

## **L'effectivité des voies de recours en psychiatrie**

# L'effectivité des voies de recours en psychiatrie

**Le Contrôleur général des lieux  
de privation de liberté**

**CGLPL**  
CONTRÔLEUR | GÉNÉRAL  
DES | LIEUX | DE  
PRIVATION | DE | LIBERTÉ

**Lefebvre Dalloz**

DA|LOZ



Le pictogramme qui figure ci-contre mérite une explication. Son objet est d'alerter le lecteur sur la menace que représente pour l'avenir de l'écrit, particulièrement dans le domaine de l'édition technique et universitaire, le développement massif du photocopillage.

Le Code de la propriété intellectuelle du 1<sup>er</sup> juillet 1992 interdit en effet expressément la photocopie à usage collectif sans autorisation des ayants droit. Or, cette pratique s'est généralisée dans les établissements d'enseignement supérieur, provoquant une baisse brutale des achats de livres et de revues, au point que la possibilité même pour les auteurs de créer des œuvres nouvelles et de les faire éditer correctement est aujourd'hui menacée.

Nous rappelons donc que toute reproduction, partielle ou totale, de la présente publication est interdite sans autorisation de l'auteur, de son éditeur ou du Centre français d'exploitation du droit de copie (CFC, 18, rue du Quatre-Septembre, 75002 Paris).

# DALLOZ

Éditions Dalloz - Tour Lefebvre Dalloz - 10, place des Vosges - CS90358 - 92072 Paris La Défense Cedex

Le Code de la propriété intellectuelle n'autorisant aux termes de l'article L.122-5, 2<sup>e</sup> et 3<sup>a</sup>), d'une part, que les copies ou reproductions « strictement réservées à l'usage privé du copiste et non destinées à une utilisation collective » et d'autre part, que les analyses et courtes citations dans un but d'exemple et d'illustration, « toute représentation ou reproduction intégrale ou partielle faite sans le consentement de l'auteur ou ses ayants droit ou ayants cause est illicite » (art. L. 122-4).

Cette représentation ou reproduction, tout comme le fait de la stocker ou de la transmettre sur quelque support que ce soit, par quelque procédé que ce soit, constituerait donc une contrefaçon sanctionnée pénalement par les articles L. 335-2 et suivants du Code de la propriété intellectuelle.

© ÉDITIONS DALLOZ – 2025  
ISBN 978-2-247-24109-5

# À propos de l'auteur

Le Contrôleur général des lieux de privation de liberté (CGLPL) est une autorité administrative indépendante créée par la loi du 30 octobre 2007 à la suite de l'adoption par la France du protocole facultatif à la Convention des Nations Unies contre la torture et autres peines ou traitements cruels, inhumains ou dégradants. Le CGLPL a concrètement débuté son activité le 13 juin 2008. Dominique Simonnot a été nommée le 14 octobre 2020 pour un mandat de six ans non renouvelable.

Le Contrôleur général a pour mission de veiller à la protection de l'ensemble des droits fondamentaux des personnes privées de liberté, qu'elles soient en prison, en garde à vue, dans un établissement de santé mentale, en centre de rétention pour étrangers, dans les geôles d'un tribunal, en centre éducatif fermé pour mineurs ou dans tout autre lieu dans lequel des personnes sont enfermées par la décision d'un juge ou d'une autorité administrative.

Le CGLPL s'assure ainsi que les droits à la vie, à l'intégrité physique et psychique ou à ne pas être soumis à un traitement inhumain ou dégradant sont respectés. Il lui revient également de veiller à un juste équilibre entre le respect des droits fondamentaux des personnes et les considérations d'ordre public et de sécurité, notamment en matière de droit à la vie privée et familiale, au travail et à la formation, d'accès aux soins, ainsi qu'à la

VI

liberté d'expression, de conscience et de pensée. De même sont examinées les conditions de travail du personnel et des intervenants car ces dernières peuvent avoir des conséquences directes sur le traitement des personnes privées de liberté.

Le CGLPL peut visiter, à tout moment, tout lieu du territoire français où des personnes sont enfermées pour vérifier les conditions de vie des personnes privées de liberté et enquêter sur l'état, l'organisation et le fonctionnement de l'établissement. Les contrôleurs ont libre accès à l'ensemble des locaux et peuvent s'entretenir de manière confidentielle avec les personnes privées de liberté ainsi qu'avec le personnel et tout intervenant.

Dans le cadre de sa mission, le CGLPL formule des recommandations aux autorités publiques. Outre les rapports publiés à l'issue de chaque visite d'établissement, le Contrôleur général peut décider de publier au *Journal officiel* des recommandations spécifiques à un ou plusieurs établissements ainsi que des avis généraux sur une problématique transversale. L'ensemble de ces documents est disponible sur le site internet de l'institution ([www.cglpl.fr](http://www.cglpl.fr)).

Enfin, le CGLPL peut être saisi par toute personne physique (et les personnes morales qui ont pour objet les droits de l'homme) ; il traite les signalements directement envoyés par les personnes privées de liberté ou leurs proches en vérifiant les situations relatées et en menant des investigations, sur place si nécessaire, pour tenter d'apporter une réponse aux problèmes soulevés mais aussi pour identifier d'éventuels dysfonctionnements et, le cas échéant, proposer des recommandations pour prévenir toute nouvelle violation d'un droit fondamental.

Contrôleur général des lieux de privation de liberté  
12 rue Henri Rol-Tanguy  
CS 30026  
93109 Montreuil Cedex

# Introduction

En France, en 2022, 285 947 personnes majeures ont été hospitalisées à temps plein en psychiatrie, dont 76 000 sans leur consentement <sup>1</sup>. D'après l'Institut de recherche et de documentation en économie de la santé (IRDES), le recours à ces soins est en hausse entre 2012 et 2021, malgré un infléchissement depuis 2015 <sup>2</sup>.

De même que les programmes de soins, l'hospitalisation sans consentement constitue, depuis la loi n° 2011-803 du 5 juillet 2011 relative aux droits et à la protection des personnes faisant l'objet de soins psychiatriques, « une dérogation au principe des soins libres et une exception à l'obligation pour tout médecin d'obtenir le consentement du patient avant un acte médical ou la dispensation de traitement : la possibilité d'y recourir est nécessairement limitée par les textes <sup>3</sup> ». Ces soins sont dispensés sur le fondement d'une décision administrative, elle-même conditionnée

---

1. IRDES, « Isolement et contention en psychiatrie en 2022 : un panorama inédit de la population concernée et des disparités d'usage entre établissements », Questions d'économie de la santé, février 2024.

2. IRDES, « Les soins sans consentement et les pratiques privatives de liberté en psychiatrie : un objectif de réduction qui reste à atteindre », Questions d'économie de la santé, juin 2022.

3. Sophie Théron, *Dictionnaire de droit de la santé mentale et de la psychiatrie*, LEH éditions, 2023, p. 218.

VIII

à la production d'un ou plusieurs certificats attestant de leur nécessité. Ils peuvent résulter d'une décision du directeur d'un établissement de santé (notamment à la demande d'un tiers) ou du représentant de l'État. Ils peuvent aussi résulter d'une décision de l'autorité judiciaire en cas de déclaration d'irresponsabilité pénale pour cause de trouble mental.

Une personne hospitalisée sans son consentement peut faire l'objet, au sein de la mesure privative de liberté que constitue l'hospitalisation sans consentement, de deux autres types de mesures privatives de liberté, une mesure d'isolement et une mesure de contention mécanique. L'isolement, qui consiste à placer la personne hospitalisée dans une chambre fermée <sup>1</sup>, est défini par la Haute autorité de santé (HAS) dans ses recommandations de bonnes pratiques comme un placement du patient à visée de protection, lors d'une phase critique de sa prise en charge thérapeutique, dans un espace dont il ne peut sortir librement et qui est séparé des autres patients. L'isolement ne peut se dérouler que dans un lieu dédié et adapté <sup>2</sup>. La contention mécanique consiste à immobiliser le patient, selon la HAS, par 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 patient dont le comportement présente un risque grave pour son intégrité ou celle d'autrui. Elle ne peut être décidée que dans le cadre d'un isolement.

Ces mesures ne sont pas nécessairement mises en œuvre lors d'une hospitalisation sans consentement. Parmi les personnes hospitalisées sans consentement, 37 % seraient concernées par un isolement et 11 % par une contention mécanique <sup>3</sup>.

---

1. Cons. const. 19 juin 2020, décis. n° 2020-844 QPC.

2. HAS, « Isolement et contention en psychiatrie générale », recommandations de bonne pratique, février 2017.

3. IRDES, mars 2024.

Le contrôle des mesures d'hospitalisation sans consentement ressort intégralement de la compétence du juge judiciaire depuis la loi n° 2011-803 du 5 juillet 2011, adoptée à la suite de la décision de la Cour européenne des droits de l'homme (CEDH) du 18 novembre 2010 *Baudouin contre France*<sup>1</sup> et de deux décisions du Conseil constitutionnel des 26 novembre 2010 et 9 juin 2011<sup>2</sup>. Les mesures d'isolement et de contention, qui ne faisaient jusqu'alors l'objet d'aucun contrôle juridictionnel systématique, y sont quant à elles soumises, au-delà d'une certaine durée, depuis la loi n° 2022-46 du 22 janvier 2022 renforçant les outils de gestion de la crise sanitaire et modifiant le code de la santé publique (CSP)<sup>3</sup>, également à la suite de plusieurs décisions du Conseil constitutionnel.

Ce contrôle, assuré par le juge judiciaire<sup>4</sup> ne porte en revanche pas sur la contention chimique, c'est-à-dire l'administration de médicaments sédatifs, en situation de crise, afin de restreindre l'excitation psychique ou motrice. Toutefois, s'agissant de ces médications sédatives, et comme dans son précédent rapport consacré à l'isolement et à la contention dans les établissements de santé mentale, le CGLPL recommande que lorsque de tels moyens sont utilisés, ils soient assortis des mêmes exigences de traçabilité que les autres mesures de contention<sup>5</sup>.

---

1. CEDH 18 novembre 2010, *Baudouin c/ France*, n° 35935/03.

2. Décision du Conseil constitutionnel n° 2010-71 QPC du 26 novembre 2010 ; n° 2011-135/140 QPC du 9 juin 2011.

3. L'article 17 de cette loi impose aux établissements une saisine systématique du juge au-delà d'une certaine durée d'isolement (72 heures) et de contention (48 heures).

4. Alors qu'il était dévolu au seul juge des libertés et de la détention jusqu'au 1<sup>er</sup> septembre 2024, l'article 44 de la loi n° 2023-1059 du 20 novembre 2023 d'orientation et de programmation du ministère de la justice 2023-2027 transfère des compétences civiles du juge des libertés et de la détention au profit du magistrat du siège du tribunal judiciaire.

5. CGLPL, *Isolement et contention dans les établissements de santé mentale*, Dalloz, 2016.



X

Lors de ses visites d'établissements hospitaliers, le CGLPL constate de nombreuses atteintes aux droits des patients, en particulier concernant leur liberté d'aller et de venir et le recours à des mesures d'isolement et de contention hors du cadre strict défini par le code de la santé publique. La lenteur dans la prise en compte de ses recommandations par les établissements le conduit, face à certains constats récurrents, à réitérer certaines d'entre elles.

Certains des dysfonctionnements à l'origine de ces atteintes s'expliquent, au moins en partie, par la crise que traverse aujourd'hui la psychiatrie française s'agissant tant de conditions d'accès dégradées, de la pénurie de moyens et ou encore d'inégalités territoriales marquées <sup>1</sup>. Le *Rapport d'activité 2024* du CGLPL souligne ainsi, à nouveau, les difficultés que rencontrent les hôpitaux pour recruter du personnel médical et paramédical <sup>2</sup>.

Dans un tel contexte, la question de l'effectivité du contrôle du juge sur les décisions de prise en charge des patients en hospitalisation sans consentement, et sur les mesures prises dans le cadre de cette hospitalisation, est essentielle.

Ce rapport est l'occasion de procéder à un bilan de ce contrôle et de son efficacité, quelques années après les réformes législatives imposant un contrôle juridictionnel systématique des mesures d'isolement et de contention dépassant une certaine durée. Il est également l'occasion de se pencher sur les autres voies contentieuses permettant l'amélioration de la situation des patients hospitalisés sans consentement et du respect de leurs droits, étant précisé que le recours contentieux, qu'il porte sur la

---

1. Avis n° 147 du comité consultatif national d'éthique pour les sciences de la vie et de la santé : « enjeux éthiques relatifs à la crise de la psychiatrie : une alerte du CCNE », janvier 2025 ; voir également A. Consoli, S. Crozier, F. Gzil, L. Bacquet, J.-F. Delfraissy, « Crise de la psychiatrie en France : enjeux éthiques et urgence d'une réponse », *Les tribunes de la santé* n° 83, hiver 2025.

2. CGLPL, *Rapport d'activité 2024*, Dalloz, qui souligne notamment que « dans 20 des 30 établissements de santé mentale contrôlés en 2024 le nombre de psychiatres était inférieur aux effectifs prévus, les postes d'infirmiers non pourvus se comptent par dizaines ».

contestation devant le juge judiciaire des décisions d'hospitalisation sans consentement et des mesures d'isolement ou de contention ou d'autres litiges, ne saurait constituer l'unique réponse au besoin de protection des droits des patients hospitalisés sans leur consentement.

Il prend appui sur une analyse de la jurisprudence de la Cour de cassation, du Conseil d'État et de la Cour européenne des droits de l'homme, ainsi que sur l'analyse de décisions rendues au fond par le juge administratif et le juge judiciaire. Il repose également sur de nombreux entretiens conduits avec des juges des deux ordres de juridiction, des avocats, des représentants de familles de patients, des psychiatres, des représentants de directions centrales compétentes en matière de santé (DGOS, DSS, DAJ <sup>1</sup>) et de justice (DACS, DSJ <sup>2</sup>), des membres de l'association des établissements du service public de santé mentale, de l'Association nationale des psychiatres présidents et vice-présidents de commissions médicales d'établissement des centres hospitaliers (ANPCME), des représentants d'agences régionales de santé (ARS), d'un représentant de la Haute autorité de santé, du délégué ministériel à la santé mentale et ses équipes, des membres du Centre collaborateur de l'Organisation mondiale de la santé (OMS) pour la recherche et la formation en santé mentale et des membres de services juridiques d'établissements hospitaliers. Ils ont toutes et tous consacré un temps important à ces entretiens : qu'ils en soient ici chaleureusement remerciés.

Ce rapport présente les voies de contrôle juridictionnel prévues par le droit au bénéfice des patients placés en soins sans consentement ou objets de mesures d'isolement et de contention (chapitre 1), dresse un bilan de leurs effets sur les droits des patients (chapitre 2) et propose diverses pistes d'évolution pour renforcer ces effets (chapitre 3).

---

1. Direction générale de l'offre de soins, direction de la sécurité sociale, direction des affaires juridiques.

2. Direction des affaires civiles et du sceau, direction des services judiciaires.

# Chapitre 1

## Les contrôles juridictionnels en psychiatrie

### Section 1

#### **Le contrôle juridictionnel des mesures d'hospitalisation sans consentement est désormais stabilisé**

La loi du 30 juin 1838 dite « loi Esquirol », si elle est fondée sur une logique asilaire, consacre le régime médico-administratif au fondement du système actuel de l'hospitalisation sans consentement. Elle rend obligatoire l'institution d'un établissement public psychiatrique dans chaque département et définit deux types de « placement » (d'office, par le préfet, ou « volontaire », en réalité sur demande d'un tiers), prévoit la production de deux certificats médicaux à la suite du placement « volontaire » (à vingt-quatre heures et à quinze jours) et la possibilité d'un recours auprès de l'autorité judiciaire.

Ce n'est qu'avec la loi n° 90-527 du 27 juin 1990 relative aux droits et à la protection des personnes hospitalisées en raison de troubles mentaux et à leurs conditions d'hospitalisation, dite « loi Evin », que cette législation évolue et qu'est posé le principe de l'hospitalisation libre pour les patients souffrant de troubles psychiatriques, l'hospitalisation sans consentement constituant l'exception. Cette loi consacre un certain nombre de droits pour les patients hospitalisés sans leur consentement et introduit

de nouvelles garanties ; elle crée les commissions départementales de l'hospitalisation psychiatrique afin d'améliorer le contrôle des conditions d'hospitalisation et permet au patient hospitalisé sans son consentement et à ses proches de saisir le juge judiciaire en référé pour qu'il mette fin à la mesure.

À la suite d'un arrêt rendu en 2010 par la Cour européenne des droits de l'homme <sup>1</sup> et de deux décisions QPC <sup>2</sup> de 2010 et 2011 du Conseil constitutionnel, la loi n° 2011-803 du 5 juillet 2011 relative aux droits des personnes faisant l'objet de soins psychiatriques et aux modalités de leur prise en charge a créé un bloc de compétences unifié au profit du juge judiciaire, désormais chargé de contrôler non plus seulement le bien-fondé mais également la régularité de la mesure. Elle a également instauré un contrôle juridictionnel systématique des mesures d'hospitalisation sans consentement à deux échéances : quinze jours après l'admission <sup>3</sup> puis tous les six mois.

## I – La décision de soins sans consentement (SSC)

Les soins psychiatriques sans consentement peuvent prendre la forme d'une hospitalisation complète au sein d'un établissement autorisé en psychiatrie ou celle d'un programme de soins à l'extérieur de l'hôpital, pouvant comporter des soins ambulatoires, des soins à domicile et des hospitalisations à temps partiel ou de courtes durées dans un établissement autorisé en psychiatrie (articles L. 3211-2-1 et L. 3222-1 du CSP).

---

1. CEDH 18 novembre 2010, *Baudouin c/ France*, n° 35935/03. Par cet arrêt, la CEDH juge que la dualité du contentieux de la mesure d'hospitalisation d'office, devant le juge administratif s'agissant de la régularité de la mesure, et devant le juge judiciaire s'agissant de son bien-fondé, méconnaît les exigences de l'article 5 § 4 de la Convention en ce qu'elle ne permet pas à l'intéressé d'obtenir, à bref délai, une décision juridictionnelle concernant la régularité de sa détention et mettant fin à la privation de sa liberté si elle se révèle illégale.

2. Question prioritaire de constitutionnalité.

3. Délai ramené à douze jours en 2016.

L'hospitalisation complète constitue une mesure privative de liberté au sens de l'article 66 de la Constitution, tandis que le programme de soins est une mesure restrictive de liberté, dès lors qu'aucune mesure de contrainte ne peut être mise en œuvre à l'égard d'un patient pris en charge selon cette modalité (article L. 3211-2-1, III du CSP)<sup>1</sup>. Les programmes de soins ne sont dès lors pas soumis au contrôle du juge et le CGLPL n'en connaît qu'à l'occasion d'éventuelles périodes d'hospitalisation.

Le directeur de l'établissement ne peut prendre une telle décision qu'aux conditions cumulatives suivantes : les troubles mentaux présentés par la personne rendent impossible son consentement aux soins et son état mental impose des soins immédiats, assortis soit d'une surveillance médicale constante justifiant une hospitalisation complète, soit d'une surveillance régulière justifiant un programme de soins (article L. 3212-1, I du CSP).

Le directeur peut prendre la décision d'hospitalisation complète à la demande d'un tiers (membre de la famille, ou représentant légal, le plus souvent). Dans ce cas, deux certificats médicaux circonstanciés dont l'un d'un médecin extérieur à l'établissement d'accueil sont nécessaires. On parle de soins à la demande d'un tiers (SDT). En cas d'urgence, lorsqu'il existe un risque grave d'atteinte à l'intégrité du patient, le directeur peut, à titre exceptionnel, prononcer à la demande d'un tiers l'admission en soins psychiatriques au vu d'un seul certificat médical qui peut émaner d'un médecin exerçant dans l'établissement. On parle alors de soins à la demande d'un tiers en urgence (SDTU).

