définit le malade comme « se dit d'un être vivant qui souffre d'une maladie » alors que le patient est défini comme une « personne soumise à un examen médical, suivant un traitement ou subissant une intervention chirurgicale ». Un patient peut ne pas souffrir d'une maladie et procéder à de simples examens médicaux. Ainsi, *à t-il droit au respect de sa dignité?* Les deux termes semblent se corréler. Le positionnement de l'article en tête du Code de la santé publique a conduit Anne PONSEILLE[58] a citer le rapport du Conseil économique et social qui évoque le positionnement du respect de la dignité au sein du code, en véritable fondement des droits du malade[59]. Le malade doit voir sa dignité respectée tout au long de son parcours de soins[60]. En conséquence, « les conditions matérielles, morales, physiques »[61] de la prise en charge du patient doivent s'inscrire dans le respect de la dignité du malade.

Toutefois, le respect de la dignité du malade, obligation légale, est également une obligation déontologique pour les professionnels de santé. Il peut notamment être cité l'article R4127-2 du Code de la santé publique qui impose au médecin « d'exercer sa mission dans le respect de la vie humaine, de la personne et de sa dignité ». D'ailleurs, pour les médecins, il peut être souligné que cette obligation déontologique constitue l'essence-même de la profession puisque lors du serment d'Hippocrate, le médecin

---

[55] Anne PONSEILLE, « Le droit de la personne malade au respect de sa dignité », Revue Générale de Droit Médical, n°11, 2003, p.168

[56] Anne PONSEILLE, « Le droit de la personne malade au respect de sa dignité », Revue Générale de Droit Médical, n°11, 2003, p.172

[57] Anne PONSEILLE, « Le droit de la personne malade au respect de sa dignité », Revue Générale de Droit Médical, n°11, 2003, p.173

[58] Anne PONSEILLE, « Le droit de la personne malade au respect de sa dignité », Revue Générale de Droit Médical, n°11, 2003, p.169

[59] Cité par Anne PONSEILLE, p.169 : Rapport du conseil économique et social p.9 : « Le principe de sauvegarde de la dignité humaine constitue le fondement des droits de la personne malade »

[60] Gérard MÉMETEAU, Marion GIRER, Cours de droit médical, Bordeaux, Les études hospitalières, 5ème édition, 2016, p. 688

[61] Anne PONSEILLE, « Le droit de la personne malade au respect de sa dignité », Revue Générale de Droit Médical, n°11, 2003, p.173

s'engage moralement[62] à intervenir auprès des personnes « affaiblies, vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou leur dignité »[63].

Cependant, il convient de souligner que la jurisprudence judiciaire et administrative a longtemps avant l'adoption de l'article L1110-2 du Code de la santé publique, imposé au professionnel de santé, le respect de la dignité du malade. Aussi, il peut être cité quelques arrêts fondamentaux selon l'ordre de juridiction. La Cour de cassation, par un arrêt du 28 janvier 1942, est venue sanctionner un praticien n'ayant pas recueilli le consentement du patient sur le fondement de la dignité humaine[64] ; ou encore, la première chambre civile est venue affirmer « qu'un médecin ne peut être dispensé de son devoir d'information vis-à-vis de son patient, qui trouve son fondement dans l'exigence du respect du principe constitutionnel de sauvegarde de la dignité de la personne humaine »[65]. Le Conseil d'Etat quant à lui est venu consacrer le respect de la dignité humaine par le professionnel de santé dans ses relations avec le malade comme principe déontologique fondamental[66]. En somme, l'on peut observer que sont rattachés à la dignité humaine, au regard des dispositions combinées du Code civil et du Code de la santé publique, le droit de consentir à l'acte médical, le droit de recevoir l'information, le droit de choisir son praticien ou encore le droit d'aller et venir, liberté fondamentale de toute personne. Ces droits sont rattachés à l'être humain et ont pour conséquence, un devoir de bientraitance à l'égard des patients[67].

Dans le régime de droit commun de la psychiatrie, le patient atteint de troubles mentaux bénéficie des dispositions de l'article L1110-2 du Code de la santé publique, et, par conséquent, de ses corollaires (par exemple : le droit de consentir). Cependant, dans le régime de soins contraints, l'article L1110-2 et ses corollaires ne trouvent pas application. En effet, *specialia generalibus derogant*[68], le régime de soins contraints, exception, dispose de dispositions propres. L'article L3211-3 du Code de la santé publique dispose que « en toutes circonstances, la dignité de la personne doit être respectée ». En outre, comme le

[62] Marie-Laure MOQUET-ANGER, « La dignité et le droit de la santé », RFDA, Dalloz, 2015, p.1075

[63] Conseil de l'Ordre des Médecins, Serment d'Hippocrate

[64] Cass. 28 janvier 1942, *Parcelier c/ Teyssier*

[65] Civ.1ère, 9 octobre 2001, n°00-14.564

[66] CE Ass. 2 juillet 1993, *Milhaud*, req. n°124960

[67] Marie-Laure MOQUET-ANGER, *Droit hospitalier*, Issy-les-Moulineaux, LGDJ, 4ème édition, p.316

[68] Les règles spéciales dérogent aux règles générales

souligne Anne PONSEILLE[69], la Convention de Hawaii d'août 1977, consacre en son deuxième article, un devoir moral pour les médecins psychiatres, qui est celui du respect de la dignité du malade atteint de troubles mentaux. Néanmoins, la dignité de la personne atteinte de troubles mentaux revêt des particularités par la thérapeutique qui peut être appliquée. L'isolement et la contention ou encore le traitement forcé peuvent conduire à réduire le malade psychiatrique à une chose, et constituer par conséquent un traitement humiliant ou dégradant. Toutefois, le droit positif français encadre ces spécificités liées à la psychiatrie. Par ailleurs, certains auteurs viennent à considérer qu'il existe « un statut constitutionnel de la personne souffrant de troubles mentaux »[70].

La dignité de la personne malade, et en particulier de la personne atteinte de troubles mentaux, revêt une importance particulière en matière de droits. L'importance s'explique par la particulière vulnérabilité des patients comme le soulignent Gérard MÉMETEAU et Marion GIRER dans leur ouvrage de Cours de droit médical[71]. En raison de cette particulière vulnérabilité, on attache « davantage de considération à l'être humain, à son humanité et dès lors à ce qui confère à l'être humain les éléments de cette humanité, parmi lesquels la dignité, voire sa dignité »[72].

En conclusion, le principe de dignité humaine en droit de la santé, et en particulier en droit de la psychiatrie, s'inscrit dans une perception humaniste[73]. Cette perception « est devenue un principe cardinal du droit de la santé et de la bioéthique »[74]. Le Code de la santé publique est l'expression de « l'humanisme médical »[75]. Par conséquent, les droits fondamentaux du patient, quel qu'il soit, ont pour fondement le respect de la dignité humaine. Ce respect doit guider les praticiens de santé dans leur relation avec les

---

[69] Anne PONSEILLE, « Le droit de la personne malade au respect de sa dignité », Revue Générale de Droit Médical, n°11, 2003, p.163

[70] Olivier RENAUDIE, « Conseil constitutionnel : liberté d'aller et venir et protection des personnes souffrant de troubles mentaux », RDSS, Dalloz, 2015, p.963

[71] Gérard MÉMETEAU, Marion GIRER, Cours de droit médical, Bordeaux, Les études hospitalières, 5ème édition, 2016, p. 687

[72] Marie-Laure MOQUET-ANGER, « La dignité et le droit de la santé », RFDA, Dalloz, 2015, p.1075

[73] *Ibid.*

[74] Gérard MÉMETEAU, Marion GIRER, Cours de droit médical, Bordeaux, Les études hospitalières, 5ème édition, 2016, p. 688

[75] Marie-Laure MOQUET-ANGER, « La dignité et le droit de la santé », RFDA, Dalloz, 2015, p.1075

patients. Ainsi, au sein d'un sous-titre IIème, sera envisagé la dignité du malade psychiatrique dans le régime de droit commun.

Sous-Titre IIème - Le respect de la dignité du malade psychiatrique

Le principe de dignité humaine n'a pas été défini par le Conseil constitutionnel, mais ses corollaires ont été exprimés de manière claire par les Sages. Ainsi, le respect de la dignité humaine suppose notamment le respect de l'intégrité de la personne. L'intégrité de la personne connaît une résonance particulière en droit de la santé. En effet, l'acte médical porte atteinte à l'intégrité physique de la personne, mais est justifiée par le consentement et la nécessité médicale[76]. Le praticien de santé doit pour légaliser l'acte médical, d'une part, justifier d'une nécessité médicale, mais également d'autre part, recueillir le consentement du patient atteint de troubles mentaux comme le souligne Annick BATTEUR[77]. Cependant, le consentement du patient doit revêtir deux caractères essentiels pour qu'il puisse être recevable : il doit être libre et éclairé. Dans le régime de droit commun, le patient atteint de troubles mentaux qui consent doit être respecté dans sa volonté. Autrement dit, il bénéficie « des mêmes droits liés à l'exercice des libertés individuelles que ceux reconnus aux malades soignés pour une autre cause »[78].

En l'absence des critères de l'article 16-3 du Code civil, l'acte médical serait illégal. Dès lors, le praticien pourrait être poursuivi en matière pénale et civile. Néanmoins, il existe des dérogations où le consentement du patient ne peut être recueilli. Il s'agit de l'hypothèse où le patient ne peut consentir en raison de son état de santé. Il peut être cité, le cas du patient inconscient ou encore l'urgence vitale qui autorise le médecin à outrepasser le consentement du patient[79].

La dignité humaine en droit de la santé fonde également d'autres droits pour le malade. Ces droits peuvent être qualifiés de fondamentaux, et certains, viennent même se juxtaposer au respect de la dignité humaine.

---

[76] Article 16-3 du Code civil

[77] Annick BATTEUR, Droit des personnes, des familles et des majeurs protégés, Paris, Lextenso, LGDJ, 7ème édition, 2013, p.64

[78] Cécile CASTAING, « La volonté des personnes admises en soins psychiatriques sans consentement, Quel droit pour quel juge? », AJDA, Dalloz, 2013, p.153

[79] CE 26 octobre 2001, *Mme. Senanayake*, n°198546

Le respect de la dignité du malade psychiatrique dans le régime de droit commun de la santé, suppose donc, un consentement libre et éclairé (section 1ère), mais suppose également, le respect d'autres droits fondamentaux inhérents à la personne malade (section 2ème).

Section 1ère : Le consentement libre et éclairé du patient souffrant de troubles mentaux

Un patient atteint de troubles mentaux admis en soins libres bénéficie des mêmes droits que les autres malades. Ainsi, l'ensemble des dispositions relatives aux chapitres préliminaire et premier du Code de la santé publique trouve à s'appliquer comme le souligne Cécile CASTAING[80]. En conséquence, l'article L1111-4 dudit Code, relatif au consentement, trouve application pour le malade psychiatrique admis en soins libre. Ce dernier a donc droit de consentir de manière libre et éclairée aux soins proposés par le praticien. *Mais que signifie l'expression d'un consentement libre et éclairé?*

Le consentement, du latin *cum sentire*, désigne « l'accord, le concours de deux volontés, celle du débiteur qui s'oblige, celle du créancier envers lequel il s'oblige (...) Il désigne d'abord la manifestation de volonté de chacune des parties »[81].

L'article L1111-4 du Code de la santé publique dispose que « toute personne prend, avec le professionnel de santé et compte tenu des informations et des préconisations qu'il lui fournit, les décisions concernant sa santé ». Ainsi, le consentement revêt un caractère éclairé lorsque le professionnel de santé délivre l'information au patient. Ce dernier prend alors la décision de procéder aux soins en toute connaissance de cause. De plus, le consentement revêt un caractère libre lorsque ce dernier n'est pas vicié. Aussi, l'article L1111-4 précité dispose en son troisième alinéa que « le médecin a l'obligation de respecter la volonté de la personne ». On peut souligner ici, que le patient est placé au centre de la relation médicale et se positionne en décideur. On peut noter une évolution favorable quant aux droits des patients par la loi du 4 mars 2002[82], car le patient décide de procéder aux soins. Le médecin ne peut plus se substituer à la volonté du patient. Auparavant, il était possible pour ce dernier de se substituer au consentement du patient, on parlait alors de paternalisme médical. En d'autres termes, avant l'avènement de la loi du 4 mars 2002[83],

[80] Cécile CASTAING, « La volonté des personnes admises en soins psychiatriques sans consentement, Quel droit pour quel juge? », AJDA, Dalloz, 2013, p.153

[81] François TERRÉ, Philippe SIMLER et Yves LEQUETTE, Droit des obligations, Dalloz, 11ème édition, 2013, p. 119

[82] Loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 *relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé*

[83] *Ibid.*

le médecin prenait les décisions qu'il jugeait utiles pour le patient. Désormais, le patient est le décideur, même si pour certains auteurs, il est plus question d'un partenariat[84] entre le médecin et le patient.

Le caractère éclairé (chapitre 1er) et libre (chapitre 2ème) du consentement fera l'objet d'une étude détaillée au sein de deux chapitres, toutefois, appréhendé sous l'angle du sujet d'étude consacré à la dignité du patient souffrant de troubles mentaux admis en soins libres.

Chapitre 1er : La délivrance de l'information par le praticien au patient souffrant de troubles mentaux

L'article L1111-4 du Code de la santé publique prévoit que le consentement du patient est donné après la délivrance de l'information par le praticien de santé. Cette dernière est un devoir du professionnel de santé depuis l'arrêt *Teyssier* rendu par la Cour de cassation le 28 janvier 1942[85]. En plus d'être une obligation légale, il s'agit pour le médecin d'une obligation déontologique[86]. Cette dernière impose au médecin de délivrer une information « claire, loyale et appropriée »[87]. En somme, il « incombe au médecin de l'informer (le patient) de façon suffisamment claire et adaptée pour qu'il soit en mesure d'exercer sa liberté de jugement ou de décision »[88]. Si le médecin manque à son obligation, il peut alors engager sa responsabilité sur le fondement de manquement à son devoir d'humanisme. Ce devoir consiste à respecter les droits du patient, et notamment la dignité du malade. Ainsi, Anne PONSEILLE[89] a pu notamment relever un arrêt du Conseil d'Etat où ce dernier a jugé que le fait de donner des informations erronées au patient, constitue un manquement à ses obligations envers le patient[90].