---

1. Le commentaire aux *Cahiers du Conseil constitutionnel* sous la décision n° 2012-235 QPC du 20 avril 2012 précise ainsi que « l'obligation de soins ne constitue pas une privation de la liberté individuelle. Elle implique seulement une restriction apportée à la liberté personnelle. Ces soins sans hospitalisation complète ne requièrent donc pas les mêmes garanties que l'hospitalisation complète qui est mise en œuvre, le cas échéant, par la contrainte physique. »

Lorsqu'il n'est pas possible de recourir à un tiers pour prononcer une telle décision, le directeur peut la prononcer en cas de péril imminent pour la santé du patient, dès lors qu'il dispose d'un unique certificat médical circonstancié constatant l'état mental, les caractéristiques de la maladie du patient et la nécessité qu'il reçoive des soins, établi par un médecin n'exerçant pas dans l'établissement d'accueil. Il s'agit de soins psychiatriques pour péril imminent (SPPI).

Le directeur de l'établissement doit prononcer la levée de la mesure lorsque celle-ci est demandée par la commission départementale des soins psychiatriques ou – très rarement – par le tiers ayant demandé l'admission (article L. 3212-9 du CSP) ; en cas de désaccord, le juge tranchera sur le fondement de l'article L. 3211-12 du CSP sans que cette décision n'interdise une admission au motif d'un péril imminent, si les conditions sont remplies (Cass., 1<sup>re</sup> Civ., 10 févr. 2021, n° 19-25.224, publié).

Le représentant de l'État ne peut prendre un arrêté d'admission en soins psychiatriques sans consentement qu'aux conditions cumulatives suivantes : le malade présente des troubles mentaux nécessitant des soins, et ces troubles mentaux compromettent la sûreté des personnes ou portent atteinte, de façon grave, à l'ordre public. L'arrêté préfectoral est motivé et énonce avec précision les circonstances qui ont rendu l'admission nécessaire (article L. 3213-1 du CSP). On parle de soins sur décision du représentant de l'État (SDRE).

Le préfet peut prononcer une telle décision au vu d'un unique certificat médical circonstancié, dont l'auteur ne doit pas être un psychiatre exerçant dans l'établissement d'accueil. Le certificat peut donc être rédigé par un médecin, non-psychiatre, exerçant dans l'établissement d'accueil ou par un médecin extérieur à celui-ci, qu'il soit ou non psychiatre (Cass., 1<sup>re</sup> Civ., 15 juin 2017, n° 17-50.006, publié).

En outre, en cas de danger imminent pour la sûreté des personnes, attesté par un avis médical, le maire et, à Paris, les commissaires de police, arrêtent, à l'égard des personnes dont le

comportement révèle des troubles mentaux manifestes, toutes les mesures provisoires nécessaires, à charge d'en référer dans les vingt-quatre heures au préfet qui statue sans délai et prononce, s'il y a lieu, un arrêté d'admission en SDRE. À défaut, ces mesures provisoires sont caduques au terme d'une durée de quarante-huit heures (article L. 3213-2 du CSP).

Le préfet peut également décider une mesure de SDRE si un patient admis en SDT compromet la sûreté des personnes ou présente un risque de trouble à l'ordre public (article L. 3213-6 du CSP) ainsi qu'en cas de levée de la décision du directeur d'établissement (article L. 3212-9 du CSP).

Lorsqu'elles estiment que l'état mental d'une personne mise en cause dans le cadre d'une procédure pénale et ayant bénéficié d'un classement sans suite ou d'une décision d'irresponsabilité pénale ou d'un jugement ou arrêt de déclaration d'irresponsabilité pénale nécessite des soins et compromet la sûreté des personnes ou porte atteinte de façon grave à l'ordre public, les autorités judiciaires avisent immédiatement la commission départementale des soins psychiatriques et le préfet qui, au vu d'un certificat médical circonstancié, peut prononcer une mesure de SDRE (article L. 3213-7 du CSP).

Enfin, lorsqu'une personne détenue nécessite des soins immédiats assortis d'une surveillance constante en milieu hospitalier en raison de troubles mentaux rendant impossible son consentement et constituant un danger pour elle-même ou pour autrui, le préfet, au vu d'un certificat médical circonstancié, peut également prononcer une mesure de SDRE (articles L. 3214-1 et L. 3214-3 du CSP).

Une chambre de l'instruction ou une juridiction qui prononce une déclaration d'irresponsabilité pénale pour cause de trouble mental, peut prendre une décision motivée d'admission en soins psychiatriques et en hospitalisation complète si les troubles mentaux de l'intéressé nécessitent des soins et compromettent la sûreté des personnes ou portent atteinte, de façon grave, à l'ordre public (article 706-135 du code de procédure pénale). Le régime de cette hospitalisation est celui des SDRE.

## **II – L'intervention du juge**

Selon des modalités définies à l'article L. 3211-12-1 du CSP, le juge contrôle systématiquement la mesure de soins psychiatriques sans consentement en hospitalisation complète<sup>1</sup>, avant l'expiration d'un délai de douze jours puis tous les six mois si le patient demeure en hospitalisation complète sans interruption. Le non-respect de ces délais entraîne la mainlevée de la mesure, sans qu'il soit nécessaire de démontrer un grief, sauf circonstances exceptionnelles. Le juge ordonne, s'il y a lieu, la mainlevée de la mesure d'hospitalisation complète et peut différer l'effet de cette décision d'un délai maximal de vingt-quatre heures afin qu'un programme de soins puisse, le cas échéant, être établi.

Il peut être saisi, à tout moment, d'une demande de mainlevée de soins psychiatriques sans consentement par la personne faisant l'objet de la mesure, ses proches, le tiers demandeur ou le procureur de la République (article L. 3211-12 du CSP).

Il statue dans un délai de douze jours à compter de la requête, délai porté à vingt-cinq jours s'il ordonne une expertise (article R. 3211-30 du CSP). La Cour de cassation juge, dans le silence des textes, que le non-respect du délai pour statuer est sanctionné par la mainlevée de la mesure<sup>2</sup>.

Le juge peut également se saisir d'office, à tout moment. Dans cette perspective, toute personne intéressée peut porter à sa connaissance les informations utiles sur la situation d'une personne faisant l'objet d'une mesure de soins psychiatriques sans consentement (article L. 3211-12 du CSP). Les textes ne prévoient pas dans ce cas de délai pour statuer.

---

1. Les programmes de soins sans consentement ne sont pas concernés par ce contrôle. Le juge judiciaire peut toutefois vérifier si la mesure litigieuse constitue une hospitalisation à temps partiel au sens de l'article R. 3211-1 du CSP ou une hospitalisation complète et requalifier, le cas échéant, la modalité de prise en charge retenue par l'établissement.

2. Cass., 1<sup>re</sup> Civ., 27 février 2013, n° 11-20.405, publié.



En vertu de l'article R. 3211-13 du CSP, le juge judiciaire tient une audience publique, à laquelle il convoque le requérant et son avocat s'il en a un, la personne qui fait l'objet de soins psychiatriques, ses éventuels représentants légaux et son avocat et, le cas échéant, l'autorité qui a prononcé la mesure. Le dossier peut être consulté au greffe de la juridiction ; la personne qui fait l'objet de soins psychiatriques, quand elle est hospitalisée, y a accès dans l'établissement.

Le patient est en principe entendu et obligatoirement assisté par un avocat choisi, désigné au titre de l'aide juridictionnelle ou commis d'office. Si des motifs médicaux font obstacle, dans son intérêt, à son audition, il est représenté par son avocat. La Cour de cassation a par exemple considéré qu'un risque majeur de fugue ne constitue pas à lui seul un motif médical (Cass., 1<sup>re</sup> Civ., 17 mars 2021, n° 19-23.567, publié). Elle juge par ailleurs qu'une dispense d'audition peut se justifier par une circonstance insurmontable, mais que l'éloignement géographique ne constitue pas, au cas d'espèce, une telle circonstance (Cass., 1<sup>re</sup> Civ., 12 octobre 2017, n° 17-18.040, publié).

Les constats du CGLPL révèlent cependant qu'en pratique, l'accès effectif des patients à cette audition par le juge est fréquemment restreint pour des motifs dépourvus de tout caractère médical. À titre d'exemple, lors de sa visite du centre de santé mentale Jean-Baptiste Pussin à Lens <sup>1</sup>, le CGLPL a constaté l'existence de certains certificats attestant l'incompatibilité de l'état de patients avec une comparution devant le juge, en raison d'un risque de fugue, alors qu'un tel motif ne peut être regardé comme un motif médical, engendrant ainsi un taux de présentation des patients devant le juge particulièrement faible (37 % pour les quatre établissements de santé mentale du ressort de la juridiction).

Enfin, l'ordonnance est théoriquement notifiée sur place aux parties présentes à l'audience ainsi qu'à l'avocat du patient et

---

1. CGLPL, *Rapport de visite du centre de santé mentale Jean-Baptiste Pussin à Lens*, janvier 2022.

notifiée par tout moyen aux autres parties et à l'administration. En pratique, la plupart des décisions sont mises en délibéré et notifiées ultérieurement par les soignants. Les parties et le ministère public peuvent faire appel dans les dix jours.

En principe, l'appel n'est pas suspensif, mais le ministère public peut demander que son appel contre une ordonnance de mainlevée de la mesure d'hospitalisation complète soit déclaré suspensif en cas de risque grave d'atteinte à l'intégrité du patient ou d'autrui. Dans ce cas, l'appel est formé dans un délai de six heures suivant la notification de l'ordonnance au ministère public. Le premier président de la cour d'appel statue alors sans délai et sans débat sur la demande d'effet suspensif, par une ordonnance motivée insusceptible de recours. Le patient est alors maintenu en hospitalisation complète jusqu'à ce que cette ordonnance soit rendue et, si elle donne un effet suspensif à l'appel, jusqu'à ce qu'il soit statué sur le fond. En principe, le premier président statue dans un délai de douze jours, ou de trois jours lorsqu'il a été donné un effet suspensif à l'appel.

### **III – La portée du contrôle**

#### **A – La régularité des mesures**

En application de l'article L. 3216-1 du CSP, la régularité des décisions administratives d'admission ou de maintien en soins psychiatriques sans consentement ne peut être contestée que devant le juge judiciaire. Si, à l'occasion de ce contrôle, le juge peut relever d'office un moyen tiré de l'irrégularité de la procédure, il n'est jamais tenu de le faire <sup>1</sup>.

Le même article dispose que l'irrégularité d'une mesure de soins sans consentement n'entraîne sa mainlevée que s'il en est résulté une atteinte aux droits de la personne qui en faisait l'objet.

---

1. Cass., 1<sup>re</sup> Civ., 5 mars 2020, n° 19-23.287, publié

Le juge du fond doit donc contrôler *in concreto* l'existence d'un grief ; si la Cour de cassation a jugé que l'existence ou l'absence d'une telle atteinte relève de l'appréciation souveraine des juges du fond <sup>1</sup>, elle contrôle l'effectivité de la recherche faite à ce titre. Ainsi le juge de cassation a-t-il annulé une décision écartant par principe toute atteinte aux droits du patient causée par l'irrégularité tenant au défaut d'information de la commission départementale des soins psychiatriques <sup>2</sup> ; elle considère que la méconnaissance de l'exigence d'extériorité du médecin auteur du certificat médical initial fait nécessairement grief dans le cadre d'une hospitalisation en raison d'un péril imminent <sup>3</sup> et apprécie de manière stricte ce critère d'extériorité <sup>4</sup>. Dans certains établissements visités par le CGLPL il a été constaté que les certificats médicaux ne sont horodatés qu'*a posteriori* afin de montrer un respect formel des délais légaux pour éviter une mainlevée.

Ces exigences peuvent se heurter à la réalité de la démographie médicale. Ainsi, à l'établissement public de santé mentale de Saône-et-Loire à Sevrey <sup>5</sup>, le CGLPL déplore les difficultés persistantes tenant à l'absence de médecin extérieur à l'hôpital pour établir un certificat dans le cadre d'une procédure de soins psychiatriques en péril imminent. De même, au centre hospitalier de la Haute-Marne <sup>6</sup>, le CGLPL a notamment relevé plusieurs ordonnances de placement provisoire de mineurs prises par le procureur de la République, sans avis médical circonstancié d'un

---

1. Cass., 1<sup>re</sup> Civ., 15 octobre 2020, n° 20-15.691, publié

2. Cass., 1<sup>re</sup> Civ., 18 janvier 2023, n° 21-21.370, publié.

3. Cass., 1<sup>re</sup> Civ., 5 décembre 2019, n° 19-22.930, publié.

4. Méconnaît ainsi la condition d'extériorité le certificat émanant du médecin d'une structure appartenant au même établissement public, en l'occurrence le GHU Paris Psychiatrie et Neurosciences, que le centre hospitalier d'accueil du patient (Cass., 1<sup>re</sup> Civ., 11 juillet 2019, n° 19-14.672, publié).

5. CGLPL, *Rapport de la deuxième visite de l'établissement public de santé mentale de Saône-et-Loire à Sevrey*, juin 2024.

6. CGLPL, *Rapport de la deuxième visite du centre hospitalier de la Haute-Marne à Saint-Dizier et Chaumont*, février 2024.

médecin extérieur à l'établissement, les certificats reposant sur l'avis d'un médecin psychiatre du centre hospitalier, méconnaissant ainsi les dispositions légales <sup>1</sup>.

En outre, dans certains établissements, tel que l'établissement public de santé mentale Georges Daumézon à Fleury-les-Aubrais <sup>2</sup>, les certificats médicaux des 72 heures ne sont pas horodatés, rendant ainsi impossible toute saisine du juge dans les délais.

Le juge peut contrôler la compétence de l'auteur d'une mesure de soins sans consentement, eu égard à la qualité de ce dernier ou à la délégation de signature dont il dispose ; la décision doit par exemple comporter sa signature ainsi que la mention lisible de ses nom, prénom et qualité, l'absence de ces mentions pouvant toutefois être suppléée par des éléments extrinsèques portés à la connaissance de l'intéressé <sup>3</sup>. À titre d'exemple, au centre hospitalier Henri Guérin de Pierrefeu-du-Var <sup>4</sup>, il a été constaté par le CGLPL qu'une dizaine de personnes, parmi le personnel médical, détenaient la délégation de signature des décisions d'hospitalisation en soins sans consentement à la demande d'un tiers, alors que celle-ci doit être strictement réservée aux membres de la direction.

Le fait que toute personne faisant l'objet de soins psychiatriques sans consentement est informée de la décision et de ses motifs, ainsi que de sa situation juridique, de ses droits, des voies de recours qui lui sont ouvertes et des garanties qui lui sont offertes <sup>5</sup>, est régulièrement contrôlé par le juge. La Cour de cassation se livre à un contrôle resserré sur le délai de cette information

1. Article 375-9 du code civil.

2. CGLPL, *Rapport de visite de l'établissement public de santé mentale du Loiret Georges Daumézon à Fleury-les-Aubrais*, février 2017.

3. Cass., 1<sup>re</sup> Civ., 18 juin 2014, n° 13-16.363.

4. CGLPL, *Rapport de visite du centre hospitalier Henri Guérin à Pierrefeu-du-Var*, juin 2023.

5. Article L. 3211-3 du CSP.

et les motifs qui justifient qu'elle soit différée <sup>1</sup>, sur l'information des proches <sup>2</sup> y compris sur la levée de la mesure <sup>3</sup>, sauf si cela résulte de la volonté du patient <sup>4</sup>.

Le CGLPL a régulièrement souligné que l'insuffisance de l'information concernant les motifs de l'admission ou du maintien en soins sans consentement grève la possibilité d'en contester le bien-fondé : par exemple au centre hospitalier Paul Brousse à Villejuif <sup>5</sup>, à l'hôpital Nord-Ouest Val-d'Oise (NOVO) à Beaumont-sur-Oise <sup>6</sup> ou à l'hôpital Marius Lacroix de La Rochelle <sup>7</sup>, aucune copie des certificats médicaux justifiant la privation de liberté au titre des soins n'est remise au patient, alors que les décisions, si elles visent les certificats médicaux, n'incluent pas les éléments cliniques qui les motivent.

Il arrive même parfois que les décisions ne soient pas laissées au patient et lui soient notifiées tardivement, de sorte qu'il reste plusieurs jours sans connaître les motifs de sa privation de liberté et sans pouvoir exercer de recours.

L'exigence de motivation de cette décision résulte de l'article R. 3211-12 du CSP <sup>8</sup> pour la décision du directeur

1. Cass., 1<sup>re</sup> Civ., 15 octobre 2020, n° 20-14.271, publié.

2. Article L. 3212-1 du CSP. Les proches sont plus précisément « la famille de la personne qui fait l'objet de soins et, le cas échéant, la personne chargée de la protection juridique de l'intéressé ou, à défaut, toute personne justifiant de l'existence de relations avec la personne malade antérieures à l'admission en soins et lui donnant qualité pour agir dans l'intérêt de celle-ci. »

3. Article L. 3213-9 du CSP.

4. Cass., 1<sup>re</sup> Civ., 26 octobre 2022, n° 20-23.333, publié.

5. CGLPL, *Rapport de visite du pôle de psychiatrie du centre hospitalier Paul Brousse à Villejuif*, septembre 2024.

6. CGLPL, *Rapport de visite du pôle de psychiatrie du groupe hospitalier Carnelle Portes de l'Oise à Beaumont-sur-Oise*, juin 2024.

7. CGLPL, *Rapport de la deuxième visite de l'hôpital Marius Lacroix – pôle de psychiatrie du groupe hospitalier de la Rochelle-Ré-Aunis*, janvier 2024.

8. « Sont communiqués au magistrat du siège du tribunal judiciaire afin qu'il statue : / 1° Quand l'admission en soins psychiatriques a été effectuée à la demande d'un tiers ou en cas de péril imminent, une copie de la décision d'admission motivée (...) ».

de l'établissement et de l'article L. 3213-1 du même code <sup>1</sup> pour la décision du représentant de l'État. La Cour de cassation juge que la motivation médicale de la décision doit être portée à la connaissance du patient <sup>2</sup>.

S'agissant d'une décision du représentant de l'État, la motivation doit également indiquer en quoi les troubles en question compromettent la sûreté des personnes ou portent atteinte, de façon grave, à l'ordre public, éléments n'ayant pas vocation à être inscrits dans les certificats médicaux. À ce titre, la cour d'appel de Paris <sup>3</sup> a déduit qu'un arrêté municipal qui ne mentionnait pas le moindre élément laissant à penser que l'intéressé était dangereux, ne précisait pas s'approprier le contenu du certificat médical et n'indiquait pas que l'avis de ce praticien était joint à la décision, était insuffisamment motivé et, partant, irrégulier.

La Cour de cassation <sup>4</sup> a en outre confirmé que pour satisfaire à l'exigence de motivation, l'arrêté préfectoral doit mettre en évidence que les troubles mentaux dont est atteint l'intéressé compromettent la sûreté des personnes ou portent atteinte de façon grave à l'ordre public.

## B – Le bien-fondé de la mesure

Il incombe au juge de vérifier que les conditions prévues par le code de la santé publique pour chaque décision d'hospitalisation complète sont satisfaites.

---

1. « Les arrêtés préfectoraux sont motivés et énoncent avec précision les circonstances qui ont rendu l'admission en soins nécessaire. »

2. Cass., 1<sup>re</sup> Civ., 10 février 2021, n° 19-25.224, publié et Cass., 1<sup>re</sup> Civ., 29 septembre 2021, n° 20-14.611, publié. Dans la continuité de la jurisprudence du Conseil d'État à cet égard (CE, 1/2 SSR, 9 novembre 2001, *M. Deslandes*, n° 235247, A : l'exigence de motivation peut être satisfaite en se référant au certificat médical circonstancié qui doit être nécessairement établi avant la décision préfectorale, à la condition de s'en approprier le contenu et de joindre ce certificat à la décision).