---

[84] Gérard MÉMETEAU, Marion GIRER, Cours de droit médical, Bordeaux, Les études hospitalières, 5ème édition, 2016, p. 707

[85] Cass. 28 janvier 1942, *Parcelier c/ Teyssier*

[86] Article R4127-35 du Code de la santé publique

[87] *Ibid.*

[88] Avis n°58 du Comité Consultatif National d'Ethique, 12 juin 1998

[89] Anne PONSEILLE, « Le droit de la personne malade au respect de sa dignité », Revue Générale de Droit Médical, n°11, 2003, p.164

[90] CE 30 septembre 1988, *M. Fock Yee c/ Conseil National de l'Ordre des Médecins*, n°66.223

Le contenu de l'information est encadrée par la norme. Cette dernière est inscrite à l'article L1111-2 du Code de la santé publique qui dispose dans son alinéa premier que « toute personne a le droit d'être informée sur son état de santé. Cette information porte sur les différentes investigations, traitements ou actions de prévention qui sont proposés, leur utilité, leur urgence éventuelle, leurs conséquences, les risques fréquents ou graves normalement prévisibles qu'ils comportent ainsi que sur les autres solutions possibles et sur les conséquences prévisibles en cas de refus (...) Lorsque, postérieurement à l'exécution des investigations, traitements ou actions de prévention, des risques nouveaux sont identifiés, la personne concernée doit en être informée, sauf en cas d'impossibilité de la retrouver ». L'information délivrée est préalable à la réalisation de l'acte médical comme le souligne Guillaume ROUSSET[91]. Certains auteurs considèrent même que « l'information constitue un préalable nécessaire à l'expression de la volonté du patient »[92]. Néanmoins, les informations délivrées au patient sont conformes aux données acquises de la science[93]. Par ailleurs, l'article L1111-2 précise en son troisième alinéa que l'information doit être délivrée au cours d'un entretien individuel. La jurisprudence est venue préciser que l'obligation d'information pèse autant sur le médecin prescripteur que sur le médecin qui pratique l'acte[94]. Dans l'hypothèse d'un contentieux, la charge de la preuve incombe au praticien[95]. Cette preuve est appréciée souverainement par les juges du fond[96].

Le patient souffrant de troubles mentaux est créancier d'une double information. En effet, l'admission en soins libres correspond à un régime d'hospitalisation, comme pour le MCO[97]. Par conséquent, le patient doit se voir délivrer une information relative à l'hospitalisation, mais également aux différents traitements proposés. En conséquence, le contenu de l'information tel qu'envisagé par l'article L1111-2 du Code de la santé publique trouve à s'appliquer. Le praticien est donc tenu d'informer le patient sur la nécessité de l'hospitalisation ou du traitement, les risques liés au traitement, les conséquences, les

---

[91] Guillaume ROUSSET, « Le droit à l'information et l'usager du patient depuis les lois des 2 janvier et 4 mars 2002 », RDSS 2012, p. 431

[92] Gérard MÉMETEAU, Marion GIRER, Cours de droit médical, Bordeaux, Les études hospitalières, 5ème édition, 2016, p. 697

[93] Civ.1ère, 21 janvier 2003, n°00.18-229

[94] Civ. 1ère, 14 octobre 1997, n°95-19.609

[95] CE Sect. 5 janvier 2000, *Consorts Guilbot*, n°181899

[96] Civ. 1ère, 12 juin 2012, n°11-18.928

[97] Médecine, Chirurgie et Obstétrique

alternatives possibles et sur les conséquences possibles en cas de refus. Par ailleurs, le Comité Consultatif National d'Éthique a considéré que par principe, le patient doit être considéré comme apte à recevoir l'information[98]. On ne peut outrepasser le devoir d'information, sauf dans le cas des dérogations prévues par la loi.

Une fois ces informations délivrées préalablement, le patient peut donner un consentement éclairé à l'acte médical, toutefois, ce dernier doit également être libre (chapitre 2ème).

Chapitre 2ème : La prise de décision appartenant au patient psychiatrique

Le consentement à l'acte médical est le corollaire du principe de dignité humaine : il ne peut être porté atteinte à l'intégrité physique du patient sans son consentement préalable[99]. Le consentement à l'acte médical a pour but « de protéger l'individu contre toute instrumentalisation qui aboutirait à le considérer comme un moyen et non comme une fin[100] »[101]. En ce sens, comme le souligne Anne PONSEILLE[102], la jurisprudence judiciaire a considéré que l'absence de consentement à l'acte médical était de nature à porter atteinte à la dignité humaine[103], et ce bien avant la reconnaissance du caractère constitutionnel de la dignité humaine par le Conseil constitutionnel.

L'article 16-3 du Code civil prévoit le recueil préalable du consentement du patient à l'acte médical. Ainsi, afin de pouvoir porter atteinte à l'intégrité physique, le praticien recueille le consentement du patient. Aussi, l'article L1111-4 du Code de la santé publique vient compléter les dispositions du Code civil. Ce dernier dispose que le patient prend les décisions nécessaires concernant sa santé, après avoir reçu les informations et préconisations du praticien. On peut noter que par la formulation de l'article, le patient est acteur principal de la relation médicale. Autrement dit, le patient est libre de décider de procéder aux soins ou non après avoir été informé des modalités de soins. Le praticien reçoit la décision du patient de procéder

---

[98] Avis n°58 du Comité Consultatif National d'Ethique, 12 juin 1998

[99] Civ. 2ème, 19 mars 1997, n°93-10.914

[100] Est cité par le Dictionnaire permanent : S. Prieur, La disposition par l'individu de son corps, Les Études hospitalières, 1999, not. n°s 13 et s.

[101] Dictionnaire permanent, Les éditions législatives, *v. consentement à l'acte médical*

[102] Anne PONSEILLE, « Le droit de la personne malade au respect de sa dignité », Revue Générale de Droit Médical, n°11, 2003, p.164

[103] Sont cités par Anne PONSEILLE : CA Lyon, 27 juin 1913 ; CA Douai, 10 juillet 1946

aux soins ou non, mais dans ces deux hypothèses, ce dernier doit respecter la volonté du patient. Ce respect de la volonté est une obligation légale mais déontologique[104] également. L'on peut observer que le rôle du médecin a considérablement évolué par la loi du 4 mars 2002[105] : depuis, le médecin a pour mission « de conseiller le malade et (de) le guider dans son choix, tout en respectant en définitive sa volonté »[106] comme le soulignent les auteurs Gérard MÉMETEAU et Marion GIRER. Cependant, les articles L1111-4 et R4127-36 du Code de la santé publique fait obligation pour le médecin d'informer le patient des conséquences de son refus de soins. Néanmoins, l'article L1111-4 dudit code envisage le délai raisonnable suite au refus du patient, refus qui le conduirait à se mettre gravement en danger, mais également est offerte la possibilité au médecin de faire appel à un confrère pour conseiller le patient. On peut donc constater que la volonté du patient est respectée, mais que des dispositifs permettent au patient de mûrement réfléchir sa décision de ne pas procéder aux soins. Cependant, aucune pression ne peut être exercée sur le patient, sinon le consentement serait vicié et ne serait donc pas recevable.

Le consentement du malade à l'acte médical n'est valable que pour « un acte médical précisé à la fois dans son objectif et dans sa mise en oeuvre, tel qu'il a été présenté par le praticien dans le cadre de l'information du patient »[107]. C'est ce qu'à notamment jugé la Cour de cassation à l'occasion de plusieurs arrêts. Par exemple, il peut être mentionné l'arrêt du 11 octobre 1988 où un médecin a été reconnu responsable pour avoir procédé lors d'une césarienne à une ligature des trompes, sans que de nécessité vitale soit relevée, mais surtout pour ne pas avoir recueilli le consentement préalable de la parturiente[108].

Le consentement du patient atteint de troubles mentaux est important. Ce dernier détermine quel régime est applicable au patient (soins libres ou soins contraints). L'article L3211-1 du Code de la santé publique prévoit que lorsque le patient est en état de consentir à son hospitalisation ou aux soins, il est admis en soins libres. Ceci est le principe, et à ce titre, bénéficie donc comme nous avons pu le voir précédemment des dispositions des articles L1111-1 et s. du Code de la santé publique. La personne malade doit dès lors consentir à l'hospitalisation mais également au traitement qui lui est proposé. Ainsi, si le patient refuse un traitement, le médecin-psychiatre doit respecter la volonté du patient après l'avoir informé

[104] Article R4127-36 du Code de la santé publique

[105] Loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 *relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé*

[106] Gérard MÉMETEAU, Marion GIRER, Cours de droit médical, Bordeaux, Les études hospitalières, 5ème édition, 2016, p.707

[107] Dictionnaire permanent, Les éditions législatives, *v. consentement à l'acte médical*

[108] Civ.1ère, 11 octobre 1988, n°86-12.832

des conséquences de ses choix. Puisque le patient est apte à consentir, il doit prendre les décisions nécessaires à son état de santé. Ainsi, le patient peut refuser un traitement, quitter le centre hospitalier contre avis médical etc.

Toutefois, la question de refus de traitement peut revêtir en matière psychiatrique, une certaine ambivalence : en effet, si le patient ne consent pas au traitement, *peut-il se voir changer de régime applicable? Passer d'une hospitalisation en soins libres en une hospitalisation contrainte?* En principe, à la lecture des articles L1111-4 et L3211-1 du Code de la santé publique, le refus de traitement doit être respecté par le médecin-psychiatre. Si ce dernier détermine que le patient est dans l'impossibilité de consentir aux soins, impossibilité établie médicalement, le patient pourra alors basculer du régime de soins libres vers le régime de soins contraints. Le Juge devra par conséquent veiller à ce que le refus de consentir aux soins soit établi médicalement.

Le consentement du malade psychiatrique à l'hospitalisation et aux actes médicaux doit être nécessairement recueilli avant toute atteinte à son intégrité physique. Ce dernier pour pouvoir être recevable doit, donc être libre et éclairé. Cependant, il existe d'autres droits fondamentaux du patient qui peuvent venir se juxtaposer avec le principe de dignité humaine (section 2ème).

Section 2ème : Les droits fondamentaux du patient souffrant de troubles mentaux, corollaires au principe de dignité humaine

Les droits fondamentaux peuvent se définir comme un « ensemble évolutif de droits englobant actuellement pour l'essentiel les droits de l'homme classiques et des droits économiques et sociaux comme le droit de grève. Le rétablissement de certains d'entre eux, réputés consubstantiels à tout être humain (comme le droit à la vie) (...) »[109]. Ainsi, le patient, par l'effet de la loi du 4 mars 2002[110], bénéficie de droits fondamentaux. Ces derniers découlent des corolaires du principe de dignité humaine, ou viennent se juxtaposer à lui. Parmi ces droits, l'on peut retrouver le droit pour le patient de choisir son praticien ou l'établissement de santé[111], le droit au secret des informations le concernant[112], ou encore le droit de

[109] Lexique des termes juridiques 2017-2018, Dalloz, Paris, 25ème édition, p. 442, *v. droits fondamentaux*

[110] Loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 *relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé*

[111] Article L1110-8 du Code de la santé publique

[112] Article L1110-4 du Code de la santé publique

recevoir les soins les plus appropriés[113]. En outre, l'on peut également retrouver la liberté d'aller et venir qui recouvre une importance particulière en psychiatrie, notamment dans le régime de soins contraints. La liberté d'aller et venir, liberté individuelle, vient se juxtaposer au principe de dignité humaine, et il est intéressant et majeur de l'étudier. Il convient d'appréhender successivement ces droits fondamentaux.

Chapitre 1er : Les droits fondamentaux du patient

Le patient bénéficie de droits permettant le respect de sa personne. Ce dernier, ne doit donc pas être vu comme un objet dénué d'expression. En conséquence, la personne faisant l'objet de soins a notamment le droit de se faire soigner par le praticien ou établissement de santé de son choix. Cette possibilité est offerte par l'article L1110-8 du Code de la santé publique. Ce libre choix a été érigé par le Conseil constitutionnel de principe à valeur constitutionnelle à l'occasion de la décision *loi relative à la mensualisation et à la procédure conventionnelle (contre-visite médicale)* du 18 janvier 1978[114]. Il a même été qualifié par la Cour de cassation de « principe fondamental »[115]. L'ordre administratif a également consacré le libre choix de praticien par le malade en le considérant comme un principe général du droit[116]. En somme, le patient possède comme droit fondamental, de choisir son praticien. Par ailleurs, il semble logique que le patient dispose de ce droit, car ce dernier doit consentir à l'acte médical afin que puisse être justifiée l'atteinte à son intégrité physique. En matière psychiatrique, concrètement, le patient souffrant de troubles mentaux peut donc choisir son médecin-psychiatre, que celui-ci exerce en libéral ou en établissement de santé, et si le patient souhaite se faire hospitaliser en soins libres, ce dernier peut le faire en établissement de santé public ou privé. Cependant, le Conseil d'État[117] est venu apporter une précision en ce que le choix de son praticien n'emportait pas le choix de son traitement. Autrement dit, le choix de la thérapeutique appartient au professionnel de santé et non au patient. Ce dernier peut le refuser, mais ne peut pas choisir.

---

[113] Article L1110-5 du Code de la santé publique

[114] CC 18 janvier 1978, *Loi relative à la mensualisation et à la procédure conventionnelle (contre-visite médicale)*, n°77-92 DC

[115] Civ.1ère, 6 mai 2003, n° 01-03.259

[116] CE 18 février 1998, *Section locale du Pacifique Sud de l'Ordre des médecins*, n°171851

[117] CE 26 juillet 2017, *Mme. D et Mme. B*, n°412618

Lorsque le patient a choisi son praticien ou l'établissement de santé, et qu'il a consenti aux soins, ce dernier a le droit de recevoir les soins les plus appropriés conformément à l'article L1110-5 du Code de la santé publique. Le médecin a pour impératif de donner des soins consciencieux au malade[118]. Il est à noter que cette obligation est consacrée depuis fort longtemps. En effet, la Cour de cassation a considéré que le médecin devait apporter des soins « consciencieux, attentifs et conformes aux données acquises de la science »[119]. En d'autres termes, le praticien ne peut apporter des soins au patient que lorsque la littérature médicale a été amenée à se prononcer et s'est avérée. Dans l'hypothèse où le praticien n'apporterait pas des soins consciencieux et conformes aux données acquises de la science, qui serait alors constitutif d'une faute technique, engagerait sa responsabilité[120]. Cette responsabilité peut être civile et/ou disciplinaire. Comme le souligne Jean PENNEAU, la faute technique peut concerner « le diagnostic, le choix ou la mise en oeuvre des méthodes exploratoires et du traitement et la surveillance du malade »[121].

Enfin, lors de sa prise en charge, le patient a droit au respect de sa vie privée et par conséquent, au respect du secret sur les informations le concernant conformément à l'article L1110-4 du Code de la santé publique. Les informations couvertes par le secret sont « toutes les indications sur l'état de santé d'un patient »[122]. Ce droit fondamental est une obligation légale et déontologique[123] pour le praticien de santé, et pour toute personne participant à sa prise en charge. Le secret des informations du patient est général et absolu[124]. Il est donc d'ordre public[125]. Si le praticien de santé venait à violer le secret professionnel le liant à son patient, ce dernier pourrait être poursuivi pénalement sur le fondement de l'article 226-13 du Code pénal, mais pourrait également faire l'objet de sanctions civiles[126] et disciplinaires[127]. Toutefois, il convient d'apporter une précision, la loi du loi du 26 janvier 2016 *portant modernisation de notre système de santé*[128], permet le partage d'informations entre professionnels intervenant dans la prise en charge du

[118] Article R4127-32 du Code de la santé publique

[119] Civ. 20 mai 1936, *Mercier*

[120] Civ. 1ère, 24 novembre 1987, n°85-13.993

[121] Jean PENNEAU, Répertoire de droit civil, décembre 2013, *v. Médecine*

[122] Edouard VERNY, « La notion du secret professionnel », RDSS, 2015, p.395

[123] Article R4127-4 du Code de la santé publique

[124] Crim. 8 mai 1947, *Degraene*

[125] *Ibid.*

[126] Article 9 du Code civil

[127] Article R4127-4 du Code de la santé publique

[128] Loi n°2016-41 du 26 janvier 2016 *de modernisation de notre système de santé*

patient. Cependant, ce partage n'est pas un « secret partagé »[129], il s'agit de partager des informations dans l'intérêt du patient.

Ces droits fondamentaux du malade de manière générale sont applicables en matière de soins libres en psychiatrie. Néanmoins, ces droits fondamentaux sont accompagnés de libertés individuelles, et notamment de celle d'aller et venir, liberté qui revêt une importance particulière en psychiatrie. Cette liberté sera envisagée au sein d'un deuxième chapitre.

Chapitre 2ème : La liberté d'aller et venir du patient en soins psychiatriques libres

A côté du principe de dignité humaine, vient se juxtaposer la notion de liberté. Comme le souligne le Dictionnaire permanent, « ils sont liés à la nature de l'homme et forment l'armature du système de protection de l'être humain (...) ils sont liés car la dignité de l'homme suppose sa liberté et l'égale condition des membres de l'humanité »[130]. Ce qui nous intéresse plus particulièrement dans la cadre du sujet d'étude, c'est la notion de liberté d'aller et venir. Cette dernière est une liberté individuelle au sens constitutionnel. Tout d'abord, il convient d'apporter quelques éléments de définition. les libertés individuelles « assurent à l'individu une certaine autonomie en face du pouvoir dans les domaines de l'activité physique (sûreté personnelle, liberté d'aller et venir, liberté et inviolabilité du domicile), de l'activité intellectuelle et spirituelle (liberté d'opinion, de conscience), de l'activité économique (droit de propriété, liberté du commerce et de l'industrie) »[131]. La liberté d'aller et venir peut se définir quant à elle comme le « droit pour chacun de se déplacer librement dans le pays dont il est le national. Principe de valeur constitutionnelle, étendu aux citoyens de l'Union européenne (art. 20 du TFUE qui consacre la liberté de circuler des citoyens européens au sein de l'Union) »[132]. Autrement dit, la liberté d'aller et venir permet à une « une personne de se déplacer dans l'espace social, sans devoir obtenir une quelconque autorisation »[133].

---

[129] Cécile MANAOUIL, « Le secret partagé entre professionnels depuis la loi santé du 26 janvier 2016 », RGDM, n°61, décembre 2016, p. 53

[130] Dictionnaire permanent, Les éditions législatives, v. *Droits fondamentaux*

[131] Lexique des termes juridiques 2017-2018, Dalloz, Paris, 25ème édition, p. 678, *v. libertés publiques 1°*

[132] Lexique des termes juridiques 2017-2018, Dalloz, Paris, 25ème édition, p. 675, *v. liberté d'aller et venir*

[133] Olivier RENAUDIE, « Conseil constitutionnel : liberté d'aller et venir et protection des personnes souffrant de troubles mentaux », RDSS, Dalloz, 2015, p.963

La dignité des malades psychiatriques

En matière psychiatrique, le patient admis en soins libres dispose de sa liberté d'aller et venir. Il peut par conséquent quitter l'établissement. Par ailleurs, lors de son hospitalisation, le patient souffrant de troubles mentaux ne peut se voir opposer de restriction à sa liberté d'aller et venir. Ainsi, ce dernier ne peut être hospitalisé en unité fermée, sauf si la porte de sa chambre n'est pas fermée ni celle de l'unité. Si des mesures restrictives sont opérées, l'établissement de santé pourra être poursuivi pénalement au titre de l'article 224-1 du Code pénal relatif à l'infraction de séquestration.

En outre, en matière de liberté d'aller et venir, il convient de considérer l'hypothèse de soins contraints sous forme ambulatoire[134]. Le patient admis en soins contraints doit selon son programme de soins, voir respecter ses droits fondamentaux (certains d'entre eux sont aménagés). Ainsi, et notamment, le patient bénéficie de sa liberté d'aller et venir. Il peut à ce titre quitter le territoire national pour un congé par exemple. Le droit de quitter le territoire national est un droit qualifié de liberté et droit fondamental par le Conseil constitutionnel[135]. Il convient à ce titre d'apporter une précision : le droit français ne connaît qu'un seul cas d'interdiction de sortie de territoire, il s'agit de l'hypothèse de risque d'atteinte à la sécurité intérieure pour terrorisme prévue à l'article L224-1 du Code de la sécurité intérieure.

En conclusion de cette première partie, le patient souffrant de troubles mentaux et qui est capable de consentir aux soins, peut bénéficier de soins libres. Ces soins sont organisés selon les dispositions générales du Code de la santé publique. Que le patient soit pris en charge pour une pathologie somatique ou psychiatrique, ses droits sont les mêmes. Ces droits sont l'expression du principe de la dignité humaine et du principe de liberté. Toutefois, le Code de la santé publique offre la possibilité aux médecin-psychiatres ou à toute personne y trouvant un intérêt, à demander une mesure de soins contraints à l'encontre de la personne malade. Cette dernière, incapable de consentir aux soins, est alors hospitalisée sans son consentement. Le principe de dignité humaine est dès lors intéressant à étudier dans ce régime particulièrement sensible en droit français. Par conséquent, la dignité humaine dans le régime de soins contraints fera l'objet d'une étude au sein d'un titre deuxième.

[134] Article L3211-2-1, 2° du Code de la santé publique

[135] CC 22 avril 1997, n°97-389 DC

Titre IIème : La dignité du malade psychiatrique dans le régime des soins contraints

Lorsqu'une personne présente un état clinique reflétant des troubles mentaux, empêchant un consentement aux soins ou causant un trouble à l'ordre public, la prise en charge de cette dernière se fera sous le régime de soins contraints. Ce régime dérogatoire et exceptionnel[136] concernait en 2015, 92.000 personnes[137].

Il convient de préciser dans le cadre de ce Titre IIème qu'il est ici question de soins contraints et non « d'hospitalisation sans consentement » aux fins de comprendre les différentes formes de prises en charge. C'est ce qu'a pu notamment souligner Valérie AVENA-ROBARDET[138]. Dès lors, la prise en charge pourra prendre la forme soit d'une hospitalisation complète ou d'une toute autre forme (ambulatoire, HAD[139], etc.)[140]. Les articles L3211-1 et s. du Code de la santé publique organise les droits des patients faisant l'objet de soins psychiatriques. Les titres suivants concernent les différents régimes de soins psychiatriques. Les soins sans consentement sont organisés selon deux grands titres au sein du Code de la santé publique : au sein du Titre IIème, sont organisées les admissions en soins à la demande d'un tiers ou en cas de péril imminent[141] ; au sein du Titre IIIème, sont organisées les admissions en soins à la demande du représentant de l'État[142].

La psychiatrie revêt en droit français un caractère sensible. En effet, en matière de soins contraints, l'on « oppose directement la liberté individuelle et la dignité des patients aux exigences non seulement de la santé publique mais aussi de l'ordre public »[143]. Les droits du patient connaissent alors une dérogation au droit commun, mais ce régime cherche un équilibre entre les droits du patient et la nécessité de soins. Par

[136] Cécile CASTAING, « La volonté des personnes admises en soins psychiatriques sans consentement, Quel droit pour quel juge? », AJDA, Dalloz, 2013, p.153

[137] Magali CODELFY, Sarah FERNANDES et David LAPALUS, « Les soins sans consentement en psychiatrie : bilan après quatre années de mise en œuvre de la loi du 5 juillet 2011 »

[138] Valérie AVENA-ROBARDET, « La loi relative aux soins psychiatriques », AJ Famille, Dalloz, 2011, p.345

[139] Hospitalisation à domicile

[140] Article L3211-2-1 du Code de la santé publique

[141] Articles L3212-1 et s. du Code de la santé publique

[142] Articles L3213-1 et s. du Code de la santé publique

[143] Didier TRUCHET, Droit de la santé publique, Paris, Dalloz, 9ème édition, 2017, p.106

ailleurs, comme a pu le souligner Didier TRUCHET[144], plusieurs autres notions sont à prendre en compte dans cette recherche de l'équilibre. Il s'agit de la santé publique et de l'ordre public. La santé publique peut se définir comme une « discipline axée sur l'état sanitaire d'une collectivité, de la santé globale des populations sous tous ces aspects : curatif, préventif, éducatif et social »[145]. En conséquence, cette discipline qui concerne une population, est prise en charge par l'État. L'ordre public trouve également intérêt en matière de soins sans consentement car à ce titre, la personne souffrant de troubles mentaux peut se voir soigner en psychiatrie contre son gré.

Les droits des malades psychiatriques doivent être, même en soins contraints, respectés. Ces droits, qui sont l'expression de la dignité humaine, trouvent ici leurs limites. Cependant, le législateur, par les lois de 2011[146], 2013[147] et plus récemment celle de 2016[148], veille à ce que la dignité du malade psychiatrique soit respectée. À ce titre, nous envisagerons au sein d'un sous-titre Ier, la dignité des personnes atteints de troubles psychiatriques. La dignité humaine, essence même de l'Humanité, en matière psychiatrique, trouve également écho en droit comparé avec notamment le droit allemand et luxembourgeois. Cette étude comparative fera l'objet d'une étude au sein d'un sous-titre IIème.

Sous-titre Ier - La dignité du malade souffrant de troubles mentaux dans le régime de soins contraints français

« Lorsqu'une personne atteinte de troubles mentaux fait l'objet de soins psychiatriques en application des dispositions des chapitres II et III du présent titre ou est transportée en vue de ces soins, les restrictions à l'exercice de ses libertés individuelles doivent être adaptées, nécessaires et proportionnées à son état mental et à la mise en œuvre du traitement requis. En toutes circonstances, la dignité de la personne doit être respectée et sa réinsertion recherchée »[149].

---

[144] *Ibid.*

[145] Fiche d'orientation, Dalloz, Septembre 2016, *v. Santé publique*

[146] 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*

[147] 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*

[148] Loi n°2016-41 du 26 janvier 2016 *de modernisation de notre système de santé*

[149] Article L3211-3, alinéa 1er du Code de la santé publique

En ces termes, le Code de la santé publique impose à toute personne participant à la prise en charge du patient souffrant de troubles psychiatriques, de respecter la dignité de ce dernier. Ces dispositions applicables à l'ensemble des prises en charge, doivent dès lors guider les professionnels de santé dans leurs actions. Ces derniers devront respecter le patient en tant que personne humaine.

Les droits fondamentaux du patient, expression de la dignité humaine, trouvent ici des limites, même si législateur s'assure du respect de la dignité humaine. Ces limites à l'expression des droits fondamentaux sont justifiées par la protection de la santé[150] et le respect de l'ordre public. En somme, ces « faits justificatifs » ont des conséquences sur le droit de consentir, d'entretenir des relations avec l'extérieur, etc. Cet ensemble de limites et de « faits justificatifs » sera étudié au sein d'une première section. Cependant, il convient de préciser que suite à plusieurs censures par le Conseil constitutionnel[151] [152] [153] du modèle de soins psychiatriques français, le Juge a pris une place centrale au sein de l'Institution psychiatrique française. Le contrôle appliqué par le Juge fera l'objet d'une étude au sein d'une deuxième section.

Section 1ère : Les limites des droits fondamentaux du malade psychiatrique, expression de la dignité humaine, justifiées par la protection de la santé

En matière psychiatrique, dès que le médecin-psychiatre établit médicalement que la personne souffrant de troubles mentaux, ne peut consentir aux soins, ou qu'un trouble à l'ordre public est caractérisé, cette dernière ne pourra alors consentir aux soins. L'absence de consentement comprend l'hospitalisation mais également les traitements médicamenteux. Dès lors, en matière de droit commun, une violation de l'article 16-3 du Code civil serait caractérisée, le médecin-psychiatre ainsi que l'établissement de santé mentale, verraient leurs responsabilités respectives engagées. Toutefois, en matière de soins sans consentement, ces professionnels de santé agissent dans l'intérêt du patient, possibilité offerte par l'État dans le cadre de ses politiques de santé mentale. Cependant, d'autres droits fondamentaux connaissent des

[150] Alinéa 11 du Préambule de la Constitution du 27 octobre 1946

[151] CC 26 novembre 2010, *Mlle. Danielle S.*, n°2010-71 QPC

[152] CC 9 juin 2011, *M. Abdellatif B. et autre*, n°2011-135/140 QPC

[153] CC 20 avril 2012, *Association Cercle de réflexion et de proposition d'actions sur la psychiatrie*, n°2012-235 QPC

limites en matière psychiatrique, mais ces dernières sont justifiées par la protection de la santé eût égard à l'alinéa 11 du Préambule de la Constitution du 27 octobre 1946.

Ainsi, dans le cadre de cette première section, seront étudiées respectivement la dignité du malade psychiatrique au regard de la protection de la santé (chapitre 1er) mais également les limites des droits fondamentaux du patient par l'impossibilité de consentir aux soins (chapitre 2ème).