3. Paris 20 novembre 2019, RG n° 17/23086.

4. Cass., 1<sup>re</sup> Civ., 29 septembre 2021, n° 20-14.611, publié.

À ce titre, il contrôle l'existence des troubles mentaux et la nécessité de soins ou de maintien de l'hospitalisation qui en résulte ; il apprécie le bien-fondé de la mesure au regard des certificats médicaux qui lui sont communiqués, mais ne peut substituer son avis à celui du médecin dont les appréciations d'ordre purement médicales s'imposent à lui. Pour cette raison, la Cour de cassation censure le juge qui observe que les constatations médicales sont imprécises et en discordance avec les propos tenus à l'audience par l'intéressé, qui se dit prêt à voir un psychiatre <sup>1</sup>, celui qui dénature les certificats médicaux <sup>2</sup> ou qui se prononce sur le traitement et son adéquation à l'état de santé du patient <sup>3</sup>.

Ainsi, le contrôle de l'existence des troubles mentaux et de la nécessité des soins se réduit en pratique à un contrôle de l'existence du certificat médical, de sa motivation et de sa complétude au regard des textes.

S'agissant des décisions du représentant de l'État ou de l'autorité judiciaire, l'existence d'un risque pour la sûreté des personnes ou d'une atteinte grave à l'ordre public doit être contrôlée. Si la Cour de cassation exerce un contrôle de motivation à cet égard <sup>4</sup>, le juge du fond n'est pas tenu de reproduire les termes de l'article L. 3213-1 du CSP, la mention d'éléments médicaux et de circonstances matérielles caractérisant implicitement un tel risque ou atteinte <sup>5</sup>étant jugée suffisante. De même, en cas de SPPI <sup>6</sup>, la Cour de cassation juge également que l'ordonnance

---

1. Cass., 1<sup>re</sup> Civ., 27 septembre 2017, n° 16-22.544, publié.

2. Cass., 1<sup>re</sup> Civ., 13 septembre 2023, n° 22-17.513, publié.

3. Cass., 1<sup>re</sup> Civ., 15 novembre 2023, n° 23-14.928, publié.

4. Cass., 1<sup>re</sup> Civ., 18 mars 2015, n° 14-15.613, publié et Cass., 1<sup>re</sup> Civ., 7 juillet 2021, n° 19-25.718, publié, pour une décision du représentant de l'État et Cass., 1<sup>re</sup> Civ., 29 mars 2023, n° 22-11.302, pour une décision de l'autorité judiciaire.

5. Cass., 1<sup>re</sup> Civ., 10 février 2016, n° 14-29.521 ; Cass., 1<sup>re</sup> Civ., 14 juin 2019, n° 19-11.877.

6. Article L. 3212-3 du CSP.

peut faire ressortir ce risque grave d'atteinte à l'intégrité du patient par des éléments médicaux et des circonstances le caractérisant implicitement <sup>1</sup>.

## **C – Les pouvoirs du juge : mainlevée, mainlevée différée, annulation**

Le juge peut décider de prononcer la mainlevée ou, par décision motivée, la mainlevée différée, avec prise d'effet dans un délai maximal de vingt-quatre heures afin qu'un programme de soins puisse, le cas échéant, être établi ; la mesure d'hospitalisation complète prend alors fin dès l'établissement de ce programme ou à l'issue du délai ainsi défini <sup>2</sup>. Selon les données du ministère de la justice, sur l'ensemble des décisions statuant sur une demande concernant une mesure de soins sans consentement (hospitalisation complète ou non) prononcées en 2023, 7,4 % en ont prononcé la mainlevée. Ce pourcentage est de 10 % concernant les rares demandes de mainlevée d'une mesure d'hospitalisation complète formée par le patient ou par un proche agissant dans son intérêt, et de 7,3 % s'agissant des décisions rendues au titre du contrôle obligatoire périodique d'une mesure d'hospitalisation complète.

## **Section 2**

### **Le contrôle juridictionnel de l'isolement et de la contention, se met en place avec difficulté et reste peu opérant**

## **I – Le cadre juridique de l'isolement et de la contention**

Les mesures d'isolement et de contention, bien qu'anciennes dans la pratique des hôpitaux psychiatriques, n'ont fait l'objet d'un encadrement juridique qu'en 2016. La loi n° 2016-41 du

---

1. Cass., 1<sup>re</sup> Civ., 24 mai 2018, n° 17-20.668, publié.

2. Articles L. 3211-12, III et L. 3211-12-1, III du CSP.



26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé a créé un article L. 3222-5-1 du CSP qui qualifiait ces mesures de « pratiques de dernier recours » ne pouvant être mises en œuvre « que pour prévenir un dommage immédiat ou imminent pour le patient ou autrui, sur décision d'un psychiatre, prise pour une durée limitée » et devant « faire l'objet d'une surveillance stricte ». Cet article impose également à chaque établissement la tenue d'un registre des mesures d'isolement et de contention et l'établissement d'un rapport « rendant compte annuellement des pratiques d'isolement et de contention, de la politique de limitation du recours à ces pratiques et de l'évaluation de sa mise en œuvre ».

L'article L. 3222-5-1 du CSP définit, en son premier alinéa, les conditions et modalités de recours à l'isolement et à la contention : « L'isolement et la contention sont des pratiques de dernier recours et ne peuvent concerner que des patients en hospitalisation complète sans consentement. Il ne peut y être procédé que pour prévenir un dommage immédiat ou imminent pour le patient ou autrui, sur décision motivée d'un psychiatre et uniquement de manière adaptée, nécessaire et proportionnée au risque après évaluation du patient. Leur mise en œuvre doit faire l'objet d'une surveillance stricte, somatique et psychiatrique, confiée par l'établissement à des professionnels de santé désignés à cette fin et tracée dans le dossier médical. »

Lors de ses visites, le CGLPL constate pourtant régulièrement des pratiques méconnaissant certaines de ces dispositions voire, dans les cas les plus graves, l'ensemble des conditions ainsi définies. Il est en effet fréquent que des mesures d'isolement et de contention soient mises en œuvre sans recherche préalable de solutions alternatives et dans des conditions matérielles inadaptées. La décision d'y recourir n'est pas toujours prise par un psychiatre et les patients concernés ne bénéficient pas systématiquement de la surveillance requise. Enfin, nombre de ces mesures ne sont pas correctement tracées. À l'établissement

public de Saône-et-Loire à Sevrey<sup>1</sup>, par exemple, des mesures d'isolement ou de contention sont mises en œuvre en dehors du cadre juridique posé par l'article L. 3222-5-1 du CSP. Certains patients en soins libres, dont des mineurs, subissent des mesures d'isolement ou de contention, sans que leur statut ne change vers celui de soins sans consentement.

La configuration des chambres d'isolement dans de très nombreux établissements, et notamment à l'institut Camille Miret du centre hospitalier spécialisé Jean-Pierre Falret<sup>2</sup>, ne garantit ni la sécurité ni la dignité des patients isolés. Les patients isolés doivent ainsi bénéficier d'un accès libre et continu aux sanitaires, d'un dispositif d'appel accessible aussi lors d'un placement sous contention, d'une horloge horodatée visible en toutes circonstances, et d'une vue adaptée sur l'extérieur. La préservation de l'intimité des patients doit être garantie, ce que ne permet pas la vidéosurveillance. Le maintien, hors utilisation, du matériel de contention sur les lits est à proscrire.

Il est par ailleurs fréquent que des décisions initiales ou de renouvellement d'isolement ne soient pas prises par des médecins habilités. Au centre hospitalier de Gonesse<sup>3</sup>, l'établissement a mis en place un système de contournement de ces obligations légales sur le logiciel, désormais programmé pour permettre aux agents non-inscrits à l'ordre des médecins de prendre des décisions d'isolement et de contention. Il en est de même au centre hospitalier Gérard Marchant à Toulouse<sup>4</sup>, où, dans une unité, les mesures d'isolement et de contention sont renouvelées par un interne, un praticien associé ou par un médecin généraliste, sans validation par un psychiatre.

---

1. CGLPL, *Rapport de la deuxième visite de l'établissement public de santé mentale de Saône-et-Loire à Sevrey*, juin 2024.

2. CGLPL, *Rapport de la deuxième visite de l'Institut Camille Miret – Centre hospitalier spécialisé Jean-Pierre Falret à Leyme et Cahors*, mai 2024.

3. CGLPL, *Rapport de suivi des recommandations de la visite du pôle de psychiatrie du centre hospitalier de Gonesse*, février 2024.

4. CGLPL, *Rapport de la deuxième visite du centre hospitalier Gérard Marchant à Toulouse*, juillet 2024.

## II – L'intervention du juge

Le texte du législateur de 2016 a donné lieu à des recours portant sur l'absence de contrôle juridictionnel de l'isolement et de la contention.

Si la Cour de cassation a tout d'abord jugé, en 2019 et sous l'empire des dispositions de l'article L. 3216-1 du CSP<sup>1</sup>, que les mesures d'isolement et de contention prises dans le cadre d'une hospitalisation sans consentement constituaient des modalités de soins ne relevant pas du contrôle du juge judiciaire<sup>2</sup>, deux décisions successives du Conseil constitutionnel<sup>3</sup> ont ensuite contraint le législateur à instaurer un contrôle juridictionnel systématique de ces mesures au-delà d'une certaine durée.

Par une instruction du 29 mars 2022<sup>4</sup>, le ministre chargé de la santé précisait que « l'isolement et la contention peuvent être envisagés uniquement lorsque des mesures alternatives différenciées ont été déployées sans succès et que les troubles du comportement auto et/ou hétéroagressifs entraînent un danger important et imminent pour le patient ou pour autrui. / L'isolement et la contention constituent des mesures de protection du patient, de son entourage et de l'équipe pluriprofessionnelle. Ces mesures ne peuvent répondre en aucun cas à des impératifs d'ordre disciplinaire. [...] La motivation [de la décision d'isolement ou de contention] doit faire apparaître toutes les alternatives mises

---

1. Aux termes duquel « La régularité des décisions administratives prises en application des chapitres II à IV du présent titre ne peut être contestée que devant le juge judiciaire. »

2. Cass., 1<sup>re</sup> Civ., 21 novembre 2019, n° 19-20.513, publié ; Cass., avis, 3 février 2020, n° 19-70.020, publié.

3. Décision n° 2020-844 QPC du 19 juin 2020 et décision n° 2021-912/913/914 QPC du 4 juin 2021.

4. Instruction n° DGOS/R4/2022/85 du 29 mars 2022 relative au cadre juridique des mesures d'isolement et de contention en psychiatrie et à la politique de réduction du recours aux pratiques d'isolement et de contention.

en œuvre au préalable sans succès, démontrant que la décision médicale est prise en dernier recours » (p. 4).

Ainsi, l'article L. 3222-5-1 du CSP dispose que la mesure d'isolement est prise pour une durée maximale de 12 heures, renouvelable dans la limite d'une durée totale de 48 heures, avec deux évaluations par 24 heures, et que la mesure de contention est prise dans le cadre d'une mesure d'isolement pour une durée maximale de 6 heures, renouvelable dans la limite d'une durée totale de 24 heures, avec deux évaluations par 12 heures. Comme l'indique l'instruction ministérielle précitée, ces durées sont issues des recommandations de bonnes pratiques de la Haute autorité de santé (HAS) de mars 2017<sup>1</sup>.

Cet article prévoit, à titre exceptionnel, un renouvellement de ces mesures au-delà des durées totales de 48 heures pour l'isolement et 24 heures pour la contention avec :

- d'une part, lorsque ces durées de 48 et 24 heures sont dépassées, une information, par le directeur d'établissement, du juge, qui peut se saisir d'office pour y mettre fin, et par le médecin, d'au moins un membre de la famille du patient ;

- d'autre part, une saisine obligatoire et systématique, par le directeur d'établissement, du juge lorsque la mesure d'isolement excède 72 heures et lorsque la mesure de contention excède 48 heures. Le juge, saisi avant l'expiration de ces durées de 72 et 48 heures, statue alors dans un délai de 24 heures à compter de l'expiration de celles-ci.

Lorsque le juge a ordonné la mainlevée de la mesure, aucune nouvelle mesure ne peut être prise avant l'expiration d'un délai de 48 heures à compter de cette mainlevée, sauf survenance d'éléments nouveaux dans la situation du patient qui rendent impossibles d'autres modalités de prise en charge permettant d'assurer sa sécurité ou celle d'autrui.

---

1. *Isolement et contention en psychiatrie générale, Recommandations de bonnes pratiques*, 20 mars 2017, HAS.

Aux termes de l'article L. 3211-12-1, IV du CSP, lorsqu'il contrôle une mesure d'hospitalisation complète et qu'il n'en ordonne pas la mainlevée, le juge statue, le cas échéant, y compris d'office, sur le maintien de la mesure d'isolement ou de contention. Il ressort d'un avis et de la jurisprudence de la Cour de cassation que les mesures d'isolement et de contention présentent un caractère autonome à l'égard de la mesure de soins sans consentement. À ce titre, elles font l'objet d'un contrôle juridictionnel spécifique qui conduit, en cas d'irrégularité, au prononcé de leur mainlevée.

La procédure est décrite par les articles R. 3211-33-1 et suivants du CSP. Le juge peut se saisir d'office<sup>1</sup>, ou être saisi par le patient, ses proches ou le directeur de l'établissement.

Lorsqu'elle émane du directeur de l'établissement, la requête est adressée au magistrat du siège du tribunal judiciaire dans le ressort duquel se situe l'établissement d'accueil. Il informe le patient de la saisine et de son droit à être assisté ou représenté par un avocat. Il lui indique également qu'il peut demander à être entendu par le juge et recueille le cas échéant son acceptation ou son refus d'une audition par des moyens de télécommunication ; il l'informe enfin qu'il peut avoir accès aux pièces jointes à la requête. Le directeur communique le dossier au greffe dans un délai de six heures à compter de l'enregistrement de sa requête.

Lorsqu'elle émane du patient concerné par la mesure d'isolement ou de contention, la requête peut être déposée au secrétariat de l'établissement d'accueil ou formée par une déclaration verbale recueillie par le directeur de l'établissement qui établit un procès-verbal.

Lorsqu'elle n'émane pas du patient ou du directeur d'établissement, la requête est présentée dans les conditions prévues à l'article R. 3211-10 du CSP.

---

1. En application du II de l'article L. 3222-5-1 ou du dernier alinéa du I de l'article L. 3211-12 du CSP.

En vertu de l'article L. 3211-12-2, III du CSP, le juge statue sans audience selon une procédure écrite. Si le patient demande à être entendu, cette audition est de droit. Si des motifs médicaux font obstacle à son audition, il est représenté par un avocat choisi, désigné au titre de l'aide juridictionnelle ou commis d'office. L'audition du patient peut être réalisée par tout moyen de télécommunication audiovisuelle ou, en cas d'impossibilité avérée et sous certaines conditions, par communication téléphonique sous réserve qu'un avis médical atteste que son état mental n'y fait pas obstacle.

Le CGLPL constate toutefois une disparité de pratiques concernant ces auditions. Au centre hospitalier intercommunal de Fréjus-Saint-Raphaël <sup>1</sup> par exemple, les auditions du patient par le juge, même par téléphone, sont rares. Dans la majorité des cas, le médecin estime que le patient n'est pas en état d'être entendu et le juge statue sur dossier. De même à l'hôpital NOVO <sup>2</sup>, les certificats de non-audition sont fréquents et il est rare qu'un avocat intervienne dans le cadre de cette procédure. *A contrario* à l'établissement public de santé mentale de la Somme à Amiens <sup>3</sup>, les magistrats se rendent dans les unités dès lors que le patient indique qu'il souhaite les rencontrer et que son état le permet. Le juge des libertés et de la détention (JLD) tient par ailleurs ses audiences dans l'unité lorsqu'un patient ne peut lui être présenté dans la salle du tribunal. Au centre hospitalier Gérard Marchant à Toulouse <sup>4</sup> ou à l'établissement public de santé mentale de la Somme à Amiens, les magistrats se déplacent également dans l'unité pour les auditions les week-ends, tandis

---

1. CGLPL, *Rapport de visite du centre hospitalier intercommunal de Fréjus – Saint-Raphaël*, septembre 2024.

2. CGLPL, *Rapport de visite du pôle de psychiatrie du groupe hospitalier Carnelle Portes de l'Oise à Beaumont-sur-Oise*, juin 2024.

3. CGLPL, *Rapport de la deuxième visite de l'établissement public de santé mentale de la Somme à Amiens*, janvier 2024.

4. CGLPL, *Rapport de la deuxième visite du centre hospitalier Gérard Marchant à Toulouse*, juillet 2024.

que la semaine, l'audition du patient est faite par téléphone : le patient est ainsi amené dans la salle de visioconférence de son unité, s'entretient par téléphone avec son conseil puis immédiatement après avec le magistrat, le soignant restant derrière la porte pendant la durée de l'audition.

Le juge peut solliciter l'avis d'un autre psychiatre que celui à l'origine de la mesure, faculté dont il est très rarement fait usage, se rendre à tout moment sur place afin d'apprécier les conditions d'exécution de la mesure et consulter à tout moment le registre de l'isolement et de la contention (mentionné au III de l'article L. 3222-5-1).

Enfin, s'il l'estime nécessaire, le juge peut décider de tenir une audience. La procédure est orale et le patient est nécessairement assisté d'un avocat.

Le juge statue avant l'expiration du délai de 24 heures à compter du terme des durées de 72 heures pour l'isolement et 48 heures pour la contention. Toutefois, il peut statuer dans un délai de 24 heures à compter de sa saisine aux fins de mainlevée, lorsque ce délai expire au-delà de la 72<sup>e</sup> heure pour l'isolement et de la 48<sup>e</sup> heure pour la contention. La mesure est levée si le directeur de l'établissement n'a pas saisi le juge ou si le juge n'a pas statué dans les délais <sup>1</sup>.

### III – La portée du contrôle

Le droit étant récent, la Cour de cassation n'a rendu qu'un nombre réduit de décisions sur son application. On peut toutefois raisonner par analogie avec sa jurisprudence concernant les mesures d'hospitalisation complète s'agissant de l'étendue de son contrôle du bien-fondé des mesures en cause : si le juge doit examiner le bien-fondé de la mesure au regard des éléments médicaux, communiqués par les parties ou établis à sa demande, il ne

---

1. Article R. 3211-39 du CSP.

peut porter d'appréciation d'ordre médical <sup>1</sup>. Elle a cependant jugé que les dispositions de l'article R. 3211-33-1, III, 3°, du CSP, spécifiques à l'isolement et à la contention, dérogent aux règles générales applicables à la procédure en matière de soins psychiatriques sans consentement prévues à l'article R. 3211-12, 5°, b) du CSP et n'imposent pas que l'avis médical soit rédigé par un psychiatre ne participant pas à la prise en charge du patient <sup>2</sup>.

## **IV – Une réforme mise en place avec difficulté**

L'introduction de ce contrôle a pu contribuer à une évolution des pratiques, qui reste toutefois à objectiver.

Bien que nombre des interlocuteurs interrogés dans le cadre de l'élaboration du présent rapport se montrent très critiques quant au bilan coût / avantages du contrôle, rares sont ceux qui remettent en cause son principe même. Ils sont nombreux, à l'inverse, à insister sur la nécessaire stabilité de la norme, dont l'appropriation a été progressive et dont il s'agit désormais de tirer les bénéfices, malgré ses imperfections.