Chapitre 1er : La dignité du malade psychiatrique au regard de la protection de la santé

La protection de la santé, prévue à l'alinéa 11 du Préambule de la Constitution du 27 octobre 1946, fonde les politiques de santé menées par l'État. Cette obligation de protéger la santé est intégrée dans le droit positif depuis une décision du Conseil constitutionnel du 15 janvier 1975[154] *relative à la loi sur l'IVG*[155] comme le souligne les auteurs Anne LAUDE, Bertrand MATHIEU et Didier TABUTEAU[156]. Cependant, comme ont pu l'évoquer les auteurs Gérard MÉMETEAU et Marion GIRER[157], la protection de la santé a été reconnue par deux fois comme principe à valeur constitutionnelle : elle a été reconnue en tant que principe autonome[158] mais également en tant que partie intégrante au bloc de constitutionnalité[159]. Le Code de la santé publique reprend cette obligation de moyen à l'article L1110-1 qui dispose : « le droit fondamental à la protection de la santé doit être mis en oeuvre par tous moyens disponibles au bénéfice de toute personne ». En d'autres termes, « le droit à la protection de la santé est un véritable droit fondamental de la personne humaine »[160].

En conséquence, l'État doit prendre les mesures nécessaires afin de protéger l'état sanitaire de la population. Les politiques de santé publique concernent le collectif, mais s'intéressent également à la personne en tant qu'individu. En d'autres termes, « il vise non seulement à protéger l'intérêt général en

[154] CC 15 janvier 1975, *loi relative à l'IVG*, n°74-54 DC

[155] Interruption volontaire de grossesse

[156] Anne LAUDE, Bertrand MATHIEU, Didier TABUTEAU, Droit de la santé, Paris, Puf, 3ème édition, 2007, p.304

[157] Gérard MÉMETEAU, Marion GIRER, Cours de droit médical, Bordeaux, Les études hospitalières, 5ème édition, 2016, p. 683

[158] CC 22 juillet 1980 *relatif à la loi portant sur la protection et le contrôle des matières nucléaires*, n°80-117 DC

[159] CC 16 juillet 1971, *Loi complétant les dispositions des articles 5 et 7 de la loi du 1er juillet 1901 relative au contrat d'association*, n°71-44 DC

[160] Gérard MÉMETEAU, Marion GIRER, Cours de droit médical, Bordeaux, Les études hospitalières, 5ème édition, 2016, p. 683

protégeant la santé publique, mais il vise également à protéger l'intérêt individuel en assurant la santé de chaque personne »[161]. En matière de soins psychiatriques, l'État organise des politiques de santé mentale afin de prévenir et améliorer la prise en charge de ces personnes atteintes de troubles mentaux. Ces politiques se font par le biais du Code de la santé publique mais également par les plans de psychiatrie et de santé mentale. Ces actions « englobe la promotion du bien-être, la prévention des troubles mentaux, le traitement et la réadaptation des personnes atteintes de ces troubles »[162].

Le droit à la protection de la santé trouve une résonance particulière en soins contraints. En effet, l'État, par la norme juridique, organise les soins sans consentement au titre de la protection de la santé. Autrement dit, l'État protège les personnes souffrant de troubles mentaux en autorisant les soins contre leur volonté. En conséquence, la protection de la santé, obligation de moyen, vient se heurter aux droits fondamentaux du patient, expression du principe de dignité humaine. Comme le souligne Mathieu HOUSER, « lorsque l'État porte atteinte volontairement et en toute connaissance de cause à l'autonomie de la personne humaine afin de la protéger, cette intervention entre nécessairement en contradiction avec la logique subjectiviste de la personne humaine et de sa dignité »[163]. Toutefois, les soins sans consentement ne peuvent être envisagés que si le patient est dans l'impossibilité médicale d'exprimer un consentement. Dans l'hypothèse contraire, une atteinte à l'intégrité physique serait caractérisée[164]. Mathieu HOUSER a relevé que la Cour Européenne des Droits de l'Homme sanctionne ces atteintes lorsque le patient est en mesure de consentir[165]. On peut dès lors remarquer que la notion de consentement en soins psychiatriques est centrale. Si les troubles mentaux n'affectent pas l'expression d'un consentement, le patient relèvera alors du régime de soins libres ; *a contrario*, si les troubles mentaux affectent le consentement, le patient relèvera du régime de soins contraints au titre de la protection de la santé. Le consentement est d'ailleurs inscrit au sein du Code de la santé publique comme l'une des conditions pour pouvoir hospitaliser une personne sans son consentement[166]. Néanmoins, la protection de la santé justifie les soins sans consentement, toutefois, « les restrictions à l'exercice de ses libertés individuelles doivent être adaptées, nécessaires et proportionnées à

---

[161] Anne LAUDE, Bertrand MATHIEU, Didier TABUTEAU, Droit de la santé, Paris, Puf, 3ème édition, 2007, p.305

[162] Définition de la santé par l'OMS

[163] Mathieu HOUSER, « Protéger la vie et la dignité de la personne humaine : une obligation source de responsabilité pour l'Etat », RDSS, 2013, p.671

[164] *Ibid.*

[165] CEDH 17 février 2005, *K. A. et A. D. c/ Belgique*, n° 42758/98 et n° 45558/99

[166] Article L3212-1 du Code de la santé publique

son état mental et à la mise en œuvre du traitement requis »[167]. La protection de la santé justifie la prise en charge en soins sans consentement, toutefois, les modalités de soins doivent être adaptées, nécessaires et proportionnées à l'état clinique du patient. Autrement dit, les soins pour qu'ils puissent être justifiés doivent répondre à ces critères. En l'absence de ces derniers, le professionnel de santé engage sa responsabilité ainsi que celle de l'établissement de santé mentale.

L'absence de consentement aux soins est strictement encadrée par le Code de la santé publique. Ainsi, lorsque le patient est admis sous le régime du Titre IIème relatif à l'admission en soins psychiatriques ou à la demande d'un tiers[168], le certificat médical initial doit établir en quoi les troubles psychiatriques empêchent l'expression d'un consentement aux soins[169] et, dans le cadre d'un péril imminent, en quoi l'état clinique présente un danger immédiat pour le patient[170]. En somme, les certificats médicaux doivent être particulièrement circonstanciés. La Cour de cassation veille à ce que ces documents soient circonstanciés[171] [172]. Il convient de préciser que le caractère circonstancié peut également être appréhendé sous un angle administratif, car le certificat médical est un document administratif et doit à ce titre être motivé[173] [174]. Par ailleurs, le caractère circonstancié des certificats médicaux conduisant aux soins sans consentement est également apprécié lorsqu'il s'agit d'une mesure en soins à la demande du Représentant de l'État[175]. Cependant, ce qui a conduit le patient à être hospitalisé est l'atteinte à l'ordre public. Les troubles mentaux ont conduit le patient à porter atteinte à cet ordre public. L'ordre public peut se définir comme une « vaste conception d'ensemble de la vie en commun sur le plan politique et juridique. Son contenu varie évidemment du tout au tout selon les régimes politiques. À l'ordre public s'opposent, d'un point de vue dialectique, les libertés individuelles dites publiques ou fondamentales et spécialement la liberté de se déplacer, l'inviolabilité du domicile, les libertés de pensée et d'exprimer sa pensée »[176]. Le consentement

[167] Article L3211-3 du Code de la santé publique

[168] Articles L3212-1 et s. du Code de la santé publique

[169] Article L3212-1, alinéa 7ème du Code de la santé publique

[170] Article L3212-1, II, 2° du Code de la santé publique

[171] Civ. 1ère, 28 mai 2015, n°14-15.686

[172] Civ. 1ère, 18 décembre 2014, n°13-24.924

[173] Loi n° 79-587 du 11 juillet 1979 *relative à la motivation des actes administratifs et à l'amélioration des relations entre l'administration et le public*

[174] Articles L211-1 et s. du Code des relations entre le public et l'administration

[175] SDRE

[176] Lexique des termes juridiques 2017-2018, Dalloz, Paris, 25ème édition, p. 795, *v. ordre public*

n'est pas pris en compte dans ce régime de soins. Afin de faire cesser tout trouble à l'ordre public, le représentant de l'État prend un arrêté afin que la personne soit prise en charge en psychiatrie. La protection de l'ordre public et la protection de la santé justifient alors la prise en charge de ces personnes. Ces personnes prises en charge au titre des SDRE peuvent être des personnes déclarées irresponsables pénalement[177], des détenus[178] ou enfin des personnes ayant causé un trouble à l'ordre public. Toutefois, « l'intérêt clinique et sanitaire »[179] de la personne est pris en compte.

Le régime de soins contraints, justifiés donc par la protection de la santé, est caractérisé par une prise de décision substitutive à celle de la personne, incapable au moment de l'admission, de consentir aux soins ou à l'hospitalisation. Aussi, par cette incapacité à consentir librement[180], les droits fondamentaux du patient connaissent des limites mais sont toutefois exprimés et doivent être respectés car « en toute circonstance, la dignité de la personne doit être respectée »[181]. Autrement dit, le patient psychiatrique doit être respecté en tant que personne humaine. Ces limites seront étudiées au sein d'un deuxième chapitre.

Chapitre 2ème : Les limites des droits fondamentaux du patient par l'impossibilité de consentir aux soins

Le patient admis en soins psychiatriques contraints disposent de droits, mais ces derniers connaissent des limites qui ne peuvent être que « dans la stricte mesure nécessaire »[182]. Ces limites doivent être « être adaptées, nécessaires et proportionnées »[183] à l'état clinique du patient. Les dispositions générales du Code de la santé publique ne trouve pas à s'appliquer ici en raison de la difficulté soulevée par les troubles mentaux du patient. Le législateur est venu par conséquent adapter la législation aux personnes ne pouvant médicalement consentir.

---

[177] Article 706-135 du Code de procédure pénale

[178] Article D398 du Code de procédure pénale

[179] Benoît EYRAUD, Livia VELPRY, « La liberté d'aller et venir comme révélateur du tournant juridique des régulations du soins en santé mentale », RDSS, Dalloz, 2015, p.951

[180] Sophie GUIGUE, « L'incompétence du juge administratif en matière d'injonction de non administration sous la contrainte d'un traitement à une personne faisant l'objet de soins psychiatriques », Revue droit et santé n°50, 2013, p.735

[181] Article L3211-3 du Code de la santé publique

[182] Didier TRUCHET, Droit de la santé publique, Paris, Dalloz, 9ème édition, 2017, p. 108

[183] *Ibid.*

L'article L3211-3 du Code de la santé publique dispose en son deuxième alinéa *in fine* que « la personne faisant l'objet de soins psychiatriques est, dans la mesure où son état le permet, informée de ce projet de décision et mise à même de faire valoir ses observations, par tout moyen et de manière appropriée à cet état ». À la lecture de cet article, il peut être analysé que le consentement aux soins est remplacé par la possibilité de faire des observations, et que l'information peut être délivrée si l'état mental du patient le permet. La possibilité offerte au patient de faire des observations peut se faire par « tout moyen ». En somme, « après avoir énoncé que la dignité de la personne admise en soins psychiatriques sans consentement doit être respectée en toutes circonstances, la loi réduit la participation du patient aux décisions administratives prononçant le maintien de la mesure ou la forme de prise en charge à l'exercice des droits de la défense »[184]. Par ailleurs, le Code de la santé publique précise que « l'avis » de la personne admise en soins sans consentement « doit être recherché et pris en considération dans toute la mesure du possible »[185]. En somme, lorsque l'état de santé du patient le permet, le médecin doit rechercher l'avis du patient et le prendre en considération, et lui délivrer une information portant sur la prise en charge (administrative, voies de recours, situation juridique etc.)[186]. Le médecin-psychiatre doit rechercher l'avis ou consentement voire même du patient selon sa capacité de discernement[187]. Par les termes employés au sein de l'article, il ressort que la prise de décision appartient ici au médecin-psychiatre. Autrement dit, comme le souligne Cécile CASTAING, le médecin-psychiatre n'est pas tenu de suivre l'avis du patient[188]. Cependant, ces dispositions « relèvent du principe éthique de la « bienfaisance » et ont sans doute un intérêt thérapeutique en suscitant l'adhésion du patient à l'acte proposé »[189]. Par ailleurs, comme l'évoque l'auteur précité, le Conseil constitutionnel a validé ces dispositions[190] car il a considéré que le législateur avait « pris des mesures assurant, entre la protection de la santé et la protection de l'ordre public, d'une part, et la liberté personnelle, protégée par l'article 2 de la Déclaration de 1789, d'autre part, une conciliation qui n'est pas

---

[184] Cécile CASTAING, « La volonté des personnes admises en soins psychiatriques sans consentement, Quel droit pour quel juge? », AJDA, Dalloz, 2013, p.153

[185] Article L3211-3, 6ème alinéa du Code de la santé publique

[186] Article L3211-3, 5ème alinéa du Code de la santé publique

[187] Marlène ABONDO, Renaud BOUVET, Mariannick LE GUEUT, « Isolement et contention en psychiatrie : quels fondements juridiques? », Revue Droit et santé, n°62, p.1626

[188] Cécile CASTAING, « La volonté des personnes admises en soins psychiatriques sans consentement, Quel droit pour quel juge? », AJDA, Dalloz, 2013, p.153

[189] *Ibid.*

[190] CC 26 novembre 2010, *Mlle. Danielle S.*, n°2010-71 QPC

manifestement disproportionnée »[191]. En outre, Mireille HEERS met en relief que l'information relative à la privation de liberté est prévue par les textes supranationaux[192]. Elle cite à ce titre, l'article 5§2 de la Convention Européenne des Droits de l'Homme ou encore l'article 9§2 du Pacte International relatif aux Droits Civils et Politiques[193], et précise[194] que la Cour Européenne des Droits de l'Homme a considéré l'information des raisons de la privation de liberté applicable aux personnes hospitalisées sans leur consentement[195].

Les soins sans consentement amènent à s'interroger sur une autre limite aux droits fondamentaux, à savoir la limite à la liberté d'aller et venir, comme le mentionne Florence FABERON[196]. Les limites apportées à la liberté d'aller et venir du patient admis en soins psychiatriques sans consentement sont instituées dans l'intérêt du patient comme le décrit Mathieur HOUSER[197]. Cependant, cette restriction est particulièrement sensible, car l'article 66 de la Constitution du 4 octobre 1958 prévoit que « nul ne peut être arbitrairement détenu ». Ainsi, si la restriction à la liberté d'aller et venir n'est dûment justifiée par les intérêts médicaux[198], le médecin-psychiatre ainsi que l'établissement de santé mentale caractérisent l'infraction de séquestration[199] [200]. Un recours indemnitaire pourra également être formé par le patient. La limite portée à la liberté d'aller et venir s'explique par l'impossibilité de consentir aux soins, et de la nécessité de soigner la personne. Autrement dit, pour pouvoir soigner la personne contre son gré, il est nécessaire qu'une limite à sa liberté d'aller et venir soit posée. Néanmoins, ces limites doivent être médicalement justifiées et limitées dans le temps.