La généralisation du contrôle juridictionnel des mesures d'isolement et de contention a pu contribuer à mettre fin à certaines pratiques abusives, telles que le recours systématique à l'isolement lors de l'admission des patients ou aux mesures d'isolement et de contention à des fins punitives ou pour des durées préétablies sans lien avec l'évolution de l'état du patient. Par exemple, à l'unité de soins intensifs en psychiatrie (USIP) du centre hospitalier le Vinatier à Bron, depuis la mise en place du contrôle systématique, l'arrivée au sein de l'unité ne se fait plus nécessairement en chambre d'isolement, et les chambres des patients ne sont plus fermées à clé la nuit, sans qu'aucune difficulté en résultant ne soit identifiée. La réforme aurait également structuré l'information du patient sur ces mesures et les évaluations de son état de santé.

---

1. Cass., 1<sup>re</sup> Civ., 8 février 2023, n° 22-10.852.

2. Cass., 1<sup>re</sup> Civ., 26 juin 2024, n° 23-14.230, publié.



Ainsi la majorité des acteurs interrogés s'accordent-ils sur le constat empirique selon lequel la mise en place d'un contrôle juridictionnel systématique a eu pour effet de réduire le recours aux mesures d'isolement et de contention, ou du moins leur durée, afin de ne pas dépasser les délais rendant impératifs l'information puis la saisine du juge judiciaire. Cet enseignement doit toutefois être tempéré par la circonstance que cet effet potentiel, qui n'est pas objectivé à ce jour, pourrait résulter davantage de la contrainte administrative liée à la procédure juridictionnelle que d'une réflexion sur les pratiques. Comme l'a résumé l'un des interlocuteurs interrogés, « la loi du plus grand emmerdement produit des effets ».

Un acteur associatif déplore la mise en œuvre d'une approche exclusivement par le droit, par opposition à une approche par les pratiques : le contrôle juridictionnel systématique, introduit de manière verticale et sans être accompagné d'une politique de moindre recours et des moyens afférents, pèse sur les prescripteurs et les soignants et n'est pas conçu comme un levier supplémentaire pour faire évoluer les pratiques.

En juillet 2023, le comité de suivi de la réforme de la procédure de contrôle juridictionnel systématique des mesures d'isolement et de contention a publié un rapport s'appuyant notamment sur des enquêtes menées par le ministère de la justice et le ministère chargé de la santé auprès de leurs réseaux respectifs, qui permet de tirer un premier bilan d'application de la réforme : il relevait une situation critique, soulignait la nécessité de déployer des moyens humains adaptés et des outils nouveaux et proposait quelques simplifications procédurales et solutions organisationnelles.

Dans les juridictions, la réforme a entraîné des réorganisations et une charge de travail importante. L'année 2022 a vu la mise en œuvre progressive de la réforme, faite à moyens constants. En juin 2022, certaines juridictions ne faisaient l'objet d'aucune saisine au titre des mesures d'isolement et de contention. En 2023, on observe une augmentation très significative du nombre de saisines (+ 72 %) qui correspond à l'entrée en

vigueur effective du contrôle juridictionnel systématique. On décompte ainsi 50 461 saisines en 2024 et 45 487 saisines en 2023 pour les mesures d'isolement et de contention, contre seulement 26 506 en 2022. 64 % des juridictions ont réorganisé leur service du JLD afin de mettre en œuvre cette réforme, particulièrement lourde dans le cas où une juridiction de petite taille se trouve compétente pour un établissement de santé mentale important<sup>1</sup>. Les services du ministère de la justice ont évalué les besoins en ETPT générés par le contrôle des mesures d'isolement et de contention pour l'année 2023 à 58 ETPT pour les fonctionnaires de greffe, 34 pour les magistrats du siège, 14 pour les magistrats du parquet.

En juin 2022, sur 3 016 saisines recensées en matière d'isolement et de contention, 385 (12,8 %) ont donné lieu à une audition du patient par téléphone ou visioconférence ; 126 (4,2 %) à un déplacement à l'hôpital ; 1 276 (68,4 %) ont appelé l'intervention d'un avocat et 18 (0,6 %) à une audience. Le ministère de la justice ne dispose pas d'autres chiffres permettant de connaître l'évolution des pratiques en la matière depuis lors.

La charge induite par cette réforme a par ailleurs contribué à accroître le déficit d'attractivité des postes de juge des libertés et de la détention, et ce d'autant que nombre de juges éprouvent des difficultés à identifier le sens de leur office, du fait du caractère essentiellement formel du contrôle qu'ils opèrent sur les mesures d'isolement et de contention.

C'est notamment pour cette raison que, alors que l'article L. 3222-5-1 du CSP, dans sa rédaction issue de la loi n° 2022-46 du 22 janvier 2022, confiait le contrôle systématique des mesures d'isolement et de contention, au-delà d'une certaine durée, au juge des libertés et de la détention, la loi n° 2023-1059

---

1. Par exemple, la juridiction de Châlons-en-Champagne, juridiction de groupe 4 (sur quatre groupes de juridictions, le groupe 1 réunissant les juridictions de plus grande taille), était celle la plus impactée par cette réforme avec un *ratio* de 97 décisions par JLD et de 242,5 décisions par agents de greffe.

du 20 novembre 2023 d'orientation et de programmation du ministère de la justice 2023-2027 la confie au « magistrat du siège du tribunal judiciaire ». Cette dénomination élargit le vivier des magistrats pouvant connaître de ces affaires, mais inclut les JLD, qui pourront poursuivre le traitement de ces compétences civiles dans les juridictions où la situation le rend opportun. Suivant la circulaire JUSB2421558C du 5 août 2024 relative au transfert de compétences civiles du JLD à un magistrat du siège du tribunal judiciaire, les tribunaux judiciaires sont invités à spécialiser certains magistrats du siège pour le contentieux de l'hospitalisation sans consentement mais, faute de données statistiques disponibles sur le nombre de juridictions ayant fait le choix de créer de telles filières, il est difficile d'évaluer les effets que cette réforme emportera sur la spécialisation des juges.

Les établissements autorisés en psychiatrie ont rencontré des difficultés dans la mise en œuvre de cette réforme, que certains n'ont appliquée que progressivement ou tardivement. Les résultats de l'enquête réalisée par le comité de suivi en septembre 2022 auprès de 203 établissements autorisés en psychiatrie indiquent qu'en mars 2022, sur les 60 établissements répondants, 6 n'avaient pas mis en œuvre la réforme. Seuls 46 % des 54 établissements restants estimaient appliquer la loi totalement. En septembre 2022, 72 % considéraient l'appliquer totalement, et 25 % partiellement.

Cette réforme a alourdi la charge de travail du personnel soignant et des administrations pour la formalisation de la mesure d'isolement ou de contention, la transmission des documents à la juridiction, la constitution du dossier, le suivi des délais et la tenue d'un registre de suivi des mesures. Au fur et à mesure, les établissements ont adapté leur organisation, modifié leur permanence de soins, mis en place une ligne d'astreinte opérationnelle ou des dispositions spécifiques pour le week-end.

La réforme a été mise en œuvre dans des délais resserrés, sans concertation préalable avec les acteurs de terrain et sans que l'administration ne dispose de données fiables sur les pratiques en vigueur. Dans les juridictions, elle a été engagée à moyens

constants, alors que dans les établissements hospitaliers, sa mise en œuvre s'appuie sur un plan d'accompagnement budgétaire afin d'assurer les recrutements nécessaires et d'organiser le temps médical permettant de satisfaire les modalités de surveillance et de renouvellement des mesures.

Aucun outil permettant de calculer avec simplicité les différents délais s'appliquant aux mesures d'isolement et de contention n'a été fourni aux établissements lors de la mise en œuvre de la réforme. Un tel outil serait pourtant de nature à diminuer significativement la charge administrative et la pression afférente, à réduire le risque d'erreur et partant à sécuriser juridiquement les procédures. À ce stade, la seule mesure d'harmonisation et d'assistance en la matière a consisté en la diffusion, par le ministère de la santé, auprès des éditeurs de logiciel et des établissements hospitaliers, d'une note d'information<sup>1</sup> proposant des définitions et des modalités de calcul des durées, permettant de les automatiser, y compris sur la période des quinze jours glissants. Il s'agit toutefois d'une référence facultative et non d'un mode opératoire obligatoire. En l'absence de centralisation du développement des logiciels métiers pour les établissements de santé, aucun outil « prêt à l'emploi » n'a pu être proposé par l'administration centrale.

Selon le ministère de la justice, sur l'ensemble des décisions statuant sur une demande concernant une mesure d'isolement ou de contention prononcées en 2023, 17 % ont levé la mesure. Ce pourcentage est de près de 5 % concernant les demandes formées à titre principal, et de 18 % s'agissant des demandes de maintien de la mesure formées par le directeur de l'établissement.

Certains établissements hospitaliers présentaient des pourcentages de mainlevée très importants dans les premiers temps de la mise en œuvre de la réforme, du fait des difficultés rencontrées

---

1. Note d'information n° DGOS/R4/2022/137 du 9 mai 2022 relative à la mise en œuvre du cadre juridique des mesures d'isolement et de contention par les éditeurs de logiciel.

dans l'appropriation du dispositif ou de véritables irrégularités. Ainsi, par exemple, le CGLPL relève dans l'établissement public de santé mentale de Saône-et-Loire à Sevrey<sup>1</sup> qu'en 2023, sur les 294 saisines du JLD, 139 mesures d'isolement et de contention ont été levées, soit un taux de 47,27 % (atteignant 93 % pour le seul mois d'avril 2023). La situation semble s'être nettement améliorée à compter de l'année 2024 : entre le 1<sup>er</sup> janvier et le 31 mai 2024, 28 mesures ont été levées sur 122 saisines du JLD, soit un taux de levée de 22,95 %.

Cette réforme est par ailleurs intervenue dans un contexte de tension sur les effectifs et les ressources de la psychiatrie à l'hôpital public. En outre, les injonctions paradoxales auxquelles sont traditionnellement soumis les soignants en psychiatrie, tantôt taxés d'adopter une approche d'enfermement éloignée du soin, tantôt accusés de laisser aller et venir des patients mettant en danger autrui, sont parfois ressenties comme aiguisées par la réforme, qui confronte les soignants au juge de la privation de liberté de manière très rapprochée.

Paradoxalement, certains soignants soulignent que leur mobilisation sur des tâches administratives peut rendre plus difficile, à moyens constants, la mise en œuvre de politiques de moindre recours à l'isolement et à la contention, qui nécessitent à la fois des formations et le développement de mesures alternatives exigeant une importante présence des soignants auprès des patients.

Néanmoins, le CGLPL observe lors de ses visites que la mise en place de ce contrôle juridictionnel, qu'il appelait de ses vœux, a permis de mettre en lumière, dans nombre de situations, le caractère sécuritaire de l'isolement et de la contention et semble susciter une réduction du nombre des mesures prises qui reste à objectiver.

---

1. CGLPL, *Rapport de la deuxième visite de l'établissement public de santé mentale de Saône-et-Loire à Sevrey*, juin 2024.

---

# Chapitre 2

## Un dispositif complexe et insuffisant

### Section 1

---

#### **Le contrôle juridictionnel ne contribue que très imparfaitement à la protection des patients**

##### **I – La nécessité médicale des mesures n'est pas contrôlée**

Le contrôle juridictionnel systématique des mesures d'hospitalisation sans consentement et des mesures d'isolement et de contention au-delà d'une certaine durée a pu contribuer au développement d'une réflexion sur le recours à ces mesures et à une diminution des pratiques abusives. Toutefois, on ne peut y parvenir par ce seul contrôle, dès lors qu'il n'appartient pas au juge de porter une appréciation de nature médicale sur la mesure qui lui est soumise.

L'enquête précitée du ministère chargé de la santé indique que le principal motif de mainlevée des mesures est la saisine tardive des juridictions, suivi de l'insuffisance de motivation des décisions initiales ou de prolongation et l'absence de décision de prolongation. Dès lors que les garanties procédurales sont respectées et les certificats médicaux motivés, le juge ne pourra

prononcer la mainlevée de mesures qui pourraient être considérées comme ne relevant pas du dernier recours au sens des recommandations de la HAS <sup>1</sup>.

Il ne s'agit pas de déplorer cet état de fait, à l'inverse de certains des interlocuteurs interrogés dans le cadre de la rédaction de ce rapport, qui souhaiteraient voir intégrer dans l'office du juge l'appréciation médicale de la nécessité des mesures d'isolement et de contention, dès lors que le juge ne peut se substituer au médecin <sup>2</sup>. On peut en revanche regretter que la possibilité de recourir à une expertise <sup>3</sup>, pendant nécessaire des limites de l'office du juge, ne soit que très virtuelle ; leur rareté s'explique notamment par le manque d'experts disponibles et l'impossibilité de tenir les délais y afférents.

## **II – La vulnérabilité des patients ne favorise pas leur défense**

Qu'il s'agisse d'hospitalisation sous contrainte ou d'isolement et de contention, la voie contentieuse n'est pas forcément la plus adaptée à la spécificité des justiciables concernés, qui se trouvent par définition dans une situation de particulière vulnérabilité. Si cette dernière commande de porter une attention singulière à la qualité et à l'accessibilité de l'information qui leur est délivrée sur leurs droits, elle peut constituer un frein à l'exercice de la voie contentieuse.

---

1. Dans sa recommandation de 2017, la HAS traduit cette mention comme signifiant que « l'isolement et la contention peuvent être envisagés uniquement lorsque des mesures alternatives différenciées, moins restrictives, ont été inefficaces ou inappropriées, et que les troubles du comportement entraînent un danger important ou imminent pour le patient ou pour autrui » et précise que l'isolement comme la contention doivent être « pleinement justifiés par des arguments cliniques ».

2. S. Gargoullaud, « Le juge et la politique de santé mentale. L'exemple des soins sans consentement », Les tribunes de la santé n° 83, hiver 2025.

3. Article L. 3211-12-1 du CSP.

Les proches de ces patients peuvent se trouver dans la situation délicate d'être acteurs de l'hospitalisation sans consentement ou à tout le moins interlocuteurs des équipes médicales et en même temps protecteurs des droits de leur proche, ce qui peut compliquer la décision d'engager un recours contentieux au nom du patient. La sectorisation de la psychiatrie implique d'initier un litige visant un établissement et une équipe soignante dont le patient et ses proches dépendent durablement. Enfin, nombre de patients concernés par ces mesures, isolés socialement et familialement, ne sont pas soutenus par des proches.

Des médecins font part de la difficulté rencontrée par certains patients pour comprendre le cadre de leur comparution devant le juge, et en particulier qu'il ne leur est rien reproché à cette occasion. Les équipes soignantes elles-mêmes se trouvent en position de devoir informer les patients de leur droit de contester devant un juge la décision médicale qui a été prise : lorsque le patient s'oppose aux soins, ou lorsqu'une mesure est levée pour un motif formel mais ultérieurement reprise car les conditions de fond demeurent réunies, cela peut être difficilement compréhensible pour le patient et contribuer à tendre sa relation avec les soignants. Pour pallier cette difficulté, certains établissements recourent à un référent administratif chargé de l'information des patients sur leur faculté de contester les mesures d'hospitalisation sous contrainte et les mesures d'isolement et de contention. De manière générale, le CGLPL observe que la formation des soignants en matière de droits des patients est très limitée voire inexistante ; il en résulte que l'information des patients est le plus souvent très incomplète. Au pôle de psychiatrie du centre hospitalier de Gonesse<sup>1</sup>, par exemple, le manque de formation, ajouté au déficit de personnel, transparait dans les diligences lacunaires en matière de surveillance infirmière des patients soumis à des mesures d'isolement et de contention, particulièrement la nuit.

---

1. CGLPL, *Rapport de suivi des recommandations de la visite du pôle de psychiatrie du centre hospitalier de Gonesse*, février 2024.



Du côté des juges, des témoignages attestent d'un sentiment d'inutilité et de perte de sens quant au contrôle effectué, que révèle également l'hétérogénéité des pratiques juridictionnelles. Ainsi, lors des audiences à l'occasion du contrôle de l'hospitalisation sans consentement, certains magistrats demandent au patient s'il souhaite le maintien de la mesure d'hospitalisation sous contrainte, d'autres non. Les pratiques quant au relevé d'office d'irrégularités par le juge traduisent également une hétérogénéité démontrant les ambiguïtés du contrôle.

S'agissant des avocats, le niveau de formation et de spécialisation en matière de contentieux de l'hospitalisation sans consentement est très variable selon les barreaux. Le barreau de Versailles, pilote en la matière, a mis en place des permanences dédiées non seulement pour les mesures d'hospitalisation sous contrainte mais aussi pour les mesures d'isolement et de contention (distinctes des permanences de comparution immédiate) et les avocats mobilisés à ce titre ont reçu une formation dédiée. C'est également le cas du barreau de Lille : seuls les avocats spécifiquement formés peuvent intégrer la commission spécialisée en la matière. Dans d'autres territoires, l'absence de formation des avocats crée un obstacle supplémentaire à l'effectivité du droit au recours des patients. D'autres barreaux ont des pratiques identiques, mais elles mobilisent un effectif d'avocats qui n'est pas partout disponible.

Le conseil insuffisamment formé peut en arriver à s'interroger sur la définition de son mandat. Par exemple, la pratique à Lille est que lorsque le patient a exprimé le souhait d'obtenir la mainlevée de la mesure d'hospitalisation sous contrainte, l'avocat soulève tous les moyens de forme et de fond possibles, alors que d'autres avocats ne demandent la mainlevée que s'ils estiment que le patient est en mesure de sortir, et que d'autres encore demandent systématiquement la mainlevée quel que soit le souhait exprimé par le patient, car ils estiment détenir ce mandat de la loi.

### III – La décision du juge se heurte à des difficultés d'exécution

S'agissant de l'isolement et de la contention, le rapport du comité de suivi précité constate que les décisions de mainlevée étaient majoritairement suivies d'une reprise immédiate d'une nouvelle mesure. Selon l'enquête menée par le ministère de la santé en septembre 2022, 64 % des établissements affirmaient reprendre immédiatement, dans la majorité des cas, les mesures ayant fait l'objet d'une mainlevée.

Or le quatrième alinéa du II de l'article L. 3222-5-1 du CSP prévoit que « si les conditions prévues au I ne sont plus réunies, il ordonne la mainlevée de la mesure. Dans ce cas, aucune nouvelle mesure ne peut être prise avant l'expiration d'un délai de quarante-huit heures à compter de la mainlevée de la mesure, sauf survenance d'éléments nouveaux dans la situation du patient qui rendent impossibles d'autres modalités de prise en charge permettant d'assurer sa sécurité ou celle d'autrui. Le directeur de l'établissement informe sans délai le juge, qui peut se saisir d'office pour mettre fin à la nouvelle mesure. » Il ressort du rapport du comité de suivi que dans la majorité des juridictions interrogées, ces dispositions sont interprétées comme imposant un délai de carence de 48 heures, sauf élément nouveau, pour toute décision de mainlevée. Une minorité d'établissements hospitaliers considère toutefois que ce délai de carence ne s'impose que lorsque les conditions de fond ne sont pas réunies, ce qui les conduit régulièrement à prendre de nouvelles mesures immédiatement après le prononcé de la mainlevée, sans élément nouveau.

La combinaison de ces mainlevées et de ces nouvelles mesures immédiates est évidemment difficilement compréhensible pour le patient et peut le déstabiliser. Elle démultiplie les temps de mise à l'isolement qui sont par définition des moments critiques.

À titre d'illustration, le rapport de visite de l'établissement public de santé mentale de Saône-et-Loire <sup>1</sup> relève qu'au mois de

---

1. CGLPL, *Rapport de la deuxième visite de l'établissement public de santé mentale de Saône-et-Loire à Sevrej*, juin 2024.

novembre 2023, les magistrats du tribunal judiciaire ont rencontré la direction de l'établissement pour faire part de leurs interrogations relatives à l'exécution effective des ordonnances de mainlevée des mesures d'isolement et au nombre important des mainlevées. Des décisions de placement à l'isolement étaient reprises sans que le patient ne sorte de la chambre d'isolement comme ordonné par le juge et au moins une mesure a été prolongée malgré la mainlevée ordonnée. De même à l'unité hospitalière spécialement aménagée (UHSA) d'Orléans <sup>1</sup>, malgré l'interdiction légale de replacer un patient à l'isolement durant 48 heures après la levée d'une mesure décidée par le juge, il a été constaté qu'une grande partie des décisions de mainlevée d'isolement n'était pas suivie d'effet et qu'une nouvelle mesure d'isolement était immédiatement réinitiée par les psychiatres, méconnaissant ainsi le respect de l'autorité de la chose jugée. En outre, le CGLPL relève dans son dernier rapport sur le centre hospitalier Gérard Marchant à Toulouse <sup>2</sup> qu'à la suite d'ordonnances de mainlevée de mesures d'isolement et de contention rendues par le juge des libertés et de la détention, le psychiatre prenait immédiatement une nouvelle mesure, transmettant au juge un avis motivé qui s'appuyait sur des éléments présentés comme nouveaux, mais qui préexistaient en réalité à son ordonnance. Le CGLPL a qualifié cette pratique quasiment systématique de détournement de procédure et considéré qu'il s'agit d'une privation de liberté arbitraire.

## **IV – Le contrôle juridictionnel du placement en UMD est insuffisamment mis en œuvre**

Les unités pour malades difficiles (UMD) sont définies par le CSP comme des institutions psychiatriques prenant en charge

---

1. CGLPL, *Rapport de la deuxième visite de l'unité hospitalière spécialement aménagée d'Orléans à Fleury-les-Aubrais*, janvier 2025.

2. CGLPL, *Rapport de la deuxième visite du centre hospitalier Gérard Marchant à Toulouse*, juillet 2024.

des patients relevant de soins psychiatriques sans consentement sous la forme d'une hospitalisation complète en application d'une décision du représentant de l'État, détenus ou déclarés irresponsables pénalement et dont l'état de santé requiert, sur proposition médicale et dans un but thérapeutique, des protocoles de soins intensifs et des mesures de sécurité particulières<sup>1</sup>. Ne sont donc pas concernées les personnes admises en soins psychiatriques sans consentement à la demande d'un tiers ou en cas de péril imminent.

La France compte dix UMD, structures à vocation interrégionale. Elles accueillent des patients dont le profil serait différent de celui des patients accueillis habituellement en psychiatrie. L'étude nationale française du profil des patients hospitalisés en unité pour malades difficiles<sup>2</sup> en fait la présentation suivante : « un homme, jeune, célibataire, à l'insertion socioprofessionnelle précaire, ayant des antécédents judiciaires, présentant une schizophrénie chimiorésistante à symptomatologie positive, une faible conscience des troubles et adressé principalement en UMD pour des violences à l'encontre des soignants ».

Les constats opérés par le CGLPL au titre de sa mission de prévention des atteintes aux droits des personnes privées de liberté révèlent que le placement en UMD ne garantit pas systématiquement le respect des droits fondamentaux des patients. Son rapport annuel 2023 relevait ainsi, pour les trois UMD visités au cours de l'année, que : « Si dans l'un de ces services, le CGLPL a été impressionné par la qualité du travail médico-soignant et de l'attention portée au respect des droits fondamentaux et à la dignité des personnes qui s'y trouvent, les deux autres ont appelé plus de réserves. Le cloisonnement des circulations internes,

---

1. Article R. 3222-1 du CSP.

2. Voir sur ce point Édouard de Lassus Saint-Genies, Sophie Raymond, Marine Dalmont, Olivier Guillin, Jean-Pierre Bouchard, Ivan Gasman, « Étude nationale française du profil des patients hospitalisés en unité pour malades difficiles », in *Annales Médico-psychologiques*, revue psychiatrique, volume 182, février 2024.

des conditions indignes d'isolement ou de contention associées à un recours fréquent à ces contraintes, la longueur de l'enfermement de nuit ou l'interdiction du téléphone font peser des contraintes systématiques et, à ce titre, excessives sur les patients, parfois sans que celles-ci soient clairement explicitées ou conceptualisées, ni même harmonisées. [...] ». Le rapport de visite de l'UMD de Sarreguemines <sup>1</sup> faisait état, notamment, en mai 2023, d'un taux de mainlevée des mesures d'isolement et de contention particulièrement important <sup>2</sup>. Un constat similaire est fait par la HAS, qui relève en particulier que dans toutes les UMD, les règlements intérieurs prévoient un séjour systématique des patients à l'isolement au moment de l'admission pour des durées parfois de quelques heures, plus souvent de quarante-huit heures et pouvant atteindre quinze jours <sup>3</sup>.

Par une décision du 20 avril 2012, le Conseil constitutionnel, saisi d'une question prioritaire de constitutionnalité <sup>4</sup>, a jugé que si « en raison de la spécificité de la situation des personnes ayant commis des infractions pénales en état de trouble mental ou qui présentent, au cours de leur hospitalisation, une particulière dangerosité, le législateur pouvait assortir de conditions particulières la levée de la mesure de [soins sans consentement] dont ces personnes font l'objet », il appartient au législateur « d'adopter les garanties légales contre le risque d'arbitraire encadrant la mise en œuvre de ce régime particulier ». En conséquence, il a censuré les dispositions législatives alors en vigueur qui s'imposaient aux personnes en UMD, au motif qu'elles ne définissaient pas les critères

---

1. CGLPL, *Rapport de la troisième visite de l'unité pour malades difficiles de Sarreguemines*, mai 2023.

2. Depuis le début de l'année, le JLD avait ordonné 31 levées de mesures d'isolement sur 34 décisions en raison de retards de saisine du juge, de retard d'information du juge et d'un délai trop long entre les évaluations médicales.

3. Haute autorité de santé, *Bientraitance et gestion des signaux de maltraitance en établissement – Mise en œuvre en milieu sanitaire, médico-social et social – personnes majeures*, 3 octobre 2024.

4. Décision n° 2012-235 QPC du 20 avril 2012.

de placement dans ces structures, alors qu'en découlent des règles de prise en charge plus rigoureuses que celles qui s'appliquent aux autres personnes admises en hospitalisation complète, notamment en ce qui concerne la levée de ces mesures de soins psychiatriques sans consentement.

Depuis la loi n° 2013-869 du 27 septembre 2013 modifiant certaines dispositions issues de la loi du 5 juillet 2011, prise à la suite de cette censure du Conseil constitutionnel, les dispositions législatives applicables aux UMD ont été abrogées ; l'exposé des motifs de la proposition de loi explique ainsi que ces unités constituaient des services de « soins intensifs » et qu'il n'y avait pas lieu de légiférer alors qu'il n'est pas légiféré à propos, par exemple, d'un service de réanimation. Seules sont désormais prévues des dispositions réglementaires spécifiques<sup>1</sup>. En 2014, le Conseil constitutionnel a validé cette absence de dispositions législatives et le renvoi à des dispositions réglementaires, après avoir relevé que le régime juridique de privation de liberté auquel sont soumises les personnes prises en charge dans une UMD n'était pas différent de celui applicable aux autres personnes faisant l'objet de soins sans leur consentement sous la forme d'une hospitalisation complète<sup>2</sup>. Pourtant, les constats du CGLPL montrent que les conditions concrètes de l'hospitalisation en UMD diffèrent singulièrement de celles d'une hospitalisation classique : les unités sont systématiquement fermées et sécurisées, le nombre des chambres d'isolement et la fréquence de cette pratique sont plus élevés, les autorisations de sortie et les visites plus rares, l'éloignement du patient par rapport à sa famille beaucoup plus grand et durable.

Le contrôle du juge porte tout d'abord sur l'admission en soins sans consentement et sur les mesures d'isolement et de

---

1. Articles R. 3222-1 à R. 3222-7 du CSP.

2. Décision n° 2013-367 QPC du 14 février 2014.

contention, de même qu'en cas d'hospitalisation sans consentement dans un autre service. Il présente donc les mêmes caractéristiques que celles décrites précédemment.

La question du contrôle juridictionnel de la mesure de placement en UMD elle-même, et des modalités de ce contrôle, n'a quant à elle été clarifiée que très récemment, alors que les mesures de placement en UMD, outre que les conditions d'hospitalisation peuvent y être plus contraignantes pour les patients, entraînent à tout le moins, pour la majorité des patients, un éloignement géographique et familial.

En premier lieu, le Conseil d'État a jugé, dans le cadre du contentieux portant sur le décret du 1<sup>er</sup> février 2016<sup>1</sup> pris après l'abrogation, par la loi du 27 septembre 2013, de l'article L. 3222-3 du CSP prévoyant la possibilité de prendre en charge les personnes faisant l'objet de soins psychiatriques dans une unité pour malades difficiles, qu'eu égard aux effets d'une admission en unité pour malades difficiles ou d'un refus de sortie d'une telle unité sur la situation des personnes hospitalisées sans leur consentement, une telle décision devait pouvoir faire l'objet d'un recours juridictionnel<sup>2</sup>.

En second lieu, après un arrêt de la Cour de cassation jugeant que le contrôle de la régularité et du bien-fondé de l'admission et du maintien d'un patient en UMD, considérée comme une modalité d'hospitalisation, ne relevait pas du contrôle du juge des libertés et de la détention<sup>3</sup>, le Tribunal des conflits<sup>4</sup> a jugé que la juridiction judiciaire était compétente pour connaître de tout litige relatif aux décisions par lesquelles

---

1. Décret n° 2016-94 du 1<sup>er</sup> février 2016 portant application des dispositions de la loi du 27 septembre 2013 relative aux droits et à la protection des personnes faisant l'objet de soins psychiatriques et aux modalités de leur prise en charge.

2. CE 17 mars 2017, *Association cercle de réflexion et de proposition d'action sur la psychiatrie*, n° 397774.

3. Cass., 1<sup>re</sup> Civ., 26 octobre 2022, pourvoi n° 21-10.706.

4. T. confl. 3 juillet 2023, *M. X c/ la préfète de la Gironde*, n° 4279, *Rec.*

le préfet compétent admet dans une UMD un patient placé en soins psychiatriques sans son consentement sous la forme d'une hospitalisation complète, ou refuse sa sortie d'une telle unité. Tirant les conséquences de la décision du Tribunal des conflits, le premier président de la cour d'appel de Bordeaux a jugé qu'il revenait au juge judiciaire, désormais compétent pour se substituer, au moins partiellement, à l'autorité administrative, de se prononcer sur la question de la mainlevée d'une mesure de placement en UMD à la demande d'un patient, la mesure d'hospitalisation complète n'étant pas remise en cause dans le cadre de l'appel. Après avoir analysé l'ensemble des certificats médicaux, qui faisaient très majoritairement état d'une possibilité d'hospitalisation dans un service de psychiatrie dit classique, le premier président de la cour d'appel de Bordeaux a confirmé l'ordonnance du juge des libertés et de la détention de Bordeaux et prononcé la mainlevée de la décision de placement en UMD et la poursuite de la décision d'hospitalisation sans consentement <sup>1</sup>.

La décision est explicite sur les difficultés concrètes posées par cette affaire et souligne, après avoir rappelé qu'il n'appartient pas au juge judiciaire d'imposer aux autorités médicales, ni à l'autorité préfectorale, l'établissement le mieux adapté au patient, qu'il appartiendrait aux autorités compétentes d'identifier cet établissement « et de mettre en place les moyens, non seulement nécessaires mais indispensables, pour assurer avec efficacité et constance la poursuite de son suivi psychiatrique ». Cette décision n'a pas été contestée en cassation et d'autres décisions seront nécessaires pour identifier tant le périmètre exact du contrôle du juge sur les décisions de refus de levée des décisions de placement en UMD que les conséquences qu'il tire d'un refus du préfet de suivre l'avis d'une commission de suivi médical.

---

1. Bordeaux 15 septembre 2023, RG n° 23/04157.



En tout état de cause, un contrôle juridictionnel des placements en UMD et des refus de sortie d'une telle unité est désormais possible.

Il ne semble pas que les juridictions aient été saisies de requêtes en ce sens. Seule une autre décision de cour d'appel <sup>1</sup> a été identifiée, et si le tribunal judiciaire de Bordeaux s'est prononcé à plusieurs reprises sur le maintien en hospitalisation complète au regard des dispositions applicables aux UMD (articles R. 3222-1 et suivants du CSP) <sup>2</sup>, la contestation ne portait pas sur le placement en UMD en tant que tel.

## **Section 2**

### **La judiciarisation ne peut remplacer une politique de moindre recours à la contrainte en psychiatrie**

L'une des conditions du respect des droits fondamentaux et de la dignité des personnes hospitalisées et soignées sans consentement est que l'isolement et la contention soient réellement des mesures de dernier recours. Si le contrôle juridictionnel peut permettre, de manière imparfaite, d'y parvenir, cette voie apparaît largement insuffisante. Toute réflexion sur la protection des droits et de la dignité des personnes hospitalisée sans consentement doit prendre en compte la question de l'existence et de l'efficacité de politiques publiques de moindre recours aux mesures d'isolement et de contention. Ces politiques sont d'autant plus indispensables que ces mesures sont mises en œuvre de manière très hétérogène sur l'ensemble du territoire, y compris au sein d'un même établissement.

---

1. Rennes 17 mai 2024, RG n° 24/00187.

2. Par exemple, TJ Bordeaux 31 décembre 2024, RG n° 24/04016 ; 22 octobre 2024, RG n° 24/03082 ; 14 mai 2024, RG n° 24/01393.

## I – Les pratiques d'isolement et de contention sont hétérogènes

Le recours à l'isolement et à la contention varie considérablement entre les établissements, certains d'entre eux n'en faisant même aucun usage. Ces disparités sont importantes sur le territoire, entre établissements et même au sein d'un même établissement, entre unités d'hospitalisation. Alors que les données étaient encore particulièrement limitées sur la question, ce constat ressortait déjà en 2017 des recommandations de la HAS sur le sujet <sup>1</sup>. C'est encore le cas aujourd'hui, les visites de certification permettant de constater des différences significatives entre les établissements et la HAS identifiant des pratiques encore très attentatoires aux libertés individuelles dans certains d'entre eux ; les visites du CGLPL confirment ce constat.

Unanimentement partagé depuis, ce constat a pu être approfondi récemment. En analysant les données issues du recueil d'informations médicalisées en psychiatrie (Rim-P) pour les 220 établissements assurant des soins sans consentement, après avoir exclu de l'analyse statistique ceux pour lesquels le recueil des données était de mauvaise qualité, les auteurs de la recherche intitulée « RICOCHET » <sup>2</sup> ont pu identifier, pour les mesures d'isolement, un coefficient de variation de 50,5 % entre les établissements (avec des établissements n'y ayant jamais recours et des établissements y ayant recours pour plus de 50 % des séjours en soins sans consentement), et un coefficient de variation de

---

1. HAS, *Isolement et contention en psychiatrie générale, recommandations de bonne pratique*, 2017 : « il semble que le recours à l'isolement et la contention soit en recrudescence, avec des situations inégales d'une région à l'autre, d'un établissement à l'autre, voire d'un service à l'autre ».

2. *Recours à l'isolement et à la contention en psychiatrie entre établissements et facteurs associés à l'échelle nationale*. Voir sur ce point l'article « Isolement et contention en psychiatrie en 2022 : un panorama inédit de la population concernée et des disparités d'usage entre établissements », Esther Toutitou-Burckard, Coralie Gandré, Magali Coldefy, en collaboration avec Anis Ellini, Sébastien Saetta et le consortium PLAID-Care, *Questions d'économie de la santé*, IRDES, n° 286 – février 2024.

91,6 % pour les mesures de contention (32 établissements n'y ayant jamais recours et 18 établissements y ayant recours pour plus de 20 % des séjours en soins sans consentement). Cette comparaison révèle en outre que les établissements qui n'ont pas recours (ou uniquement de manière exceptionnelle) aux mesures d'isolement et de contention « sont le plus souvent pluridisciplinaires et de taille réduite (en termes de nombre de lits d'hospitalisation à temps plein en psychiatrie) »<sup>1</sup>. Parmi ces derniers figurent en particulier le centre hospitalier de Valvert à Marseille, le centre hospitalier Buëch-Durance à Laragne-Montéglin, le centre hospitalier de Ferdinand Grall à Landerneau, le centre hospitalier de Montreuil-sur-Mer à Rang-du-Fliers, le secteur G03 du centre hospitalier de Sainte-Anne à Paris<sup>2</sup>.

Des différences significatives peuvent apparaître entre les unités d'un même établissement (ce qu'une analyse statistique à grande échelle ne permet pas d'identifier, les remontées de données à l'Agence technique de l'information sur l'hospitalisation – AITH étant faites par établissement). Elles sont régulièrement soulignées dans les rapports de visite du CGLPL. Ainsi, par exemple, à l'UMD de Cadillac<sup>3</sup>, la visite d'août 2023 révèle des pratiques d'isolement et de contention de 0 à 35 % de la file active selon les unités. De même, par exemple, au centre hospitalier Gérard Marchant à Toulouse<sup>4</sup>, où les pratiques varient de 0 à 43 % de la file active en mai 2024.

---

1. Les auteurs de l'article émettent l'hypothèse que « plus l'établissement est de taille importante, plus il peut être compliqué de porter et mettre en place une politique volontariste de réduction des pratiques d'isolement et de contention partagée par l'ensemble des services et des acteurs de l'établissement ».

2. Voir sur ce point Sietta S., Coldefy M., Degry J., Lanquetin J.-P., McCardell A., Moreau D., et al. (2023), « PLAID-Care : une recherche sur le moindre recours à la coercition en France ». *L'Encéphale*.

3. CGLPL, *Rapport de la troisième visite de l'unité pour malades difficiles de Cadillac*, août 2023.

4. CGLPL, *Rapport de la deuxième visite du centre hospitalier Gérard Marchant à Toulouse*, juillet 2024.

En raison de la sectorisation des soins psychiatriques, ces variations significatives ne peuvent s'expliquer que partiellement par les différences de besoins ou de caractéristiques des patients. On doit donc en déduire que le recours à l'isolement et à la contention n'est pas équivalent sur le territoire et relève clairement de la politique mise en œuvre par les équipes soignantes. À situations équivalentes, on observe des pratiques différentes, alors que ces mesures ne doivent être mises en œuvre qu'en dernier recours et qu'il n'existe pas de recherches ou de références dans la littérature internationale venant attester de leur aspect thérapeutique<sup>1</sup>.

Le recours à l'isolement et à la contention dépend partiellement des conditions antérieures de prise en charge des patients. En particulier, les auteurs de la recherche « RICOCHET » ont constaté que la probabilité qu'un patient y soit soumis est augmentée si son hospitalisation a été initiée après un passage aux urgences.

Or, la filière des urgences est elle-même confrontée à des difficultés particulièrement importantes, qui rendent plus difficile la prise en charge des patients et en augmentent la durée, compliquant d'autant plus leur prise en charge ultérieure lors de leur arrivée dans un établissement psychiatrique. Ces difficultés sont non seulement quantitatives, avec une augmentation de 21 % des passages aux urgences en 2023 par rapport à l'année 2019<sup>2</sup> mais également qualitatives, en particulier en raison de la tension des effectifs médicaux, voire de difficultés d'organisation.

---

1. Souligné par plusieurs interlocuteurs rencontrés lors de la rédaction de ce rapport, en particulier par le Centre Collaborateur de l'OMS (CCOMS) pour la recherche et la formation en santé mentale de Lille. Voir également l'article « Isolement et contention en psychiatrie en 2022 : un panorama inédit de la population concernée et des disparités d'usage entre établissements ». Voir également sur ce point CGLPL, *Isolement et contention dans les établissements de santé mentale*, 2016.