---

[191] *Ibid.*, considérant n°32

[192] Mireille HEERS, « Compatibilité de l'hospitalisation d'office avec la Convention européenne des droits de l'homme », RDSS, Dalloz, 1999, p.112

[193] Mireille HEERS, « Compatibilité de l'hospitalisation d'office avec la Convention européenne des droits de l'homme », RDSS, Dalloz, 1999, p.112

[194] *Ibid.*

[195] CEDH, 21 février 1990, *Mme. Van Der Leer c/ Pays-Bas*, n°11509/85

[196] Florence FABERON, « Santé mentale et liberté d'aller et venir, RDSS, Dalloz, 2016, p.793

[197] Mathieu HOUSER, « Protéger la vie et la dignité de la personne humaine : une obligation source de responsabilité pour l'Etat », RDSS, 2013, p.671

[198] Louis FAVOREU, Patrick GAÏA, Jérôme TREMEAU, Richard GHEVONTIAN, Ferdinand MÉLIN-SOUCRAMANIEN, Otto PFERSMANN, Joseph PINI, André ROUX, Annabelle PENA, Guy SOFFONI, Droit des libertés fondamentales, Paris, Dalloz, 7ème édition, 2015, p.208

[199] Article 224-1 du Code pénal

[200] *A contrario*, si toutes les précautions ont été prises : Crim. 6 septembre 1990, n° 89-84.105

En somme, le consentement et l'information, droits fondamentaux du patient, connaissent ici des aménagements liées à la psychiatrie. Ces aménagements sont renvoyées aux dispositions spécifiques de soins sans consentement par les dispositions générales[201] du Code de la santé publique. Cependant, il convient de préciser que les autres droits fondamentaux tels que le droit au secret, le droit de choisir son praticien[202] ou encore celui de recevoir les soins les plus appropriés sont applicables ici. Le droit de choisir son praticien permet au patient de recouvrir « une part d'autonomie de choix, mais aussi de décision »[203]. De plus, les droits qui caractérisent une personne, sont conservées par cette dernière. Sont cités par l'article L3211-3 du Code de la santé publique, le droit de vote ou encore le droit d'émettre des correspondances par exemple. Cependant, les visites ou encore l'usage du téléphone peuvent faire l'objet de restrictions en cas de nécessité thérapeutique. Néanmoins, sur un autre plan du droit des patients, la Cour administrative d'appel de Bordeaux a considéré qu'un règlement intérieur interdisant les relations sexuelles portait atteinte à la vie privée du patient et ne pouvait faire l'objet d'une mesure générale[204]. Les mesures restrictives doivent être nécessaires, proportionnées et adaptées à l'état du patient.

Toutes ces limites aux droits fondamentaux du patient admis en soins sans consentement, sont soumises à l'appréciation du Juge. Sont également ou vont l'être prochainement, soumises, au Juge, les pratiques médicales, qui peuvent alors se révéler contraires à la dignité humaine. L'assise du Juge est devenue, depuis la loi du 5 juillet 2011[205], beaucoup plus importante. Le contrôle du Juge sur les soins sans consentement et les pratiques médicales feront l'objet d'une étude au sein d'une deuxième section.

Section 2ème : Les régimes de soins sans consentement et les pratiques psychiatriques contrôlées par le Juge

La psychiatrie est une matière sensible comme nous avons pu le voir au long de ce mémoire. Cette matière est également sensible en raison de certaines pratiques qui peuvent porter atteinte à la dignité

[201] Article L1111-4 du Code de la santé publique

[202] CE 21 octobre 1998, n° 189285

[203] Jean-Marc PANFILI, « Les traitements médicamenteux forcés en soins psychiatriques sans consentement et le risque d'atteinte à la dignité », Revue droit et santé, n°58, mars 2014

[204] CAA Bordeaux, 6 novembre 2012, n°11BX01790

[205] 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*

humaine, mais qui sont strictement encadrées par le législateur (chapitre 1er). Ces pratiques, la régularité de la procédure d'admission en soins psychiatriques, ou encore les conditions de vie au sein des institutions psychiatriques sont contrôlées par le Juge afin que la dignité humaine soit respectée (Chapitre 2ème).

Chapitre 1er : Les pratiques psychiatriques

La psychiatrie comprends plusieurs traitements thérapeutiques comme par exemple l'ergothérapie[206]. Toutefois, dans le cadre de l'étude de la dignité des malades psychiatriques, il conviendra d'étudier plus spécifiquement, le traitement forcé (§1) mais également l'isolement et la contention (§2) qui feront l'objet de deux paragraphes successifs. Ce choix s'explique par la sensibilité de la question et les évolutions à venir sur ces questions-là.

§1. Le traitement forcé

Comme nous avons pu le voir précédemment, le patient admis en soins psychiatriques contraints, ne peut exprimer qu'un avis sur les modalités de soins si son état de santé le luit permet[207]. Ainsi, la décision appartient au médecin-psychiatre. Autrement dit, le patient admis en soins contraints n'a pas à consentir au traitement thérapeutique, son avis peut lui être demandé, mais la décision de procéder à tel ou tel traitement appartient au médecin-psychiatre. Une question se pose dès lors : si le patient refuse de prendre son traitement, *que se passe-t-il?* L'équipe soignante peut procéder à l'administration forcée du traitement. Ces modalités de soins sont strictement encadrées et font l'objet d'un contrôle par le Juge français mais également par le Juge européen. Cette question du traitement forcé en psychiatrie revêt un caractère sensible et majeur car ils touchent aux « principes prévus à l'article 16-1 du Code civil, relatif au respect du corps humain, ainsi qu'à l'article 3 de la Convention européenne, protégeant contre les traitements inhumains ou dégradants »[208].

---

[206] Dictionnaire Larousse : « Méthode de rééducation et de réadaptation sociale par l'activité physique, spécialement le travail manuel ».

[207] Article L3211-3, 6ème alinéa du Code de la santé publique

[208] Jean-Marc PANFILI, « Les traitements médicamenteux forcés en soins psychiatriques sans consentement et le risque d'atteinte à la dignité », Revue droit et santé, n°58, mars 2014

Afin de pouvoir analyser le traitement forcé sous un aspect légal, il convient d'appréhender l'hypothèse d'une autre forme de prise en charge, à savoir celle du soins ambulatoires. L'article L3211-2-1 du Code de la santé publique prévoit les soins sans consentement soit sous la forme de l'hospitalisation complète, soit sous une autre forme qui est celle du soins ambulatoires. L'article poursuit en précisant que lorsque le patient est pris en charge sous la forme ambulatoire, aucune contrainte ne peut être exercée à l'encontre du patient. Le Conseil constitutionnel a précisé dans sa décision *Association Cercle de réflexion et de proposition d'actions sur la psychiatrie*, que « les dispositions de l'article L3211-2-1 n'autorisent pas l'exécution d'une telle obligation sous la contrainte ; que ces personnes ne sauraient se voir administrer des soins de manière coercitive ni être conduites au maintenues de force pour accomplir les séjours en établissement prévus par le programme de soins ; qu'aucune mesure de contrainte à l'égard d'une personne prise en charge dans les conditions prévues par le 2° de l'article L3211-2-1 ne peut être mise en oeuvre sans que la prise en charge ait été préalablement transformée en hospitalisation complète »[209]. Il résulte de la décision du Conseil constitutionnel que lorsque l'on est en programme de soins, aucune mesure de contrainte ne peut être imposée au patient, qu'il s'agisse de le faire venir aux rendez-vous médicaux ou qu'il s'agisse du traitement. Le Conseil constitutionnel précise *in fine* que pour pouvoir exercer une contrainte, le patient doit être pris en charge au titre de l'hospitalisation complète. Donc, *a contrario*, le patient admis en hospitalisation complète peut se voir appliquer des soins « de manière coercitive ». Par ailleurs, le Conseil constitutionnel a reconnu le recours à la thérapeutique forcée dans le cadre de l'hospitalisation sans consentement[210]. Cependant, l'article L3211-3 du Code de la santé publique précise que les limites portées aux libertés publiques doivent être nécessaires, adaptées et proportionnées. Pour pouvoir administrer un traitement de force, il est nécessaire de respecter les trois conditions posées par l'article. Dans l'hypothèse où ces conditions ne seraient pas respectées, le traitement forcé pourrait alors constituer un traitement dégradant comme le fait remarquer Jean-Marc PANFILI[211]. À ce titre, la HAS[212] a recommandé de rechercher le consentement du patient en lui expliquant la décision de recourir à ce traitement[213].

---

[209] CC 20 avril 2012, *Association Cercle de réflexion et de proposition d'actions sur la psychiatrie*, n°2012-235 QPC, considérant n°12

[210] CC 26 novembre 2010, *Mlle. Danielle S.*, n°2010-71 QPC

[211] Jean-Marc PANFILI, « Les traitements médicamenteux forcés en soins psychiatriques sans consentement et le risque d'atteinte à la dignité », Revue droit et santé, n°58, mars 2014

[212] Haute Autorité de Santé

[213] HAS, Manuel de certification V2010, janvier 2014, Chapitre 2 : Prise en charge du patient, critère 10.2, p.50

Une ordonnance du 18 juin 2012 rendue par le tribunal administratif de Rennes[214] a particulièrement attirée l'attention de la doctrine. Le juge des référés, au visa des articles L1111-4 du Code de la santé publique et 16-3 du Code civil, a considéré que lorsque la personne malade est capable de consentir aux soins, cette dernière doit consentir à l'administration du traitement. Autrement dit, il apparaît nécessaire « de recueillir le consentement au traitement du patient faisant l'objet de soins psychiatriques, dès lors que celui-ci est en mesure de le donner »[215]. Le juge administratif a qualifié le droit de consentir au traitement médicale, de liberté fondamentale. Cette décision se positionne dans l'intérêt des patients, dans le respect de leurs droits fondamentaux. Ainsi, le tribunal administratif a condamné le défendeur pour avoir augmenté le dosage du traitement psychiatrique de la patiente alors qu'il n'avait pas été prouvé que cette dernière n'était pas capable de consentir, comme a pu le souligner Sophie GUIGUE[216]. Le centre hospitalier a formé un pourvoi en cassation. Le Conseil d'État par un arrêt du 16 juillet 2012[217] a annulé la décision du tribunal administratif de Rennes au motif que l'ordre administratif n'est pas compétent pour traiter des libertés individuelles, que seule l'autorité judiciaire l'est. En effet, les hauts magistrats ont considérés que « qu'il résulte de ce qui précède que le législateur a entendu donner compétence à l'autorité judiciaire pour apprécier le bien-fondé de toutes les mesures de soins psychiatriques sans consentement, qu'elles portent atteinte à la liberté individuelle ou non ; que l'appréciation de la nécessité des décisions prises par les médecins qui participent à la prise en charge des personnes qui font l'objet de tels soins, pour autant qu'elle relève du contrôle du juge, de même que, le cas échéant, celle de la capacité de ces personnes à y consentir, sont étroitement liées à celle du bien-fondé des mesures elles-mêmes (...) que le juge administratif n'est manifestement pas compétent pour connaître du bien-fondé des décisions prises par les médecins (...) ». Le Conseil d'État n'a donc pas tranché sur le refus de l'augmentation de dosage du traitement psychiatrique, et a laissé cette problématique à l'appréciation du Juge judiciaire.

Le Juge judiciaire a été amené à se prononcer sur le refus de l'augmentation de dosage du traitement par le patient à l'occasion d'un jugement rendu par le tribunal de grande instance de Rennes[218]. Le juge des libertés et de la détention a écarté sa compétence sur la question du traitement. Ce dernier pour écarter sa

[214] TA Rennes 18 juin 2012, n°1202373

[215] Sophie GUIGUE, « La capacité à consentir au traitement d'une personne faisant l'objet de soins psychiatriques sans consentement », Revue droit et santé n°51, 2013, p.122

[216] *Ibid.*

[217] CE 16 juillet 2012, n°360793

[218] TGI Rennes 14 septembre 2012, n° 12/04081

compétence, « s'est appuyé sur l'interprétation littérale de l'article L.3211-12 (...) Il a précisé qu'il n'entrait pas dans ses compétences d'apprécier le bien-fondé d'une prescription médicale »[219]. Comme le fait remarquer Jean-Marc PANFILI[220], cette appréciation sera confirmée par la Cour d'appel[221]. Cette position a également été confirmée par une autre Cour d'appel[222]. Par conséquent, se pose alors la question *de qui est compétent en matière de traitement thérapeutique psychiatrique?* La réponse n'a toujours pour l'heure de réponse. La loi du 5 juillet 2011[223] comporte, comme nous pouvons le voir, de nombreux vides juridiques. Ces derniers créent alors une incertitude pour les droits des patients en soins sans consentement.

En matière européenne, Jean-Marc PANFILI fait référence dans sa démonstration[224] à la Recommandation REC(2004)10 du Comité des ministres aux États membres *relative à la protection des droits de l'homme et de la dignité des personnes atteintes de troubles mentaux*, adoptée le 22 septembre 2004. Il désigne notamment l'article 19 intitulé « Principes relatifs au traitement involontaire » qui organise le traitement forcé : ce dernier doit répondre « à des signes et à des symptômes cliniques spécifiques ; être proportionné à l'état de santé de la personne ; faire partie d'un plan de traitement écrit ; être consigné par écrit ; le cas échéant, avoir pour objectif le recours, aussi rapidement que possible à un traitement acceptable par la personne (...) dans la mesure du possible, être élaboré après consultation de la personne concernée (...) être réexaminé à des intervalles appropriés et, si nécessaire, modifié (...) ». À la lecture de cet article, il peut être remarqué que le traitement forcé est balisé. Le patient participe au choix de son traitement, et en raison de la gravité de l'atteinte à l'intégrité corporelle, le traitement doit pouvoir faire l'objet d'un réexamen à intervalles régulières. Si ces balises ne sont pas respectées, Jean-Marc PANFILI [225]évoque la situation de maltraitance en faisant référence au colloque relatif aux violences au sein de la famille de novembre 1987 qui définit la maltraitance comme « tout acte, ou omission, qui a pour effet de porter gravement atteinte, que ce soit de manière volontaire ou involontaire, aux droits fondamentaux, aux

[219] Jean-Marc PANFILI, « Les traitements médicamenteux forcés en soins psychiatriques sans consentement et le risque d'atteinte à la dignité », Revue droit et santé, n°58, mars 2014

[220] *Ibid.*

[221] CA Rennes 28 septembre 2012, n° 12/00228

[222] CA Limoges 13 septembre 2013, n° 13/00032

[223] 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*

[224] Jean-Marc PANFILI, « Les traitements médicamenteux forcés en soins psychiatriques sans consentement et le risque d'atteinte à la dignité », Revue droit et santé, n°58, mars 2014

[225] *Ibid.*

libertés civiles, à l'intégrité corporelle, à la dignité ou au bien-être général d'une personne vulnérable ». Un acte de maltraitance peut donc porter atteinte à l'intégrité corporelle ; le traitement forcé constitue une atteinte à l'intégrité physique et doit donc être regardé comme une possible maltraitance. Le Comité de Prévention contre la Torture[226] est venu ajouter dans son 8ème rapport[227] que le recours à un traitement forcé constituait une dérogation et devait avoir un fondement légal.

La Cour Européenne des Droits de l'Homme admet la possibilité de recourir au traitement forcé s'il est démontré le caractère nécessaire de ce dernier[228]. Jean-Marc PANFILI reconnaît qu'« il revient dans ce cas aux autorités médicales, de justifier clairement la nécessité thérapeutique. Cette justification doit également reposer sur des règles reconnues par la science »[229]. La Cour[230] a même admis que l'État, soumis à l'obligation de protection de la santé, doit « protéger l'intégrité physique des personnes privées de liberté, notamment par l'administration des soins médicaux requis »[231].

Le traitement forcé peut se révéler contraire à la dignité humaine puisque la personne souffrant de troubles mentaux peut être réduite, ou se trouver dégrader. Cependant, le recours au traitement forcé est strictement encadré. Ce cadre strict permet de respecter la dignité du malade en demandant notamment son avis. De plus, le traitement forcé est une nécessité médicale de derniers recours. Le « en toutes circonstances » prend ici tous son sens car la dignité humaine peut souffrir de certaines pratiques psychiatriques. Parmi ces pratiques, il y a le recours au traitement forcé mais également le recours à l'isolement et la contention (§2).

§2. L'isolement et la contention

Les mesures d'isolement et de contentions sont des traitements particulièrement sensibles, et sont à ce titre, de plus en plus encadrées par le législateur. Le caractère sensible peut s'expliquer par l'atteinte à la

[226] CPT

[227] Est cité par Jean-Marc PANFILI, « Les traitements médicamenteux forcés en soins psychiatriques sans consentement et le risque d'atteinte à la dignité », Revue droit et santé, n°58, mars 2014 : CPT, 8ème rapport général d'activités du couvrant la période du 1er janvier au 31 décembre 1997, point 41

[228] CEDH, 31 mars 2005, *Schneiter c/ Suisse*, Req n° 63062/00

[229] Jean-Marc PANFILI, « Les traitements médicamenteux forcés en soins psychiatriques sans consentement et le risque d'atteinte à la dignité », Revue droit et santé, n°58, mars 2014

[230] CEDH 11 juillet 2006, *Jalloh c/ Allemagne*, n°54810/00

[231] Pascal DOURNEAU-JOSETTE, Répertoire de droit pénal et de procédure pénale, Convention européenne des droits de l'homme (Jurisprudence de la CEDH en matière pénale), juin 2016, §102

liberté fondamentale d'aller et venir. Ce dernier peut également s'expliquer par le regard de la société porté sur ces thérapeutiques. Afin de pouvoir poser l'aspect légal, il convient de définir ce que sont l'isolement et les contentions. L'isolement peut se définir comme le « placement du patient à visée de protection, lors d'une phase critique de sa prise en charge thérapeutique, dans un espace dont il ne peut sortir librement et qui est séparé des autres patients »[232]. La contention se définit comme un « procédé thérapeutique permettant d'immobiliser un membre, de comprimer des tissus ou de protéger un malade agité »[233]. Cette immobilisation peut se faire de plusieurs façons. Ainsi, la contention peut être mécanique ou médicamenteuse. La contention mécanique est définie par la Haute Autorité de Santé[234] comme « l'utilisation de tous moyens, méthodes, matériels ou vêtements empêchant ou limitant les capacités de mobilisation volontaire de tout ou partie du corps dans un but de sécurité pour un patent dont le comportement présente un risque grave pour son intégrité ou celle d'autrui »[235]. La contention médicamenteuse permet d'immobiliser le patient par l'administration de thérapeutiques spécifiques. Toutefois, il convient de préciser que ces traitements ne sont pas exclusivement liés aux soins contraints comme on pu le soulever les auteurs Marlène ABONDO, Renaud BOUVET et Mariannick LE GUEUT[236]. Un patient admis en soins libres peut faire l'objet d'un séjour en chambre d'isolement.

Le médecin-psychiatre recours à l'isolement et aux contentions lorsqu'il estime que l'état de santé du patient le requiert. Ce recours, constituant une restriction à l'exercice de la liberté d'aller et venir, est soumis aux dispositions de l'article L3211-3 du Code de la santé publique et doit en conséquence, être nécessaire, adapté et proportionné à l'état de santé du patient et à la mise en oeuvre du traitement requis. Ainsi, l'état de santé du patient doit justifier le recours à ces pratiques[237]. De même, « l'opportunité d'y

[232] HAS, février 2017, Synthèse de la recommandation de bonne pratique, Isolement en psychiatrie générale, p.1

[233] Dictionnaire Larousse, *v. contention*

[234] HAS

[235] HAS, février 2017, Synthèse de la recommandation de bonne pratique, Contention mécanique en psychiatrie générale, p. 1

[236] Marlène ABONDO, Renaud BOUVET, Mariannick LE GUEUT, « Isolement et contention en psychiatrie : quels fondements juridiques? », Revue Droit et santé, n°62, p.1626

[237] CA Paris 7 octobre 2015, n° 13/02215

recourir (doit être) évaluée individuellement pour chaque patient » comme l'évoque Paul VÉRON[238] [239]. En outre, le praticien prescrit ces pratiques selon les données acquises de la littérature médicale comme le font remarquer les auteurs précités[240]. La décision du médecin-psychiatre de placer le patient en chambre d'isolement ou de procéder à l'immobilisation de ce dernier par les contentions, doit être particulièrement motivée au regard d'une part, du Code de la santé publique, mais d'autre part, au regard du Code des relations entre le public et l'administration (le certificat médical est un document administratif)[241]. En somme, par la motivation médicale du médecin-psychiatre, « on garantit la dignité et les droits du patient »[242]. Néanmoins, la motivation de recourir à ces pratiques ne peut être que médicale. Le Contrôleur Général des Lieux de Privation et de Liberté[243] insiste fortement sur le fait que ces pratiques ne doivent pas résulter de mesures de sécurité, ce que souligne Diane POUPEAU[244]. La Cour administrative d'appel de Marseille a ainsi jugé illégal un placement en isolement aux motifs que « Considérant que M. D...ne mettant pas en cause le bien-fondé des mesures de placement en isolement mais seulement les conditions dans lesquelles il était retenu en chambre d'isolement, l'argumentation de l'hôpital tirée de ce que ces mesures étaient fondées eu égard au profil de ce patient violent, agité et perturbateur est dénuée de pertinence ; qu'au demeurant l'invocation de l'état d'agitation et du comportement du patient ne saurait, à elle seule, démontrer la justification médicale de la mesure, qui ne saurait se justifier qu'après qu'une réponse graduée, médicamenteuse, humaine, matérielle adaptée a été apportée à l'état du patient et ne saurait présenter un caractère punitif ou avoir seulement vocation à faciliter le travail de l'équipe soignante »[245]. De plus, le CGLPL recommande notamment que les chambres d'isolement soient équipées d'un système d'appel, ou encore que des mesures nécessaires soient prises afin de respecter l'intimité. En d'autres termes, la dignité humaine doit être respectée, le patient admis en chambre d'isolement ne doit pas se voir humilié.

---

[238] Paul VÉRON, « Prise en charge psychiatrique * Isolement * Contention * Liberté fondamentale * Bien-fondé de la mesure * Charge de la preuve, Observations sous Cour d'appel de Versailles, 24 octobre 2016, n°16/07393 », RDSS, 2017, p.175

[239] Paul VÉRON cite à ce titre : Crim. 6 août 1997, n° 95-84.852

[240] Marlène ABONDO, Renaud BOUVET, Mariannick LE GUEUT, « Isolement et contention en psychiatrie : quels fondements juridiques? », Revue Droit et santé, n°62, p.1626

[241] Articles L211-1 et s. du Code des relations entre le public et l'administration

[242] Marlène ABONDO, Renaud BOUVET, Mariannick LE GUEUT, « Isolement et contention en psychiatrie : quels fondements juridiques? », Revue Droit et santé, n°62, p.1626

[243] CGLPL

[244] Diane POUPEAU, « Les droits des personnes privées de liberté reculent, Dalloz actualité, mars 2017

[245] CAA Marseille 21 mai 2015, n°13MA03115

Le législateur, par la loi du 26 janvier 2016[246], est venu encadrer strictement ces pratiques. Par la loi précitée a été créé l'article L3222-5-1 du Code de la santé publique dispose que : « L'isolement et la contention sont des pratiques de dernier recours. Il ne peut y être procédé que pour prévenir un dommage immédiat ou imminent pour le patient ou autrui, sur décision d'un psychiatre, prise pour une durée limitée. Leur mise en oeuvre doit faire l'objet d'une surveillance stricte confiée par l'établissement à des professionnels de santé désignés à cette fin. Un registre est tenu dans chaque établissement de santé autorité en psychiatrie (...) Pour chaque mesure d'isolement ou de contention, ce registre mentionne le nom du psychiatre ayant décidé de cette mesure, sa date et son heure, sa durée et le nom des professionnels de santé l'ayant surveillée. Le registre, qui peut être établi sous forme numérique, doit être présenté, sur leur demande, à la commission départementale des soins psychiatriques, au Contrôleur général des lieux de privation de liberté ou à ses délégués et aux parlementaires. L'établissement établit annuellement un rapport rendant compte des pratiques d'admission en chambre d'isolement et de contention, la politique définie pour limiter le recours à ces pratiques et l'évaluation de sa mise en oeuvre (...) ». Le recours à l'isolement et aux contentions doit être dûment justifié et être retranscrit dans un registre. Par cet encadrement, le législateur souhaite mettre un terme aux dérives, dérives pouvant caractériser une atteinte à la dignité humaine.

Par ailleurs, la jurisprudence est venue également durcir ces pratiques en considérant notamment qu'une chambre de soins intensifs, dès lors qu'elle isolait le patient des autres, était soumise aux dispositions de l'isolement[247]. Le législateur et la jurisprudence souhaite que les praticiens évitent de recourir à ces pratiques. Aussi, la HAS a proposé dans ses recommandations[248] des alternatives, comme notamment les espaces d'apaisement où le patient pourrait disposer de sa liberté d'aller et venir. Une circulaire du 29 mars 2017[249] vient préciser les modalités de mise en oeuvre de l'article L3222-5-1 du Code de la santé publique. La politique de santé mentale s'inscrit dans une volonté affichée de réduire ces pratiques. En ce sens, est envisagé de créer un observatoire national relatif à ces pratiques.

---

[246] Loi n°2016-41 du 26 janvier 2016 *de modernisation de notre système de santé*

[247] CA Versailles, 16 juin 2017, n°17/04374

[248] HAS, février 2017, Synthèse de la recommandation de bonne pratique, Isolement en psychiatrie générale

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

Enfin, l'isolement et contentions ne sont soumises au contrôle du juge des libertés et de la détention, garant des libertés individuelles, alors que ces pratiques sont constitutives de restrictions aux libertés individuelles. La doctrine souhaiterait à ce titre, un éclaircissement sur le domaine d'intervention du juge des libertés et de la détention[250]. Ce dernier ne peut se prononcer sur le traitement forcé, ni sur les pratiques d'isolement et de contention. Une évolution légale serait notable afin de mettre un terme aux vides juridiques. La prescription médicale peut se justifier par la nécessité, mais, ces pratiques touchent à l'être humain, à une personne vulnérable. C'est pour cette raison, que le législateur invite à réduire ces pratiques. Toutefois, le Juge, et en particulier le juge des libertés et de la détention, devrait se voir accroître son champ d'intervention afin de prévenir toutes les décisions médicales pouvant se révéler attentatoires à la dignité humaine. Malgré une intervention limitée, le Juge protège la dignité du malade psychiatrique. Cette protection fera l'objet d'une étude au sein d'un deuxième chapitre.

Chapitre 2ème : Le contrôle par le Juge du respect de la dignité du patient souffrant de troubles mentaux

Le Juge occupe, au sein de l'Institution psychiatrique, une place majeure. Ce dernier veille à ce que les libertés et droits fondamentaux des personnes hospitalisées soient respectés, mais il veille surtout à ce que la dignité humaine soit respectée (§1). Toutefois, lorsque les voies de recours sont épuisées en droit interne[251], le patient peut alors saisir le Juge européen afin qu'il contrôle que le droit interne garantisse suffisamment ses droits mais surtout sa dignité en tant qu'être humain (§2).

§1. Le contrôle par le Juge interne

Lors de sa saisine, le Juge français veille à ce que la dignité de la personne souffrant de troubles mentaux soit respectée. Autrement dit, la dignité humaine en psychiatrie possède pour « garde-fou » le Juge. Ce dernier va veiller à ce que les droits fondamentaux du patient soient assurés, mais il va contrôler à cette occasion, les conditions de détention du patient. Ce contrôle peut s'effectuer par le juge judiciaire mais également par le juge administratif. En somme, les deux ordres sont compétents. Néanmoins, il convient

[250] Paul VÉRON, « Prise en charge psychiatrique * Isolement * Contention * Liberté fondamentale * Bien-fondé de la mesure * Charge de la preuve, Observations sous Cour d'appel de Versailles, 24 octobre 2016, n°16/07393 », RDSS, 2017, p.175

[251] Article 35 de la Convention Européenne des Droits de l'Homme

d'opérer une distinction. Le Tribunal des conflits par un arrêt de février 1997[252], a délimité un champ d'intervention de chacun des ordres : l'autorité judiciaire était compétente pour apprécier « la nécessité d'une mesure de placement d'office en hôpital psychiatrique et les conséquences qui peuvent en résulter » alors que l'autorité administrative était compétente pour apprécier « la régularité de la décision administrative qui ordonne le placement ». Aujourd'hui, l'autorité judiciaire occupe une place plus importante. En effet, par les lois de 2011[253] et 2013[254], le juge judiciaire intervient au sein de l'hôpital pour apprécier la régularité de la procédure d'admission en hospitalisation contrainte et sa motivation, même si la décision revêt un caractère administratif[255]. Toutefois, l'autorité administrative reste compétente pour ce qui touche au droit administratif même.

Les compétences de chacun des ordres étant posées, il convient d'étudier le contrôle du respect de la dignité humaine par l'autorité judiciaire (A), mais aussi par l'autorité administrative (B).