2. Le rapport d'information de la mission d'information de l'Assemblée nationale sur la prise en charge des urgences psychiatriques, 11 décembre 2024, relevait ainsi 566 000 passages aux urgences pour motif psychiatrique en 2023.

S'y ajoutent les conditions antérieures de prise en charge des patients, « souvent tardive, alors que le patient se trouve dans un état de santé dégradé, faisant des urgences un point d'entrée incontournable dans le système de soins psychiatriques »<sup>1</sup>. Il s'ensuit qu'il est particulièrement difficile, aux urgences, de mettre en place des techniques de désescalade. En outre, les patients, « une fois le certificat médical initial établi par les urgentistes, attendent souvent un lit plus de 48 heures, isolés et contenus »<sup>2</sup>, ce qui, à nouveau, complique leur prise en charge.

À l'inverse, les politiques sanitaires qui permettent de réduire le recours aux urgences et d'éviter les crises, en favorisant une intervention en amont, ont un impact fort sur la baisse du recours à l'isolement et à la contention. Ce constat ressort en particulier de l'analyse des pratiques des centres médicaux psychologiques ou des équipes mobiles de crise.

L'élaboration de plans de crise conjoints, ou de directives anticipées, pour identifier les prodromes d'un patient et ce qui permet, dans son cas, une désescalade, constitue dans ce contexte un outil essentiel, qui implique de connaître cliniquement le patient. Un tel outil ne peut cependant être élaboré qu'avant la crise.

De nombreuses études ont recherché les déterminants du recours à l'isolement et à la contention, et de la baisse de leur usage : le projet « RICOCHET », le projet Plaid-Care (Psychiatrie et libertés individuelles : étude d'établissements caractérisés par un moindre recours à la coercition)<sup>3</sup>, le programme *Six Core*

---

1. *Rapport de la mission d'information sur la prise en charge des urgences psychiatriques*, 11 décembre 2024.

2. CGLPL, *Rapport annuel d'activité 2023*, p. 27.

3. Jean-Paul Lanquetin, Magali Coldefy, Anaïs McCardell-Kulcsar, Frédéric Mougeot, Daria Rostirolla, Yvonne Qunenum, Loïc Rohr, Sébastien Saetta ; « L'attacher au lit ? On essaie plutôt de l'attacher à nous », *Santé mentale*, mars 2024, n° 286 ; Saetta S., Coldefy M., Degry J., Lanquetin J.-P., McCardell A., Moreau D., et al. (2023). « PLAID-Care : une recherche sur le moindre recours à la coercition en France ». *L'Encéphale*.

*Strategies for Reducing Seclusion and Restraint Use* (six stratégies efficaces pour réduire le recours aux pratiques restrictives de liberté en santé mentale) <sup>1</sup> ou encore la recherche multicentrique portée par le centre hospitalier universitaire de Saint-Étienne, « Psycore », pour évaluer l'impact de ces programmes de moindre recours <sup>2</sup>.

Ces études identifient de manière convergente différents axes de développement de bonnes pratiques aux fins de réduction du recours aux mesures d'isolement et de contention, y compris au sein d'un même établissement, voire d'une seule unité.

Les vecteurs suivants (issus principalement de la recherche Plaid-Care) peuvent en particulier être relevés :

- une disponibilité très forte des soignants, impliquant une forte réactivité aux demandes des patients ;
- un collectif de travail s'appuyant sur une équipe solidement constituée et présente au quotidien, ainsi qu'une véritable implication de l'équipe d'encadrement ;
- une importance accordée à la liberté d'aller et venir, de nombreuses activités et un milieu de vie adapté ;
- une culture du soin spécifique, comportant une « contre-culture du risque » (c'est-à-dire une acceptation du risque plus élevée que dans d'autres établissements) et valorisant les patients par le dialogue et l'empathie ;
- l'utilisation des données, pour mesurer, évaluer, se fixer des objectifs ;
- la formation professionnelle continue aux outils de gestion de crise, plan de prévention, ou encore techniques de désescalade, qui permettent de repérer la montée de la violence, de la prévenir ou de la dériver.

---

1. Huckshorn, K. 2008, *Six Core Strategies for Reducing Seclusion and Restraint Use*. Alexandria, Va : NASMHPD (National Association of State Mental Health Program Directors).

2. [https://www.santementale.fr/2025/02/six-strategies-pour-lutter-contre-la-contraainte/?\\_\\_r=1.33a39996235800c2120b56f2459dc1f3](https://www.santementale.fr/2025/02/six-strategies-pour-lutter-contre-la-contraainte/?__r=1.33a39996235800c2120b56f2459dc1f3)

La culture du service, qui dépend de son histoire, de la direction et de la stratégie des encadrants, est particulièrement déterminante de l'évolution vers un moindre recours à la contrainte. La formation du personnel, un projet d'établissement et l'engagement des équipes pour la réduction de l'isolement et de la contention sont fondamentaux. Cela explique en partie la forte hétérogénéité des pratiques entre les établissements, dès lors que les ARS ne disposent pas de levier évident sur ces paramètres.

Les locaux sont également déterminants. Tous les établissements ne sont pas dotés de chambres individuelles et les chambres à deux ou trois lits peuvent engendrer des tensions et des conflits. La configuration de l'ensemble de l'établissement peut avoir une incidence forte : les espaces d'apaisement, alternative douce à la chambre d'isolement, n'existent pas partout.

Pour autant, si certains de ces éléments nécessitent des moyens, en particulier pour l'évolution des locaux ou la formation des personnels, ce n'est pas le cas de tous les vecteurs identifiés : les établissements étudiés dans le cadre du projet Plaid-Care, s'agissant des effectifs théoriques médicaux et non médicaux, figurent dans la moyenne nationale, voire pour une partie d'entre eux, légèrement en dessous.

Une impulsion forte est donc nécessaire, dans le cadre d'une véritable politique publique visant à la réduction des mesures de l'isolement et de la contention, pour qu'une démarche effective ne dépende pas de la seule culture locale d'une équipe médico-soignante ou d'une direction.

## **II – La politique de réduction des contraintes manque d'ambition**

Si des actions ont été déployées pour réduire l'isolement et la contention, elles sont principalement centrées sur l'accompagnement de la judiciarisation de ces mesures. Il est nécessaire de les adosser à une politique de moindre recours par des mesures concrètes embrassant toutes les dimensions de la prise en charge et mobilisant l'ensemble des leviers disponibles.

La HAS, en 2017 <sup>1</sup>, avait fixé aux autorités sanitaires l'objectif de « poursuivre un travail de réflexion aux plans régional et national sur les pratiques d'isolement et de contention mécanique afin de dégager une politique claire visant à les limiter. Dans cette perspective, il serait souhaitable de mettre en place un observatoire national des soins sans consentement et des mesures d'isolement et de contention mécanique [...] ». La poursuite de cet objectif est à l'origine de l'évolution du référentiel de certification des établissements de santé pour la qualité des soins <sup>2</sup> vers une prise en compte renforcée du recours à l'isolement et à la contention : il s'agit désormais d'un critère impératif <sup>3</sup>, dont l'évaluation repose notamment sur une analyse des indicateurs de pratiques cliniques en lien avec ces mesures et dont le non-respect peut suffire à faire obstacle à la certification de l'établissement. Plusieurs rapports concernant des établissements n'ayant pas été certifiés comportent ainsi des développements détaillés sur des manquements concernant la mise en œuvre des mesures d'isolement et de contention <sup>4</sup>.

La même ambition en faveur de la réduction des mesures d'isolement et de contention se retrouve dans les objectifs de la feuille de route ministérielle « Santé mentale et psychiatrie », lancée en 2018 <sup>5</sup>.

On retrouve également cette logique dans l'instruction de la DGOS du 29 mars 2022 relative au cadre juridique des mesures

---

1. [https://www.has-sante.fr/jcms/c\\_2055362/fr/isolement-et-contention-en-psychiatrie-generale#toc\\_1\\_2\\_1](https://www.has-sante.fr/jcms/c_2055362/fr/isolement-et-contention-en-psychiatrie-generale#toc_1_2_1).

2. Référentiel 2025 ; certification des établissements de santé pour la qualité des soins ; critère 2.3-14.

3. Sur les critères de certification spécifiques à la psychiatrie, seuls deux sont impératifs (examen somatique et pertinence du recours à l'isolement).

4. C'est par exemple le cas pour le rapport de certification de l'établissement public de santé mentale de la Guadeloupe, de mars 2024 et pour celui du centre hospitalier spécialisé Gérard Marchant, à Toulouse, de novembre 2024).

5. L'action 27 prévoit la réduction des pratiques des soins sans consentement et de contention, faisant de cette dernière « un des axes majeurs de la politique nationale en santé mentale et psychiatrie, qui doit être déclinée localement ».



d'isolement et de contention en psychiatrie et à la politique de réduction du recours à ces pratiques, qui invite notamment à une réflexion sur les pratiques en cours, soulignant la nécessité de rechercher des alternatives et identifiant certains leviers pour y parvenir.

Toutefois, si la direction donnée par ces différentes instructions est claire, la politique publique effectivement mise en œuvre semble avoir été principalement orientée vers l'accompagnement des évolutions liées à la juridictionnalisation des mesures d'isolement et de contention<sup>1</sup>, tout comme les crédits supplémentaires délégués, qui portaient avant tout sur la mise en œuvre de la réforme et non pas sur l'amélioration des pratiques<sup>2</sup>.

Un certain nombre d'actions ont néanmoins été engagées par les ARS. Le rapport sur la mise en œuvre de la feuille de route « Santé mentale et psychiatrie » souligne ainsi le caractère pionnier de l'ARS Auvergne-Rhône-Alpes dans la mise en œuvre d'actions de soutien et détaille les initiatives déployées par l'ARS Nouvelle-Aquitaine<sup>3</sup> ; l'ARS Île-de-France s'est quant à elle fixée comme objectif explicite la réduction du recours aux soins sans consentement dans le cadre de son projet régional de santé 2023-2028. Toutefois, le déploiement de ces différentes actions, par essence inégalement réparti sur le territoire, ne fait l'objet d'aucun pilotage ou recensement au niveau national.

La formation est insuffisamment prise en compte, alors qu'elle est mise en avant par de nombreux acteurs, comme

---

1. Enquête de terrain engagée en lien avec la Conférence des présidents de CME et l'association des établissements du service public en santé mentale, travaux de l'ATIH pour faire évoluer les modalités de recueil.

2. Voir sur ce point le rapport sur la mise en œuvre de la feuille de route « Santé mentale et psychiatrie », état d'avancement au 1<sup>er</sup> mars 2024.

3. Voir sur ce point les différentes actions mises en œuvre par les ARS et décrites dans le rapport sur la mise en œuvre de la feuille de route « Santé mentale et psychiatrie », état d'avancement au 1<sup>er</sup> mars 2024.

déterminant de la baisse du recours à l'isolement et à la contention. Or si l'instruction DGOS du 29 mars 2022 prévoit un ambitieux plan de formation continue pour les professionnels, à ce jour sa seule application en pratique consiste en une formation de trois jours consacrée à la prévention du recours à l'isolement et à la contention en psychiatrie, proposée par l'association nationale pour la formation permanente du personnel hospitalier. De surcroît, la DGOS ne dispose pas de données sur le nombre d'agents en ayant bénéficié. Il en est de même pour les formations proposées localement et susceptibles de bénéficier d'un soutien financier des ARS, qui peuvent porter sur le cadre juridique, sur la gestion de la tension et des violences ou sur les pratiques alternatives.

Si de telles formations sont indispensables, elles ne suffisent pas à combler les faiblesses de la formation initiale, évoquées par plusieurs interlocuteurs dans le cadre de l'élaboration de ce rapport. À cet égard, plusieurs d'entre eux pointent la disparition du diplôme d'infirmier en secteur psychiatrique en 1992 comme un obstacle au déploiement d'une telle politique de moindre recours, les infirmiers ne bénéficiant plus d'une formation dédiée pour exercer en psychiatrie. La formation des infirmiers en pratique avancée (IPA) avec mention « santé mentale » ne saurait constituer un palliatif suffisant en raison de leur nombre particulièrement faible <sup>1</sup>.

Les récentes évolutions du cadre législatif de l'isolement et de la contention semblent résulter davantage des contraintes nées de décisions de la Cour européenne des droits de l'homme puis du Conseil constitutionnel que d'une volonté des pouvoirs publics de mettre en œuvre une véritable politique publique de réduction

---

1. L'audit flash de la Cour des Comptes, « Les infirmiers en pratique avancée : une évolution nécessaire, des freins puissants à lever », juillet 2023, relèvent qu'en 2021, seuls 581 IPA étaient diplômés et 1 366 en formation. Fin 2024, d'après l'Union nationale des infirmiers en pratique avancée (UNIPA), 3 080 professionnels ont obtenu leur diplôme.

du recours à ces pratiques – l'absence d'initiative s'agissant du recours aux mesures d'isolement et de contention dans d'autres secteurs que l'hospitalisation sans consentement peut également être regardée comme le reflet de cet engagement insuffisant. Dans les établissements, cette inertie de la volonté politique se traduit par une focalisation sur l'outil : on a mis en place des registres, en oubliant la politique dont ils doivent être le support. La circonstance que l'évaluation de la mise en œuvre de l'instruction précitée de la DGOS, avec le concours des ARS, n'ait pas été réalisée, semble également attester de la difficulté à identifier une stratégie ambitieuse et d'ampleur nationale.

### Section 3

#### **Des formes de contrainte échappent encore à tout cadre légal et au contrôle du juge**

Aux termes des dispositions de l'article L. 1111-4 du CSP : « Toute personne a le droit de refuser ou de ne pas recevoir un traitement. [...] Aucun acte médical ni aucun traitement ne peut être pratiqué sans le consentement libre et éclairé de la personne et ce consentement peut être retiré à tout moment [...] ». On retrouve la traduction du même principe, s'agissant des soins psychiatriques, à l'article L. 3211-1 du même code.

L'article 66 de la Constitution dispose quant à lui que : « 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 », et le Conseil constitutionnel a jugé que la liberté individuelle protégée par ces dispositions ne peut être tenue pour sauvegardée que si le juge intervient dans le plus court délai possible <sup>1</sup>.

Enfin, aux termes de l'article L. 3222-5-1 du CSP, l'isolement et la contention, qui constituent des mesures de privation de

---

1. Décision n° 2021-912/913/914 QPC du 4 juin 2021.

liberté<sup>1</sup> « ne peuvent concerner que des patients en hospitalisation complète sans consentement »<sup>2</sup>.

L'application combinée de ces différents principes fait obstacle, en l'état du droit positif, à la mise en œuvre de toute mesure d'isolement et de contention à l'encontre d'un patient en dehors du cadre des soins psychiatriques sans consentement. Dès lors qu'aucune norme en vigueur ne permet de recourir à une telle privation de liberté hors du cadre défini par les dispositions précitées du code de la santé publique, il est logique qu'aucun texte n'en organise le contrôle.

La pratique de l'isolement et de la contention en dehors du cadre défini par la loi est reconnue par l'ensemble des acteurs et constaté dans de nombreux rapports du CGLPL. C'est par exemple le cas des recommandations en urgence du 19 août 2022 relatives à l'établissement public de santé mentale de Vendée à La Roche-sur-Yon (Vendée), qui alertaient notamment sur la mise en œuvre de mesures d'isolement et de contention à l'égard de patients en soins libres, y compris des mineurs.

On trouve d'ailleurs une trace discrète de ces pratiques dans certains textes officiels. Ainsi, par exemple, l'instruction de la DGOS du 29 mars 2022 relative au cadre juridique des mesures d'isolement et de contention en psychiatrie et à la politique

---

1. Décision n° 2021-912/913/914 QPC du 4 juin 2021.

2. Le Conseil d'État a eu l'occasion de rappeler fermement cette interdiction en jugeant qu'« En l'état des dispositions applicables, une personne faisant l'objet de soins psychiatriques avec son consentement ne saurait légalement faire l'objet de mesures de contention telles que celles dont l'article L. 3222-5-1 du CSP détermine les conditions de mise en œuvre en les réservant aux seuls soins psychiatriques sans consentement. Les mesures mises en œuvre envers les personnes en soins psychiatriques libres [...] doivent respecter le principe posé par l'article L. 1111-4 du CSP qui, tout en réservant le cas où le patient est hors d'état d'exprimer sa volonté, pose le principe selon lequel « aucun acte médical ni aucun traitement ne peut être pratiqué sans le consentement libre et éclairé de la personne » (CE 6 mars 2024, *M<sup>me</sup> S.*, n° 488534).

de réduction du recours aux pratiques d'isolement et de contention suggère « d'engager localement une réflexion et une démarche de sensibilisation des professionnels à la réduction des pratiques d'isolement et de contention dans d'autres champs des prises en charge sanitaires et médico-sociales ».

Il reste toutefois très difficile de chiffrer précisément ces pratiques, puisque, n'étant pas autorisées, elles ne font l'objet d'aucun suivi statistique systématique.

À partir de l'exploitation des données du recueil d'informations médicalisé en psychiatrie (Rim-P), les chercheurs du projet « RICOCHET » identifient des mesures d'isolement en soins libres pour 0,9 % des hospitalisations à temps plein et de contention pour 0,2 %, faisant l'hypothèse que cela pouvait correspondre tant à des mesures d'urgence transitoires permises par la loi, qu'à des usages hors indications légales de ces mesures. Toutefois, ainsi que les auteurs de cette étude l'indiquent eux-mêmes, ces résultats doivent être analysés avec précaution, dans la mesure où ils dépendent de la manière dont les établissements renseignent les données.

La traçabilité des mesures d'isolement et de contention est en effet très inégale selon les établissements. Lors de ses visites, le CGLPL relève fréquemment que ces données sont incomplètes ou insuffisamment détaillées, ce qui compromet leur exploitation statistique. À l'hôpital NOVO <sup>1</sup>, par exemple, l'absence de traçabilité systématique de ces mesures empêche toute analyse fiable du taux de recours à ces pratiques. De même, au centre hospitalier de Saint-Nazaire <sup>2</sup>, certaines mesures d'isolement et de contention ne respectent pas le cadre légal, altérant partiellement la fiabilité des registres.

---

1. CGLPL, *Rapport de visite du pôle de psychiatrie du groupe hospitalier Carnelle Portes de l'Oise à Beaumont-sur-Oise*, juin 2024.

2. CGLPL, *Rapport de la deuxième visite du pôle de psychiatrie du centre hospitalier de Saint-Nazaire*, juillet 2025.

## I – Les contraintes imposées aux urgences ne sont pas contrôlées

La prise en charge d'un patient aux urgences, avant son admission en soins psychiatriques sans consentement, n'est pas un temps d'hospitalisation sous contrainte. Ainsi, le point de départ des délais de vingt-quatre et soixante-douze heures impartis par l'article L. 3211-2-2 du CSP pour constater, par certificat médical, la nécessité du maintien de la mesure d'hospitalisation sans consentement est la date de la décision d'admission, quel que soit le lieu de prise en charge <sup>1</sup>.

Les services d'urgences, qui n'assurent pas, en application de l'article L. 3222-1 du CSP, la prise en charge des personnes faisant l'objet de soins psychiatriques sans consentement, disposent d'un délai maximal de quarante-huit heures pour organiser le transfert de la personne remplissant les conditions pour être admise en soins psychiatriques sans consentement vers un établissement exerçant cette mission <sup>2</sup>.

Ce cadre juridique a deux conséquences : le temps passé aux urgences n'est pas pris en compte pour la comptabilisation des délais de l'intervention du juge et le patient admis aux urgences, le plus souvent en crise, est juridiquement en soins libres et ne peut donc faire légalement l'objet de mesures d'isolement ou de contention <sup>3</sup>.

Dans les faits, de telles mesures sont régulièrement mises en œuvre dans des services d'urgence qui disposent le plus souvent de chambres d'isolement <sup>4</sup>. Nombre de rapports de visite du CGLPL en font le constat.

---

1. Cass, 1<sup>re</sup> Civ, 20 novembre 2019, n° 18-50.070, publié.

2. Article L. 3211-2-3 du CSP.

3. À la date où la Cour de cassation s'est prononcée sur cette question, elle n'exerçait aucun contrôle sur les mesures d'isolement et de contention, et cette dernière problématique n'avait donc pas été prise en compte.

4. Tel était par exemple le cas dans l'affaire Cass., 1<sup>re</sup> Civ., 7 novembre 2019, n° 19-18.262, publié, qui relève que le requérant a été placé sous contention dans une chambre d'isolement d'un service d'urgence.

Ces mesures sont prises sans faire l'objet du contrôle prévu par le juge en cas d'hospitalisation en soins sans consentement. Si cette absence de contrôle pourrait éventuellement s'expliquer pendant un délai très réduit, le temps que soit prononcée l'admission du patient en soins sans consentement, elle n'est pas justifiable lorsque ce délai s'allonge. Or le temps passé aux urgences peut être particulièrement long et dépasser le délai de 48 heures prévu par les dispositions de l'article L. 3211-2-2 du CSP sans que cela n'ait d'incidence sur la régularité de la procédure d'admission en soins sans consentement<sup>1</sup>. De surcroît, ainsi que cela a déjà été évoqué, les services des urgences sont confrontés à d'importantes difficultés, aussi bien en amont, s'agissant de l'accueil des patients, qu'en aval, pour trouver des établissements disposant de lits disponibles pour accueillir ces patients.

La conjugaison de ces différents facteurs entraîne des atteintes significatives aux droits des patients, hors de tout contrôle du juge. Le CGLPL recommande en conséquence que toute mesure d'isolement et de contention appliquée à un patient aux urgences fasse l'objet d'un décompte dès la première minute de sa mise en œuvre, et que sa durée soit prise en compte au titre de la prise en charge en soins sans consentement supposée intervenir à l'issue du passage aux urgences du patient concerné. Lorsque ce dernier ne fait pas l'objet d'une telle mesure, il devrait en outre être mis en mesure de demander une indemnisation du préjudice ayant résulté pour lui de l'illégalité de la privation de liberté subie pendant son séjour aux urgences. En toute logique, la mise en place d'une mesure d'isolement ou de contention doit également être regardée comme celle de la mesure de soins sans consentement et constituer le point de départ du délai pris en compte pour l'intervention du juge.

---

1. Voir, par exemple, pour un dépassement de quelques heures de ce délai de 48 heures : Paris, 1, 12, 15 janvier 2024, n° 24/00023 ; Rennes, 5 décembre 2023, n° 23/00688 pour une admission le 13 novembre 2023 d'un patient examiné aux urgences le 10 novembre à 22 h.

## II – L'isolement et la contention des mineurs sont pratiqués sans base légale et sans contrôle

Un constat similaire peut être fait s'agissant des mineurs hospitalisés dans les établissements de santé mentale. L'insuffisante protection dont ils font l'objet, notamment du fait de l'absence de dispositions spécifiques régissant leur prise en charge a conduit le CGLPL à y consacrer récemment un avis <sup>1</sup>. La Cour de cassation en a quant à elle traité dans un important avis, rendu le 18 mai 2022 et mentionné dans son rapport annuel <sup>2</sup>, qui rappelle les différentes hypothèses dans lesquelles un mineur peut être admis en soins psychiatriques sous forme d'hospitalisation complète.

La majorité des mineurs hospitalisés en soins libres le sont à l'initiative des titulaires de l'exercice de l'autorité parentale, sur le fondement des articles L. 3211-10 et L. 3211-1 (1<sup>er</sup> alinéa) du CSP, ou sur décision prise par le juge des enfants intervenant au titre de l'assistance éducative <sup>3</sup> ou par le procureur de la République en cas d'urgence.

Il existe enfin deux hypothèses dans lesquelles un mineur peut être admis en soins psychiatriques sans son consentement : sur décision du représentant de l'État, lorsqu'il est atteint de troubles mentaux qui nécessitent des soins et compromettent la sûreté des personnes ou portent atteinte, de façon grave, à l'ordre public <sup>4</sup> ; sur décision de l'autorité judiciaire à la suite d'une déclaration d'irresponsabilité pénale pour cause de trouble mental <sup>5</sup>. Le code de la santé publique ne prévoit pas, en revanche, l'admission en soins psychiatriques sans consentement d'un mineur sur décision du directeur d'établissement à la demande d'un tiers ou des titulaires de l'exercice de l'autorité parentale.

---

1. CGLPL, *Avis du 6 octobre 2025 relatif aux enfants privés de liberté dans les établissements de santé mentale*.

2. Cass., avis., 18 mai 2022, n° 22-70.003, publié.

3. Articles 375, alinéa 1er, 375-3, 5° et article 375-9 du code civil.

4. Article L. 3213-1 du CSP.

5. Article 706-135 du code de procédure pénale.



Ainsi que le souligne le CGLPL dans son avis précité, alors que le consentement du patient mineur n'est pas requis pour son hospitalisation en soins libres, cette mesure n'est pas soumise au contrôle du juge et ne peut faire l'objet d'une contestation par le mineur. Dans ces conditions, le cadre juridique applicable à l'hospitalisation dite libre d'un mineur pose la question de l'articulation entre le principe de l'autorité parentale et celui de son consentement aux soins, et de sa faculté à participer à la prise de décisions le concernant.

La deuxième conséquence du cadre juridique applicable à l'hospitalisation en soins psychiatriques des mineurs est que les mesures d'isolement et de contention sont prohibées lorsque cette hospitalisation est faite en soins libres, ainsi que le rappelle très clairement la Cour de cassation dans son avis du 18 mai 2022. Certains mineurs en hospitalisation libre font pourtant l'objet de mesures d'isolement et de contention qui, dès lors qu'elles ne sont pas censées exister, ne sont, en droit, pas soumises au contrôle du juge.

En pratique, certains juges ont toutefois pu être saisis de demandes portant sur ces mesures, parfois dans le cadre d'une démarche concertée entre une juridiction et les établissements de santé de leur ressort, pour que les mineurs bénéficient de la même protection de leurs droits que les patients majeurs. Une telle pratique reste cependant minoritaire et il est particulièrement difficile de disposer de données actualisées sur cette question. L'analyse des données disponibles et de certaines décisions montre néanmoins que les juges ne prononcent pas systématiquement la mainlevée de telles mesures, même lorsqu'elles concernent des mineurs en hospitalisation libre <sup>1</sup>. En tout

---

1. Voir également, par exemple, l'ordonnance de la cour d'appel de Douai, 22 avril 2024, n° 24/00039 (a confirmé l'ordonnance du JLD du tribunal judiciaire de Douai refusant la mainlevée de la mesure) ; ordonnance de la cour d'appel de Bordeaux, 21 février 2023, n° 23/00826 (a ordonné la mainlevée d'une mesure d'isolement concernant un mineur en l'absence de certificat médical circonstancié permettant de justifier de la nécessité de la mesure).

état de cause, la situation est peu satisfaisante et l'ensemble des acteurs interrogés dans le cadre de l'élaboration de ce rapport apparaissent conscients du décalage entre cette interdiction de principe et la pratique de certains établissements de santé mentale, dont la principale conséquence est que les droits des patients mineurs sont en pratique moins respectés que ceux des majeurs.

Le rapport rendu en juillet 2023 par le comité de suivi précité soulignait ainsi la nécessité de définir un cadre légal pour les mesures d'isolement et de contention des mineurs, pour remédier à l'absence de contrôle du juge sur ces situations de fait. Toutefois, les travaux annoncés sur cette question, censés être initiés au cours du deuxième trimestre de l'année 2025 et impliquer diverses instances ministérielles n'ont, à ce jour, pas été engagés.

Tirant les conséquences de ces constats, d'une part et estimant que le recours à des mesures d'isolement et de contention à l'encontre d'un enfant est toujours contraire à son intérêt supérieur, d'autre part, le CGLPL recommande quant à lui la création d'un statut spécifique du mineur hospitalisé en psychiatrie qui dépasserait la distinction entre les régimes de soins libres et sans consentement ; ses principales composantes sont exposées dans l'avis précité relatif aux mineurs privés de liberté dans les établissements de santé mentale et impliqueraient notamment l'interdiction formelle de recourir à l'isolement et à la contention à l'encontre d'un patient mineur. Dans l'attente de l'instauration de ce statut par le législateur, le CGLPL recommande avec constance, à l'issue de ses visites, que soit proscrit le recours à l'isolement et à la contention des mineurs en soins libres et, d'autre part, que lorsque de telles mesures sont mises en œuvre au mépris de la loi, elles soient soumises au contrôle de l'autorité judiciaire, et levées par cette dernière en raison de leur illégalité manifeste.

### **III – Le placement en USIP échappe à tout cadre et à tout contrôle**

Les unités de soins intensifs en psychiatrie (USIP) ne constituent pas un objet juridique, au sens où elles n'ont aucune

existence normative. Les premiers projets de cette nature datent de 1991, avec la création d'une unité à Cadillac, en Gironde, dans l'objectif de proposer une structure se situant entre les structures classiques et les UMD<sup>1</sup>. Parce qu'elles ne font l'objet, contrairement aux UMD, d'aucun encadrement légal ou réglementaire ni même d'un recensement officiel exhaustif<sup>2</sup>, il n'est pas possible d'en donner une définition faisant consensus et qui recouvre l'ensemble des structures existantes. Elles peuvent être définies comme des structures intermédiaires, « unités intersectorielles recevant des patients hospitalisés en [soins sans consentement] ne remplissant pas les conditions d'admission en unités pour malades difficiles, mais dont les symptômes et le comportement ne permettent pas une prise en charge correcte dans les unités de psychiatrie générale »<sup>3</sup>.

La charte des USIP, adoptée par treize USIP en octobre 2024, sous l'égide de la Fédération française de soins psychiatriques intensifs (2FSPI) donne de ces organismes une définition informelle : « des unités intersectorielles de recours pour les patients de psychiatrie générale, qui proposent des soins renforcés de courte durée adossés à un savoir-faire spécifique dans un cadre contenant et sécurisé. Les USIP accueillent en hospitalisation complète des patients en soins sans consentement souffrant de troubles psychiatriques dépassant temporairement les capacités

---

1. Voir sur ce point la thèse d'Antoine Deguillaume, « Les USIP en France: étude descriptive sur leurs missions, leurs modalités de prise en charge et leur intégration dans le réseau de soins », 2017 ; ces structures sont nées « d'une double impulsion : la tendance à l'ouverture des unités d'admission, dans une logique d'humanisation et de respect des droits du patient » et « la saturation des UMD, peu nombreuses, délivrant des soins au long cours avec une mission spécifique et accueillant des patients présentant une dangerosité particulière ».

2. La docteure Clémence Bied, cheffe de service USIP et PAPV au centre hospitalier du Vinatier, à Bron, et présidente de la 2FSPI (fédération française des soins psychiatriques intensifs) en identifie 22.

3. Sophie Théron, maîtresse de conférences en droit public (HDR) à l'université Toulouse Capitole, *Dictionnaire de droit de la santé mentale et de la psychiatrie*, ELH éditions, 2023.

de prise en charge des services de secteur. L'intensivité des soins apportés est liée à l'hyper-individualisation de la prise en charge dans un environnement adapté, sécurisé et dédié avec une équipe formée. Ce dispositif s'intègre dans le cadre d'un parcours de soins cohérent et partagé en psychiatrie générale avec le maintien d'une continuité médicale et de lien avec le service adresseur ».

Ces structures font l'objet de critiques particulièrement virulentes d'acteurs majeurs du secteur<sup>1</sup>, qui dénoncent en particulier leur mise en place en dehors de tout cadre légal, mais également sans évaluation de la pertinence de leurs objectifs et de leurs modalités de fonctionnement. À l'inverse, les défenseurs des USIP mettent en avant l'individualisation des soins qu'elles permettraient, la possibilité de soulager les équipes des unités d'hospitalisation classique ou encore la satisfaction importante des patients concernant l'évolution des pratiques et la diversification des prises en charge proposées. En tout état de cause, il n'existe pas d'étude scientifique sur les effets d'une hospitalisation en USIP sur l'état de santé ultérieur des patients concernés (baisse du nombre et de la durée des hospitalisations ultérieures, rétablissement etc.).

Cette absence de cadrage – du cahier des charges des USIP, des moyens dont elles disposent ou de leur place dans le parcours de soins – conduit à une grande hétérogénéité des modèles, même si des critères communs peuvent être identifiés : unités fermées et sécurisées, prise en charge des états aigus<sup>2</sup> et de courte durée. L'USIP du centre hospitalier du Vinatier à Bron indique

---

1. Voir notamment le communiqué de presse de représentants des usagers patients et de personnels de la psychiatrie du 15 avril 2024, « Des soins intensivement asilaires : retour vers le futur des maisons de force » ; demande de moratoire sur les unités de soins intensifs en psychiatrie par la Fnapsy, mars 2023 ; demande de moratoire par les principaux représentants de la psychiatrie publique, « USIP : les symptômes de la dérive d'une psychiatrie sans boussole », juillet 2022.

2. Aurélie Franc et Valérie Lespez, « Les Usip, des unités non identifiées qui réinterrogent l'intensité des soins en psychiatrie », *ApmNews*, 6 juillet 2022.

ainsi accueillir des patients en soins sous contrainte pour un « programme intensif de soins » d'un mois renouvelable une fois dans l'année.

Le ministre chargé de la santé a confié à la commission nationale de la psychiatrie une mission de cadrage du secteur notamment pour obtenir un état des lieux exhaustif de ces unités. Les résultats de cette enquête n'ont toutefois pas été formalisés, d'après la DGOS, dans un format communicable. À la suite de cette enquête, et au vu de ses résultats, le groupe de travail réuni par la commission nationale de la psychiatrie a décidé que l'hétérogénéité constatée des différentes USIP ne permettait pas, à ce jour, d'engager d'autres travaux sur le sujet.

La seule démarche de cadrage effective est venue récemment des établissements eux-mêmes, avec la charte des USIP précitée, qui prévoit en particulier la recherche d'un équilibre proportionné entre sécurisation du soin et droits des patients, le renforcement des équipes pluri-professionnelles, une hospitalisation courte, ou encore un travail constant sur la diminution du recours à l'isolement et à la contention. Toutefois, outre que cette charte ne concerne qu'une partie des USIP, son respect et sa mise en œuvre ne font l'objet d'aucun contrôle et les engagements sont très peu différents de ce qu'on peut voir dans les unités d'admission ou de crise dites classiques (séjour de courte durée, renfort des équipes, unité fermée etc.).

En toute hypothèse, le placement en USIP a un impact fort pour les patients concernés. En premier lieu, un tel placement a une influence non négligeable sur la vie des malades, *a minima* en raison de l'atteinte au principe de proximité des soins et donc de l'éloignement des proches qu'elle implique. En second lieu, le qualificatif d'USIP ne protège aucunement de dérives constatées dans d'autres établissements et le CGLPL a pu dénoncer des manquements importants dans de telles unités. C'est par exemple le cas de l'USIP de Cadillac, qui accueille des patients des unités de l'ensemble des hôpitaux du département de la Gironde,

et pour laquelle le rapport de visite relevait en 2023<sup>1</sup> qu'elle était « totalement indigne dans son architecture et ses conditions matérielles de prise en charge », que les patients étaient exclusivement hébergés en chambre d'isolement et faisaient l'objet de multiples restrictions systématiques.

En premier lieu, on peut s'interroger sur la dérogation à la sectorisation territoriale à laquelle procèdent les USIP. En effet, l'article L. 3221-4 du CSP prévoit que le directeur général de l'ARS désigne, parmi les établissements de santé autorisés en psychiatrie et assurant le service public hospitalier, les établissements de santé assurant la mission de psychiatrie de secteur. Il affecte à chaque établissement ainsi désigné une zone d'intervention, appelée secteur psychiatrique<sup>2</sup>. Ainsi, « chaque établissement de santé mentionné à l'article L. 3221-1 est responsable de la lutte contre les maladies mentales dans les secteurs psychiatriques qui lui sont rattachés »<sup>3</sup>. Ces dispositions constituent le fondement de la sectorisation de la psychiatrie. Pour les UMD, l'article R. 3221-6 du même code prévoit une exception à cette sectorisation, en précisant que ces unités ont une vocation interrégionale et ne font pas partie des secteurs définis à l'article R. 3221-1 du CSP. En revanche, les textes ne prévoient pas de dérogations pour les USIP. On peut dès lors s'interroger sur la solidité juridique de l'exclusion des USIP du champ d'application du principe de sectorisation, en l'absence de dispositions réglementaires en ce sens.

La deuxième faiblesse tient aux incertitudes s'agissant de la possibilité et, le cas échéant, des modalités, d'un recours juridictionnel contre l'hospitalisation en USIP.

S'agissant des UMD, Le Conseil d'État a jugé que, dans la mesure où l'hospitalisation dans de telles unités se caractérisait, par rapport à une prise en charge dans le cadre de la psychiatrie

---

1. CGLPL, *Rapport de la deuxième visite du centre hospitalier spécialisé de Cadillac*, août 2023.

2. Article R. 3221-1 du CSP.

3. Article R. 3221-2 du CSP.

de secteur, par des mesures de sécurité particulières imposées aux personnes hospitalisées sans leur consentement et pouvait s'accompagner d'un éloignement important de l'établissement d'origine, une telle décision devait pouvoir faire l'objet d'un recours juridictionnel<sup>1</sup>. Ce raisonnement est parfaitement transposable concernant les USIP, au vu des caractéristiques de ces structures. Si le fait qu'aucun recours spécifique ne soit prévu ne semble pas faire obstacle à un recours de droit commun – à nouveau, l'analogie avec les UMD est forte – il reste que l'absence de cadrage juridique permettant de définir une USIP fragilise cette possibilité, la différence entre USIP et unité d'hospitalisation de droit commun étant dans certaines situations assez réduite.

---

1. CE 17 mars 2017, *Association cercle de réflexion et de proposition d'action sur la psychiatrie*, n° 397774.

# Chapitre 3

## Des pistes pour protéger les droits des patients

### Section 1

#### Renforcement et amélioration des procédures existantes

De nombreux interlocuteurs rencontrés pour la rédaction de ce rapport, ont insisté sur la nécessaire stabilité de la norme, dont l'appropriation, si elle est désormais bien engagée, a été progressive et dont il s'agit désormais de tirer les bénéfices. Les pistes d'évolution tracées ci-dessous s'inscrivent donc dans une logique de perfectionnement et non de refondation.

#### I – Permettre aux patients de se saisir plus aisément de leurs droits

##### A – Garantir l'information des patients

La Cour européenne des droits de l'homme assimile l'hospitalisation d'office à une arrestation et lui applique les obligations découlant de l'article 5 § 2 de la Convention européenne de sauvegarde des droits de l'homme et des libertés fondamentales relatif au droit à l'information de la personne



détenue<sup>1</sup>. En outre, l'information du patient fait partie des critères de certification de la Haute autorité de santé dont le référentiel de 2025<sup>2</sup> fixe un critère tenant à ce que le patient « connaît les informations nécessaires à son séjour »<sup>3</sup>. Enfin, dans un avis du 15 février 2011 relatif aux mesures d'hospitalisation d'office, le CGLPL estimait que l'absence ou l'insuffisance de l'information relative au droit de contester la mesure entravait le recours effectif de la personne soumise aux soins sans consentement.