A - Le contrôle par le Juge judiciaire

« Nul ne peut être arbitrairement détenu. L'autorité judiciaire, gardienne de la liberté individuelle, assure le respect de ce principe dans les conditions prévues par la loi »[256]. Par ces mots, la Constitution place le Juge judiciaire en garant des libertés individuelles. La loi du 5 juillet 2011[257] a permis au Juge de contrôler la détention des patients en milieu psychiatrique. L'article L3211-12-1 du Code de la santé publique organise l'intervention du juge des libertés et de la détention au sein de l'Institution psychiatrique. Le patient admis en soins sans consentement doit être présenté au Juge dans un délai de douze jours à compter de son admission. Sa saisine intervient dans un délai de huit jours à compter de la date d'admission, accompagné de documents de médecine légale. Ces documents sont les certificats médicaux

[252] TC 17 février 1997, *Préfet d'Île-de-France*, n° 3045

[253] 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*

[254] 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*

[255] Article L3216-1 du Code de la santé publique

[256] Article 66 de la Constitution du 4 octobre 1958

[257] 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*

de 24 heures et 72 heures[258], ainsi qu'un avis médical[259] récent (au plus proche de la date d'audience). Le Juge doit alors apprécier le caractère circonstancié des troubles mentaux pour pouvoir autoriser la poursuite des soins sans consentement. En effet, « le juge judiciaire doit seulement s'assurer que la personne a besoin d'être internée pour raisons médicales »[260]. De plus, le juge des libertés et de la détention doit « concilier des exigences apparemment contradictoires »[261] entre le respect des libertés et droits fondamentaux et la nécessité de soins.

Toutefois, lors de ce contrôle, le Juge peut apprécier les conditions de détention du patient en milieu psychiatrique. Ainsi, le patient peut correspondre, voter ou encore par exemple, exercer son culte religieux. Néanmoins, le Juge peut également contrôler ce qui touche directement au patient. À ce titre, les tenues vestimentaires des patients peuvent faire l'objet d'un recadrage par le Juge. Ainsi, la Cour d'appel de Bourges a considéré que pouvait porter atteinte à la dignité humaine, le fait de ne pas disposer de rechanges : « Que dans ces conditions, la mesure dont il importe de souligner qu'elle n'a pas vocation à perdurer et doit se dérouler dans des conditions respectueuses de la dignité du patient ce qui implique qu'il doit pouvoir disposer d'effets vestimentaires de rechange adaptés à la saison »[262]. En d'autres termes, on ne peut vouloir porter une atteinte dégradante à la personne. Cette dernière doit alors disposer de rechanges nécessaires, sinon cela serait de la maltraitance telle que définie par le Conseil de l'Europe. Il existe très peu de jurisprudence en matière de psychiatrie et de dignité humaine, néanmoins, par l'exemple cité, le Juge se soucie des conditions dans lesquelles vit le patient. Si des manquements graves portant atteinte à la dignité humaine sont découverts, la juridiction répressive pourra alors poursuivre l'établissement de santé mentale afin de protéger « l'intégrité des personnes »[263]. Néanmoins, *dans les conditions de détention du patient, qu'est-ce qui pourrait porter atteinte à la dignité de ce dernier?* Ce qui pourrait porter atteinte à la dignité

[258] Article L3211-2-2 du Code de la santé publique

[259] Article L3211-12-1, II, du Code de la santé publique

[260] Annabelle PENA, « Internement psychiatrique, liberté individuelle et dualisme juridictionnel : la nouvelle donne », RFDA, 2011, p. 951

[261] Delphine LEGOHÉREL, « Procédure de contrôle de plein droit en cas d'hospitalisation complète sans consentement », Recueil Dalloz, 2015, p.1549

[262] CA Bourges 10 juillet 2017, n°17/01008

[263] Annick BATTEUR, Droit des personnes, des familles et des majeurs protégés, Paris, Lextenso, LGDJ, 7ème édition, 2013, p.62

de la personne souffrant de troubles mentaux, personne vulnérable, sont les humiliations ou traitements dégradants, les violences, la vétusté des locaux etc.

Le juge judiciaire commence à se saisir de ces questions relatives aux conditions de détention. Le juge administratif se saisit également des conditions de détention aux fins de protéger la dignité de la personne souffrant de troubles mentaux (B).

B - Le contrôle par le Juge administratif

Le juge administratif est compétent pour « le contrôle de la régularité formelle de la décision administrative, qu'il s'agisse de la procédure ou de la motivation »[264]. L'ensemble du contentieux a été retiré au juge administratif au profit du juge judiciaire, toutefois, ce dernier par plusieurs exemples de jurisprudence, est attentif aux conditions de détention des patients en milieu psychiatrique. Seront étudiées ici deux exemples.

La Cour administrative d'appel de Bordeaux a considéré en novembre 2012[265] que l'on ne pouvait interdire dans un règlement intérieur le fait pour un patient d'avoir des relations sexuelles au sein d'un établissement. En effet, ces restrictions doivent être individualisées, nécessaires et proportionnées. Marie-Laure MOQUET-ANGER a souligné que sans « toutefois, être visée spécialement dans le dispositif de cet arrêt de la cour administrative d'appel de Bordeaux, la dignité de la personne humaine y est intégrée »[266].

La Cour administrative d'appel de Marseille, par un arrêt de mai 2015[267], a déclaré compétent le jugement administratif pour apprécier les conditions de détention en milieu psychiatrique. En l'espèce, un patient se plaignait des conditions de détention en chambre d'isolement. Il a pu être décrit notamment l'absence de toilettes ou encore l'insalubrité des locaux. Le juge a alors condamné le centre hospitalier en considérant les conditions de détention en chambre d'isolement illégales. En effet, il a considéré que ces conditions portaient atteintes à la dignité humaine, et a rappelé à ce titre l'obligation qui pèse sur les

[264] Sophie GUIGUE, « L'incompétence du juge administratif en matière d'injonction de non administration sous la contrainte d'un traitement à une personne faisant l'objet de soins psychiatriques », Revue droit et santé n°50, 2013, p.735

[265] CAA Bordeaux, 6 novembre 2012, n° 11BX01790

[266] Marie-Laure MOQUET-ANGER, « La dignité et le droit de la santé », RFDA, Dalloz, 2015, p.1075

[267] CAA Marseille 21 mai 2015, n°13MA03115

établissements de santé mentale : « l'obligation générale qui pèse sur les établissements de soins, et tout particulièrement sur ceux d'entre eux qui sont amenés à accueillir des patients fragilisés par des troubles mentaux, de respecter leur dignité et de veiller à ce que les modalités d'exécution des mesures de placement en chambre d'isolement ne les soumettent pas à une épreuve qui excède le niveau de souffrance inhérent à toute mesure d'isolement non librement décidée »[268]. L'autorité administrative qualifie alors de traitement inhumain ou dégradant les conditions de détention : « qu'eu égard à la vulnérabilité des patients placés en chambre d'isolement et à leur situation d'entière dépendance vis à vis de l'administration hospitalière, il appartient à celle-ci de prendre les mesures propres à leur éviter tout traitement inhumain ou dégradant afin de garantir le respect effectif des exigences découlant des principes rappelés notamment par les stipulations et dispositions susmentionnées »[269].

Le traitement inhumain ou dégradant est d'influence européenne. En effet, cette expression trouve son fondement dans la Convention Européenne des Droits de l'Homme à l'article 3. Le Juge applique cette notion en droit interne afin de protéger la dignité humaine, en sa qualité de principe. Cependant, quand toutes les voies de recours sont épuisées[270], le Juge européen peut alors juger l'affaire et y apporter un regard extérieur (§2).

§2. Le contrôle par le Juge européen

« Nul ne peut être soumis à la torture ni à des peines ou traitements inhumains ou dégradants »[271].

Le Juge européen sur ce fondement, protège tout individu contre des traitements inhumains ou dégradants. Cependant, une question vient se poser et il s'agit de savoir *qu'est-ce qu'un traitement inhumain ou dégradant?* Un traitement inhumain ou dégradant consiste à « créer chez les victimes des sentiments de peur, d'angoisse et d'infériorité propres à les humilier, à les avilir et à briser éventuellement leur résistance physique ou morale »[272] même si cela n'est pas le but poursuivi[273]. Le Juge européen est par

[268] *Ibid.* considérant n°7

[269] *Ibid.* considérant n°3

[270] Article 35 de la Convention Européenne des Droits de l'Homme

[271] Article 3 de la Convention Européenne des Droits de l'Homme

[272] CEDH 20 janvier 2011, *Payet c/ France*, n°19606/08, §76

[273] CEDH 29 avril 2003, *Poltoratski c/ Ukraine*, n°38812/97

ailleurs venu préciser que l'article 3 de la CESDH[274] était applicable aux personnes détenues en milieu psychiatrique[275] et qu'il était nécessaire de tenir compte de leur particulière vulnérabilité[276]. Il est même précisé que la nécessité médicale, établie par la littérature scientifique, ne saurait constitué un traitement inhumain ou dégradant[277]. Toutefois, la nécessité médicale doit être dûment justifiée et la décision médicale doit être entourées de garanties procédurales[278]. Par ailleurs, un fait peut être caractérisé d'inhumain ou dégradant au sens de l'article 3 de la CESDH à tout moment de la procédure de privation de liberté[279].

En outre, le Juge européen a été invité à se prononcer sur l'isolement, *est-ce un traitement inhumain ou dégradant au sens de l'article 3 de la CESDH?* Ce dernier a considéré que non[280] mais la mise à l'isolement doit être dûment justifiée, nécessaire et proportionnée. Elle doit également offrir des garanties à la personne isolée, notamment celle de faire l'objet d'un réexamen. C'est ce qui a pu ressortir de l'arrêt *Ramirez-Sanchez c/ France* en 2006[281].

Les décisions rendues par la Cour Européenne des Droits de l'Homme influencent le droit français. Le Juge français s'est approprié la notion de traitement inhumain et dégradant. Ce dernier l'applique aux faits qui lui sont présentés lorsqu'il estime qu'une atteinte à la dignité humaine est caractérisée. La dignité humaine, droit objectif et subjectif, fonde toutes les décisions du Juge en matière de soins contraints. La dignité consacre des droits fondamentaux, parmi lesquels on retrouve le droit à la dignité, le droit au consentement, le droit à l'information... La dignité humaine ne connaît pas de définition, néanmoins, l'objet de cette étude était de montrer que le Juge veille à ce que le patient, qu'il soit admis en soins libres ou en soins contraints, soit respecté dans ce qui fait de lui, un être humain. Ainsi, ce dernier au titre du respect de la dignité humaine, a le droit de consentir, de recevoir l'information, d'avoir des conditions de détention décentes. La dignité humaine n'est pas une conception française, c'est une conception universelle que d'autres pays européens ont consacré, et qui l'appliquent en matière psychiatrique (sous-titre IIème).

---

[274] Convention Européenne de Sauvegarde des Droits de l'Homme

[275] CEDH 24 septembre 1992, *Herczegfalvy c/ Autriche*, n°10533/83

[276] CEDH 11 juill. 2006, *Rivière c/ France*, n°33834/03

[277] CEDH 24 septembre 1992, *Herczegfalvy c/ Autriche*, n°10533/83

[278] CEDH 5 avril 2005, *Nevmerjitski c/ Ukraine*, n°54825/00

[279] CEDH 22 octobre 2002, *Algür c/ Turquie*, n°32574/96

[280] CEDH 27 janvier 2005, *Ramirez-Sanchez c/ France*, n°59450/00

[281] CEDH 4 juillet 2006, *Ramirez Sanchez c/ France*, n°59450/00

Sous-titre IIème - La dignité du malade psychiatrique en droit comparé

« La dignité de l'être humain est intangible. Tous les pouvoirs publics ont l'obligation de la respecter et de la protéger. En conséquence, le peuple allemand reconnaît à l'être humain des droits inviolables et inaliénables comme fondement de toute communauté humaine, de la paix et de la justice dans le monde »[282].

C'est ainsi, que la Loi fondamentale allemande confère à la dignité humaine un caractère intangible[283]. Par ce caractère, la dignité humaine, énoncée au sein du premier article, fonde tous les droits fondamentaux, et ne peut connaître de dérogations. On peut donc voir ici, contrairement à la France, un ancrage de ce principe plus stable. Par ailleurs, la Cour constitutionnelle allemande a défini la protection de la dignité humaine[284] comme « fondée sur une représentation de l'homme comme un être moral et spirituel, doté de la capacité à s'auto-déterminer et à se développer librement »[285]. La dignité humaine est très importante dans le régime des soins sans consentement allemand. En effet, ce régime est organisé par les articles §1896 et s. du *Bürgerliches Gesetzbuch* (Code civil). En droit allemand, le régime de soins contraints ne peut se réaliser que sous l'hospitalisation complète pour une durée de six semaines renouvelable, mais les recours judiciaires sont à la disposition du patient dès le début. Le *Bürgerliches Gesetzbuch* impose plusieurs conditions pour procéder à l'hospitalisation de la personne : un trouble mental ou une dangerosité pour la personne ou pour autrui, et qui doit être établi par un certificat médical[286].

---

[282] Article 1er (Dignité de l'être humain, caractère obligatoire des droits fondamentaux pour la puissance publique) de la Loi Fondamentale pour la République fédérale d'Allemagne, traduite par Christian AUTEXIER, Michel FROMONT, Constance GREWE, Olivier JOUANJAN.

[283] Louis FAVOREU, Patrick GAÏA, Jérôme TREMEAU, Richard GHEVONTIAN, Ferdinand MÉLIN-SOUCRAMANIEN, Otto PFERSMANN, Joseph PINI, André ROUX, Annabelle PENA, Guy SOFFONI, Droit des libertés fondamentales, Paris, Dalloz, 7ème édition, 2015, p.173

[284] BverfGE, 45, 187, §227

[285] https://www.conseil-etat.fr/Actualites/Discours-Interventions/Dignité-humaine-et-juge-administratif

[286] Article §1906 *Genehmigung des Betreuungsgerichts bei freiheitsentziehender Unterbringung und bei freiheitsentziehenden Maßnahmen*

Cependant, il convient de noter que l'hospitalisation contrainte est a distinguer du traitement thérapeutique. Contrairement au droit français, la thérapeutique nécessite l'accord du Juge[287] [288]. Le Juge allemand joue alors un rôle plus important que le Juge français.

On peut donc constater que le droit allemand donne au Juge un rôle primordial. Ce dernier peut intervenir dès le début de la procédure à la demande du patient, et par une saisine au terme du délai de six semaines. Par ailleurs, le Juge est particulièrement sensible aux droits du patient. En effet, le traitement forcé par décision médicale n'est pas concevable en droit germanique. Cette atteinte à l'intégrité physique nécessite l'intervention du Juge. Contrairement à la conception française, le paternalisme médical connait des limites majeures en matière de soins sans consentement. Il semblerait par la-même et en conséquence, opportun d'employer le terme d'hospitalisation sans consentement pour parler du droit allemand.

La Constitution luxembourgeoise reconnaît le respect des droits naturels de la personne humaine et les définit comme « découlant de la nature humaine et existe, même sans texte de loi »[289]. Le droit luxembourgeois octroie également au Juge une place fondamentale car ce dernier confirme la décision de placement ou non[290]. Par ailleurs, toute restriction au droit du patient pour les visites peut faire l'objet d'un recours devant le conseil de surveillance[291]. L'article 43 de la loi du 10 décembre 2009 *relative au placement des personnes souffrant de troubles mentaux* admet la possibilité de recourir pour le médecin-psychiatre au traitement involontaire. Ce dernier est encadré de la même façon que le droit français. Il doit être proportionné, adapté et nécessaire à l'état de santé du patient. L'article 44 de la loi précitée, organise de la même façon le recours à l'isolement et la contention.

[287] §1904 *Genehmigung des Betreuungsgerichts bei ärztlichen Maßnahmen*

[288] Jean-Marc PANFILI, « Les traitements médicamenteux forcés en soins psychiatriques sans consentement et le risque d'atteinte à la dignité », Revue droit et santé, n°58, mars 2014

[289] Constitution du Grand-Duché du Luxembourg du 17 octobre 1868, article 11 Egalité devant la loi, 4

[290] Article 2 du Chapitre 1er de la Loi du 10 décembre 2009 *relative au placement des personnes souffrant de troubles mentaux*

[291] Article 46 du Chapitre 9 de la Loi du 10 décembre 2009 *relative au placement des personnes souffrant de troubles mentaux*

Par ces exemples de législation, on peut voir que la loi du 5 juillet 2011[292] n'est pas aboutie. Une nouvelle réforme du droit de la psychiatrie devrait prendre en compte ce qui se fait en Europe et l'adapter aux exigences françaises. Ainsi, l'Autorité judiciaire devrait voir son rôle accroitre au dépit des médecins-psychiatres. Plusieurs vides juridiques peuvent porter préjudice aux patients et à leurs droits, mais surtout à leur dignité. L'autonomie de la personne consacrée par la dignité humaine est limitée voir tue en psychiatrie. En somme, le droit de la psychiatrie française est encore sous le joug du paternalisme médical.

[292] 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*

Conclusion

La dignité humaine, droit objectif et subjectif, fonde et influence la législation sanitaire, et notamment celle de la psychiatrie. On essaie de respecter les droits fondamentaux du patient, expression de la dignité humaine. La psychiatrie est une discipline particulièrement sensible car on touche à l'être humain vulnérable. Par ses troubles mentaux, ce dernier se retrouve en situation de faiblesse et doit être protégé. Cette protection intervient au détriment de ses droits et libertés. Le Juge, par l'effet de la loi du 5 juillet 2011[293], a eu une place au sein de l'Institution psychiatrique. Néanmoins, cette dernière n'offre pas la possibilité d'examiner toutes les restrictions aux libertés du patient. On veille à ce que ses conditions de détention ne soient pas contraires à la dignité humaine, mais on limite les droits fondamentaux du patient, expression de la dignité humaine, par nécessité médicale. Le Juge devrait, comme cela se pratique à l'étranger, pouvoir avoir un rôle plus prépondérant et pouvoir analyser aussi la décision des médecins de restreindre les libertés des patients.

Il est à noter pour nuancer que plusieurs organes veillent à ce que la dignité humaine du patient admis en soins sans consentement soit respectée. Parmi ces organes, on peut notamment retrouver le CGLPL ou encore la CDSP[294]. À ce titre, la CDSP a l'obligation de rédiger une synthèse des conclusions de la commission sur les constatations qu'elle a opéré lors de la visite d'établissements, notamment sur le respect des libertés individuelles et de la dignité des personnes[295]. Au niveau européen, le CPT veille également à ce que la dignité humaine soit respectée dans les lieux de privation de liberté, et émet des recommandations afin que cette dernière soit respectée[296].

[293] 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*

[294] Commission départementale des soins psychiatriques

[295] Article R3223-11, 3° du Code de la santé publique

[296] Emmanuelle ALLAIN, « Traitements inhumains et dégradants : la France peut mieux faire », AJ Pénal, 2012, p.246

TABLE DES MATIÈRES

Introduction.....page 01

Titre Ier : La dignité du malade psychiatrique dans le régime de soins libres.....page 06

Sous-Titre Ier : Une définition de la dignité humaine en droit de la santé.....page 06

Section 1ère : La dignité humaine, valeur morale reconnue par le droit français.....page 07

Section 2ème : La dignité humaine en droit de la santé.....page 09

Sous-Titre 2ème : Le respect de la dignité du malade psychiatrique.....page 13

Section 1ère : Le consentement libre et éclairé du patient souffrant de troubles mentaux.....page 14

Chapitre 1er : La délivrance de l'information par le praticien au patient souffrant de troubles mentaux.....page 15

Chapitre 2ème : La prise de décision appartenant au patient psychiatrique.....page 17

Section 2ème : Les droits fondamentaux du patient souffrant de troubles mentaux, corollaires au principe de dignité.....page 19

Chapitre 1er : Les droits fondamentaux du patient.....page 20

Chapitre 2ème : La liberté d'aller et venir du patient admis en soins psychiatriques libres.....page 22

Titre IIème : La dignité du malade psychiatrique dans le régime de soins contraints.....page 24

Sous-Titre Ier : La dignité du malade souffrant de troubles mentaux dans le régime de soins contraints français.....page 25

Section 1ère : Les limites des droits fondamentaux du malade psychiatrique, expression de la dignité humaine, justifiées par la protection de la santé.....page 26

Chapitre 1er : La dignité du malade psychiatrique au regard de la protection de la santé.....page 27

Chapitre 2ème : La limite des droits fondamentaux du patient par l'impossibilité de consentir aux soins.....page 30

Section 2ème : Les régimes de soins sans consentement et les pratiques psychiatriques contrôlées par le Juge.....page 33

Chapitre 1er : Les pratiques psychiatriques.....page 34

§1. Le traitement forcé.....page 34

§2. L'isolement et la contention.....page 38

Chapitre 2ème : Le contrôle par le Juge du respect de la dignité du patient souffrant de troubles mentaux.....page 42

§1. Le contrôle par le Juge interne.....page 42

A - Le contrôle par le juge judiciaire.....page 43

B - Le contrôle par le juge administratif.....page 45

§2. Le contrôle par le Juge européen.....page 46

Sous-Titre IIème : La dignité du malade psychiatrique en droit comparé.....page 48

Conclusion.....page 51

Table des matières.....page 52

Bibliographie.....page 54

Bibliographie

- Ouvrages généraux -

- Annick BATTEUR, *Droit des personnes, des familles et des majeurs protégés*, Paris, Lextenso, LGDJ, 7ème édition, 2013, 522 p.
- Gérard CORNU, *Vocabulaire juridique*, Paris, Puf, 10ème édition, 2014, 1136 p.
- Louis FAVOREU, Patrick GAÏA, Jérôme TREMEAU, Richard GHEVONTIAN, Ferdinand MÉLIN-SOUCRAMANIEN, Otto PFERSMANN, Joseph PINI, André ROUX, Annabelle PENA, Guy SOFFONI, *Droit des libertés fondamentales*, Paris, Dalloz, 7ème édition, 2015, 774 p.
- Annie FREDON, Arsène HU-YEN-TACK, *Guide juridique de l'hospitalisation sous contrainte, Conséquences pratiques des réformes de 2011 et 2013 et projet de loi de santé de 2015*, LEH édition, Bordeaux, 2015, 454 p.
- Serge GUINCHARD, Thierry DEBARD, Lexique des termes juridiques 2017-2018, Dalloz, Paris, 25ème édition, 1199 p.
- Anne LAUDE, Bertrand MATHIEU, Didier TABUTEAU, *Droit de la santé*, Paris, Puf, 3ème édition, 2007, 728 p.
- Gérard MÉMETEAU, Marion GIRER, *Cours de droit médical*, Bordeaux, Les études hospitalières, 5ème édition, 2016, 854p.
- Marie-Laure MOQUET-ANGER, *Droit hospitalier*, Issy-les-Moulineaux, LGDJ, 4ème édition, 528 p.
- François TERRÉ, Philippe SIMLER et Yves LEQUETTE, *Droit des obligations*, Dalloz, 11ème édition, 2013, 1594 p.
- Didier TRUCHET, *Droit de la santé publique*, Paris, Dalloz, 9ème édition, 2017, 320 p.

- Ouvrages spéciaux -

- Antoine LECA, Thibault GONGGRYP, L. SAINT-PIERRE, *La psychiatrie est-elle soluble dans le droit médical?* , Bordeaux, Les cahiers de droit de la santé du Sud-Est, juridiques, historiques et prospectifs, Les études hospitalières, n°6, 2006.

- Articles juridiques -

- Marlène ABONDO, Renaud BOUVET, Mariannick LE GUEUT, « Isolement et contention en psychiatrie : quels fondements juridiques? », Revue Droit et santé, n°62, p.1626

- Emmanuelle ALLAIN, « Traitements inhumains et dégradants : la France peut mieux faire », AJ Pénal, 2012, p.246
- Valérie AVENA-ROBARDET, « La loi relative aux soins psychiatriques », AJ Famille, Dalloz, 2011, p. 345
- Xavier BIOY, « Le concept de dignité », RFDA, 2009, p.397
- Cécile CASTAING, « La volonté des personnes admises en soins psychiatriques sans consentement, Quel droit pour quel juge? », AJDA, Dalloz, 2013, p.153
- Magali CODELFY, Sarah FERNANDES et David LAPALUS, « Les soins sans consentement en psychiatrie : bilan après quatre années de mise en œuvre de la loi du 5 juillet 2011 »
- Thierry CORNAVIN, « Théorie des droits de l'homme et progrès de la biologie », Puf, coll. « Droits », n°2, 1985, p.100
- Benoît EYRAUD, Livia VELPRY, « La liberté d'aller et venir comme révélateur du tournant juridique des régulations du soins en santé mentale », RDSS, Dalloz, 2015, p.951
- Florence FABERON, « Santé mentale et liberté d'aller et venir, RDSS, Dalloz, 2016, p.793
- Guillaume GLÉNARD, « La dignité de la personne humaine : un ordre de valeurs? », RDFA, Dalloz, 2015, p.869
- Sophie GUIGUE, « L'incompétence du juge administratif en matière d'injonction de non administration sous la contrainte d'un traitement à une personne faisant l'objet de soins psychiatriques », Revue droit et santé n°50, 2013, p.735
- Sophie GUIGUE, « La capacité à consentir au traitement d'une personne faisant l'objet de soins psychiatriques sans consentement », Revue droit et santé n°51, 2013, p.122
- Thierry HASSLER, Vincent LAPP « Droit à la dignité : le retour! » Petites Affiches, 1997, n°14, p.12
- Mireille HEERS, « Compatibilité de l'hospitalisation d'office avec la Convention européenne des droits de l'homme », RDSS, Dalloz, 1999, p.112
- Mathieu HOUSER, « Protéger la vie et la dignité de la personne humaine : une obligation source de responsabilité pour l'Etat », RDSS, 2013, p.671
- Benoît JORION, « La dignité de la personne humaine ou la difficile insertion d'une règle morale dans le droit positif », RDP, 1999, p. 198
- Delphine LEGOHÉREL, « Procédure de contrôle de plein droit en cas d'hospitalisation complète sans consentement », Recueil Dalloz, 2015, p.1549

- Cécile MANAOUIL, « Le secret partagé entre professionnels depuis la loi santé du 26 janvier 2016 », RGDM, n°61, décembre 2016, p. 53
- Bertrand MATHIEU, « Pour une reconnaissance de principes matriciels en matière de protection constitutionnelle des droits de l'homme », D.1995, chr. p.221 et s.
- Marie-Laure MOQUET-ANGER, « Existe-t-il une mise en oeuvre spécifique des droits des patients? », RDSS 2014, p. 79
- Marie-Laure MOQUET-ANGER, « La dignité et le droit de la santé », RFDA, Dalloz, 2015, p.1075
- Claire NEIRINCK « La dignité humaine ou le mauvais usage juridique d'une notion philosophique », Ethique, Droit et Dignité de la personne, p.39
- Jean-Marc PANFILI, « Les traitements médicamenteux forcés en soins psychiatriques sans consentement et le risque d'atteinte à la dignité », Revue droit et santé, n°58, mars 2014
- Annabelle PENA, « Internement psychiatrique, liberté individuelle et dualisme juridictionnel : la nouvelle donne », RFDA, 2011, p. 951
- Anne PONSEILLE, « Le droit de la personne malade au respect de sa dignité », Revue Générale de Droit Médical, n°11, 2003, p.159
- Diane POUPEAU, « Les droits des personnes privées de liberté reculent, Dalloz actualité, mars 2017
- Olivier RENAUDIE, « Conseil constitutionnel : liberté d'aller et venir et protection des personnes souffrant de troubles mentaux », RDSS, Dalloz, 2015, p.963
- Guillaume ROUSSET, « Le droit à l'information et l'usager du patient depuis les lois des 2 janvier et 4 mars 2002 », RDSS 2012, p. 431
- Virginie SAINT-JAMES, « Réflexions sur la dignité de l'être humain en tant que concept en droit juridique français », Recueil Dalloz, 1997, p.61
- Edouard VERNY, « La notion du secret professionnel », RDSS, 2015, p.395
- Paul VÉRON, « Prise en charge psychiatrique * Isolement * Contention * Liberté fondamentale * Bien-fondé de la mesure * Charge de la preuve, Observations sous Cour d'appel de Versailles, 24 octobre 2016, n°16/07393 », RDSS, 2017, p.175

- Répertoire -

- Répertoire de droit civil, Dalloz
- Répertoire de droit pénal et de procédure pénale, Dalloz

- Autre -

- Avis n°58 du Comité Consultatif National d'Ethique, 12 juin 1998
- Dictionnaire permanent, Les Éditions législatives
- HAS, Isolement en psychiatrie générale, Synthèse de la recommandation de bonne pratique, février 2017
- HAS, Contention mécanique en psychiatrie générale, Synthèse de la recommandation de bonne pratique, février 2017
- Loi Fondamentale pour la République fédérale d'Allemagne, traduite par Christian AUTEXIER, Michel FROMONT, Constance GREWE, Olivier JOUANJAN.