Or, la délivrance au patient ou à ses proches de l'information relative à la décision d'admission ou à la décision d'isolement ou de contention peut être particulièrement délicate au moment critique de l'admission ou dans le contexte d'une mesure d'isolement ou de contention. Elle implique donc qu'une réflexion soit menée, au niveau national et au sein des établissements hospitaliers, à ce sujet, comme c'est déjà le cas pour certains d'entre eux.

Il convient tout d'abord de rappeler à quelles obligations d'information sont tenus les établissements. En premier lieu, s'agissant de la décision d'admission elle-même, aux termes de l'article L. 3211-3 du CSP, avant chaque décision prononçant le maintien des soins ou définissant la forme de la prise en charge, le patient est, dans la mesure où son état le permet, informé de ce

---

1. CEDH 21 février 1990, *Van der Leer c/ Pays-Bas*, n° 11509/85.

2. HAS, *Référentiel de certification des établissements de santé pour la qualité des soins*, 2025.

3. Ce critère est explicité comme suit : « Afin de garantir une prise en charge sereine et bien organisée, le patient doit recevoir des informations sur les modalités d'accueil, les règles de fonctionnement, les soins qui lui seront prodigués, ainsi que les professionnels de santé qui interviendront. Les informations concernent également ses droits, tels que l'accès à son dossier médical, les horaires de visite, et les conditions de sortie. Une bonne communication de ces éléments lui permet de mieux comprendre son parcours de soins, de réduire l'anxiété liée à son hospitalisation et de faciliter sa participation active ».

projet de décision et mis à même de faire valoir ses observations <sup>1</sup>. Il est en outre informé, d'une part, le plus rapidement possible et d'une manière appropriée à son état, de la décision d'admission ou de maintien en hospitalisation sous contrainte, ainsi que des raisons qui la motivent, d'autre part, dès l'admission ou aussitôt que son état le permet et, par la suite, à sa demande et après chacune des décisions de maintien, de sa situation juridique, de ses droits <sup>2</sup>, des voies de recours qui lui sont ouvertes et des garanties qui lui sont offertes. L'avis du patient sur les modalités des soins doit être recherché et pris en considération dans toute la mesure du possible. Or, le CGLPL a visité plusieurs établissements où l'information des droits des patients fait défaut. Au centre hospitalier de la Haute-Marne à Saint Dizier <sup>3</sup>, les dates de notifications des décisions d'hospitalisation sans consentement et d'information ne sont pas indiquées. De même au pôle de psychiatrie du centre hospitalier d'Arles <sup>4</sup>, aucun document reprenant les droits des patients hospitalisés en soins sans consentement, tels que définis par l'article L. 3211-3 du CSP n'est affiché ni notifié. Ces droits ne sont pas connus des professionnels et ne peuvent donc être expliqués aux patients.

---

1. Cette procédure contradictoire préalable n'est pas applicable à la décision d'admission en soins psychiatriques (Cass., 1re Civ., 29 septembre 2021, n° 20-14.611, publié).

2. Droit de communiquer avec le représentant de l'État dans le département, le président du tribunal judiciaire, le procureur de la République et le maire de la commune ; de saisir la commission départementale des soins psychiatriques et lorsqu'il est hospitalisé, la commission des usagers ; de porter à la connaissance du Contrôleur général des lieux de privation de liberté des faits ou situations susceptibles de relever de sa compétence ; de prendre conseil d'un médecin ou d'un avocat de son choix ; d'émettre ou de recevoir des courriers ; de consulter le règlement intérieur de l'établissement et de recevoir les explications qui s'y rapportent ; d'exercer son droit de vote ; de se livrer aux activités religieuses ou philosophiques de son choix.

3. CGLPL, *Rapport de la deuxième visite du centre hospitalier de la Haute-Marne à Saint-Dizier et Chaumont*, février 2024.

4. CGLPL, *Rapport de visite du pôle de psychiatrie du centre hospitalier d'Arles*, juin 2024.

En second lieu, s'agissant des mesures d'isolement et de contention, comme indiqué au *Chapitre 1, Section 2, I*, lorsque l'état du patient rend nécessaire le renouvellement de la mesure au-delà de la soixante-douzième heure d'isolement ou de la quarante-huitième heure de contention, le directeur de l'établissement qui a saisi le juge judiciaire informe le patient de cette saisine et lui indique qu'il peut être assisté ou représenté par un avocat et demander à être entendu par le juge. L'établissement informe en outre un proche du patient de son droit de saisir le juge aux fins de mainlevée d'une mesure d'isolement ou de contention, lors du premier renouvellement de la mesure, *i.e.* dès que la mesure atteint la durée cumulée de quarante-huit heures d'isolement ou de vingt-quatre heures de contention<sup>1</sup>.

Pour mémoire, l'article L. 3222-5-1 du CSP ne prévoit pas que le patient soit immédiatement informé de son droit de demander la mainlevée de la décision de placement en isolement ou sous contention dont il fait l'objet, et le Conseil constitutionnel a jugé que cette absence d'information ne méconnaissait pas, compte tenu de l'ensemble des voies de droit ouvertes et du contrôle exercé par le juge judiciaire, le droit à un recours juridictionnel effectif<sup>2</sup>.

Pour la mise en œuvre de ces obligations, une attention spécifique doit être portée aux modalités de délivrance de l'information.

En termes de temporalité, il est nécessaire de délivrer celle-ci aux patients et à leurs proches à différents moments de l'hospitalisation, non seulement au moment où la mesure est prise mais aussi en amont des moments de crise : d'une part de manière collective, par l'affichage dans chaque unité de soins des informations relatives à la commission des usagers, à la commission départementale de soins psychiatriques, à la liste des droits des patients en soins sans consentement tels que définis par l'article L. 3211-3 du CSP et au tableau de l'ordre des avocats local à jour ; d'autre part de manière individualisée, notamment par la remise d'un livret d'accueil comportant des informations actualisées concernant les

---

1. Articles R. 3211-31 et R. 3211-31-1 du CSP.

2. Décision n° 2023-1040/1041 QPC du 31 mars 2023.

droits – remise qui doit s'accompagner d'explications – et au moment de la rédaction des directives anticipées en psychiatrie.

Il convient d'encourager le développement d'outils spécifiques pour faciliter une telle information, susceptibles de prendre différentes formes :

- des brochures écrites, en particulier de livrets d'accueil, comme le document de l'Assistance publique-Hôpitaux de Paris (APHP), disponible en plusieurs langues, s'agissant de l'hospitalisation sous contrainte et des voies de recours ouvertes contre la décision d'admission, intitulé « Vous êtes hospitalisé sans votre consentement », ainsi que le document intitulé « Vous faites l'objet d'une mesure d'isolement ou de contention, les informations suivantes sont portées à votre connaissance » de l'établissement public de santé mentale de Saône-et-Loire à Sevrey <sup>1</sup> ;

- une information permanente sur des panneaux d'affichage au sein de l'unité de soins ou encore d'ateliers à destination des patients ;

- des réunions régulières, comme à la clinique psychiatrique de Beaupuy <sup>2</sup>, où une assistante médico-administrative spécifiquement formée, référente de la gestion des soins sans consentement, assure une réunion hebdomadaire d'information à destination de tous les patients concernés.

Le ministère chargé de la santé pourrait mettre à disposition des établissements des ressources librement accessibles en ligne pour l'information des patients et des familles, en particulier, des vidéos en plusieurs langues, car les établissements ne disposent pas nécessairement des moyens d'élaborer ce type de support au niveau local.

S'agissant de la notification de la décision d'admission en soins psychiatriques sans consentement, comme indiqué au *Chapitre 1*,

---

1. CGLPL, *Rapport de la deuxième visite de l'établissement public de santé mentale de Saône-et-Loire à Sevrey*, juin 2024.

2. CGLPL, *Rapport de la deuxième visite de la clinique psychiatrique de Beaupuy*, février 2024.

*Section 1, III*, la Cour de cassation vérifie que le patient a été informé le plus rapidement possible de la décision d'admission <sup>1</sup>. Lorsque le patient ne parle pas français, la notification doit être traduite, *via* un interprète ou un document écrit : par une ordonnance du 11 juin 2024 <sup>2</sup>, la cour d'appel de Paris a ainsi prononcé la mainlevée d'une décision d'admission en soins psychiatriques sans consentement pour péril imminent d'une patiente anglophone ne comprenant pas le français, au motif que si certains entretiens avec les médecins avaient eu lieu en anglais, il n'était pas établi que les informations sur sa situation, les notifications des décisions la concernant et l'information sur ses voies de recours aient été réalisées en anglais ou dans toute autre langue qu'elle comprendrait et maîtriserait suffisamment, et que cette méconnaissance de la procédure administrative portait nécessairement atteinte à ses droits.

L'information doit être la plus complète possible. Comme évoqué au *Chapitre 1, Section 1, I*, le CGLPL a notamment relevé que les certificats médicaux n'étaient pas remis systématiquement aux patients lors de la notification de la décision d'admission. Dans ses recommandations en urgence du 19 août 2022 relatives à l'établissement public de santé mentale de Vendée à La Roche-sur-Yon, il a rappelé que « Les médecins et soignants ne sauraient alléguer, comme certains le font, un prétendu "intérêt du patient", exciper que celui-ci "ne va rien comprendre" ou encore invoquer la crainte d'un impact clinique négatif pour justifier la privation du patient de ses droits à l'information. [...] Un livret d'accueil comportant des informations à jour doit être donné à chaque patient dès son admission. Les patients en soins sans consentement doivent, à chaque étape de la procédure, recevoir toutes les informations relatives à leur statut, leurs droits, ainsi qu'aux moyens de formuler des requêtes auprès de l'établissement et des autorités hiérarchiques, judiciaires, de tutelle ou de contrôle. À ce titre, ils doivent être

1. Cass., 1<sup>re</sup> Civ., 15 octobre 2020, n° 20-14.271, publié

2. Paris 11 juin 2024, n° RG 24/00306

clairement informés des motifs de la mesure dont ils font l'objet par la transmission d'une copie des certificats médicaux qui en sont le support ou par la reprise de leurs termes. Ces informations doivent leur être transmises sur un support qu'ils peuvent conserver. »

Dans son rapport de visite du centre hospitalier intercommunal de Fréjus – Saint-Raphaël <sup>1</sup>, le CGLPL a regretté que « s'agissant de l'information écrite, aucun support décrivant le cadre juridique des soins sans consentement [ne soit] mis à la disposition des patients. Si un document intitulé "vos droits et voies de recours" est affiché dans chaque unité et remis à chaque patient lors de la notification de la décision d'admission, cette information apparaît partielle en ce qu'elle ne permet pas aux patients de comprendre le cadre juridique de leur hospitalisation, dès lors l'exercice de leurs droits est limité ».

Concernant la personne qui donne l'information au patient ou à ses proches, certains établissements hospitaliers font le choix d'un membre de l'équipe soignante, d'autres d'un responsable administratif. Si la seconde solution permet une distanciation claire entre l'auteur de la décision et la possibilité de la contester, elle place le patient face à une personne qu'il ne connaît pas. La majorité des interlocuteurs interrogés à cet égard se prononcent en faveur d'une information délivrée par un membre de l'équipe soignante (en général un médecin ou un infirmier diplômé d'État). La qualité de cette information dépend toutefois de la formation des équipes soignantes sur les droits des personnes hospitalisées sans consentement.

### RECOMMANDATION N° 1

Accompagner la remise de documents d'information écrits par des explications, fournies de préférence par un membre de l'équipe soignante.

---

1. CGLPL, *Rapport de visite du centre hospitalier intercommunal de Fréjus – Saint-Raphaël*, septembre 2024.

## RECOMMANDATION N° 2

Lors de la notification de la décision d'admission ou de maintien en soins sans consentement, remettre aux patients les -certificats médicaux qui fondent cette décision ainsi que la liste de leurs droits, sur un support qu'ils peuvent conserver.

## RECOMMANDATION N° 3

Mettre à disposition des établissements de santé et du public des ressources pour l'information des patients sur leurs droits, en plusieurs langues, expliquant de manière simple leurs droits aux patients hospitalisés sans consentement.

### B – Garantir l'accès des patients au juge

Au regard de la spécificité des justiciables en cause, une attention particulière doit être portée à la garantie de leur accès au juge. L'importance de l'audience s'en trouve renforcée, comme en atteste Stéphanie Gargoullaud, témoignant de son expérience de magistrate dans un article paru en 2025 <sup>1</sup> : « ce qui est dit à l'audience est respectueux, de la part des "patients", qui quittent ce statut le temps de l'audience pour devenir des "personnes" admises en soins psychiatriques sans consentement reconnaissantes d'être considérées comme des citoyens. Ce qui est dit distingue les dimensions sécuritaires et soignantes parfois entremêlées et rappelle que si des restrictions à l'exercice des libertés individuelles doivent être mises en œuvre, celles-ci ne peuvent être qu'adaptées, nécessaires et proportionnées en application de l'article L. 3211-3 du CSP. L'évolution qualitative du contenu de la majorité des certificats médicaux en témoigne ».

1. « Le juge et la politique de santé mentale. L'exemple des soins psychiatriques sans consentement », *Les Tribunes de la santé*, mars 2025.

En premier lieu, les textes posent le principe que le patient n'est pas auditionné lorsqu'un avis médical motivé établit que des motifs médicaux font obstacle, dans son intérêt, à son audition. Pour mémoire, cette audition est systématique lors du contrôle des mesures d'hospitalisation complète, et peut être demandée par le patient lors du contrôle des mesures d'isolement et de contention <sup>1</sup>.

S'agissant du contrôle des mesures d'hospitalisation complète, la pratique de certains établissements semble révéler une présomption de « non-auditionnabilité » contraire aux textes (cf. *Chapitre 1, Section 2, II*). Ainsi, dans ses recommandations en urgence du 19 août 2022 relatives à l'établissement public de santé mentale de Vendée à La Roche-sur-Yon, le CGLPL relève que « De très nombreux patients hospitalisés sans consentement ne comparaissent pas à l'audience du juge des libertés et de la détention, alors que celle-ci se tient sur le site de l'hôpital [...]. Les certificats médicaux attestant de l'incompatibilité de l'état de certains patients avec leur audition par le JLD sont des documents types non motivés, alors que le code de la santé publique exige qu'ils le soient et précise que les motifs doivent être médicaux et faire obstacle à l'audition du patient dans l'intérêt de ce dernier. De plus, ces certificats médicaux sont souvent rédigés plusieurs jours avant la date de l'audience, jusqu'à quatre ou cinq jours, alors que l'état de santé du patient, s'il est réellement en cause, peut évoluer favorablement dans l'intervalle. [...] Entre le 1<sup>er</sup> janvier et le 21 juin 2022, 103 certificats médicaux de non-présentation ont été rédigés pour 330 convocations devant le JLD, soit 31 %. Malgré ce taux particulièrement élevé, aucune analyse des situations d'incompatibilité ne semble être réalisée ».

S'agissant du contrôle des mesures d'isolement et de contention, au vu de la nature de ces mesures, et tout particulièrement des mesures de contention, l'audition peut être plus délicate, et

---

1. Article L. 3211-12-2 du CSP.



il n'est pas en soi préoccupant que l'état du patient fasse plus souvent obstacle à son audition que dans le cadre du contrôle des mesures d'hospitalisation complète. Toutefois, les établissements doivent se garder de considérer que le placement à l'isolement ou sous contention fait par lui-même obstacle à l'audition, lorsque le patient la demande. Selon l'enquête de septembre 2022 du ministère chargé de la santé, 13 % des établissements de santé soulevaient alors un obstacle systématique à l'audition du patient <sup>1</sup>. Dans ses recommandations en urgence précitées relatives à l'établissement public de santé mentale de Vendée à La Roche-sur-Yon, le CGLPL relève que « dans le cadre du contrôle du JLD relatif aux renouvellements des mesures d'isolement et de contention, les avis médicaux motivés, joints à la saisine du JLD par le directeur, précisent systématiquement que l'état de santé du patient "ne lui permet pas d'être entendu par le juge des libertés et de la détention", sans que cette précision ne soit étayée par un argument clinique ». Dans son rapport de visite du centre hospitalier intercommunal de Fréjus – Saint-Raphaël <sup>2</sup>, le CGLPL relève que « dans les faits, les auditions du patient par le JLD, même par téléphone, sont rares. Dans la majorité des cas, le médecin estime que le patient n'est pas en état d'être entendu et le juge statue sur dossier, après avoir recueilli les observations de l'avocat qui est systématiquement désigné ».

Pour pallier ces difficultés, il est préconisé de mettre en place, au niveau de chaque établissement, un suivi des avis de non-auditionnabilité, s'agissant du contrôle juridictionnel tant des mesures d'hospitalisation complète que des mesures d'isolement et de contention, ainsi qu'une remontée des données correspondantes aux ARS et au niveau national, afin qu'une réflexion fondée sur des éléments objectifs puisse être menée au sein de

---

1. Rapport de juillet 2023 du comité de suivi de la réforme de la procédure de contrôle juridictionnel systématique des mesures d'isolement et de contention.

2. CGLPL, *Rapport de visite du centre hospitalier intercommunal de Fréjus – Saint-Raphaël*, septembre 2024.

chaque établissement sur ses pratiques et que d'éventuels rappels puissent, le cas échéant, être effectués auprès d'établissements présentant des taux de non-auditionnabilité anormaux.

En second lieu, s'agissant des mesures d'isolement et de contention, la possibilité de recourir à des moyens de communication audiovisuelle n'est pas sans poser un certain nombre de questions. Dans son rapport de juillet 2023 précité, le comité de suivi de la réforme de la procédure de contrôle juridictionnel systématique des mesures d'isolement et de contention juge inadaptée l'utilisation de la visioconférence : « le recours aux moyens d'audition à distance est possible : / – en principe par un moyen de communication audiovisuelle. Le support n'est pas précisé par les textes, mais il doit être choisi de manière à assurer la qualité de la transmission et la confidentialité des échanges. Il peut s'agir d'une tablette ou d'un autre matériel de visioconférence mobile ou fixe. / – par exception, par téléphone. / Pour autant, les membres du comité s'accordent à dire que la visioconférence est un outil inadapté pour certains de ces justiciables compte tenu de leur état de santé. Leur consentement à l'audition à distance peut en outre être difficile à recueillir. / Cependant, il est nécessaire de souligner que, sur les 3 016 saisines du mois de juin 2022 relatives à une mesure d'isolement ou de contention, 385 ont donné lieu à une audition du patient par visioconférence ou par téléphone, soit 12,8 % des saisines [...]. Dès lors, l'impact organisationnel de la suppression de cet outil devra être expertisé. En effet, le choix de la visioconférence est souvent un palliatif indispensable face à l'impossibilité de se déplacer pour les acteurs de terrain Justice ou face à l'impossibilité de faire déplacer le patient en salle d'audience au regard de son état pour les acteurs du ministère de la santé ». Ce rapport formule par conséquent une préconisation tendant à prioriser, lorsque le patient a consenti à l'audition à distance, le recours aux moyens téléphoniques sur la visioconférence.

En outre, selon l'enquête de septembre 2022 du ministère chargé de la santé, 27 % des auditions étaient alors réalisées dans la salle d'audience de l'hôpital, 15 % dans la chambre

d'isolement du patient, 3 % dans le bureau de l'unité. 55 % des auditions étaient réalisées par d'autres moyens : majoritairement par téléphone, mais également en visioconférence ou encore dans la salle d'audience du centre hospitalier spécialisé près de l'établissement. Il ressort également de cette enquête que de nombreux magistrats et greffiers refusent de se rendre en chambre d'isolement et de contention pour des raisons de sécurité, et que certaines juridictions, après saisine du comité d'hygiène, de sécurité et des conditions de travail (CHSCT), ont donné pour consignes à leurs agents de ne plus se rendre dans ces chambres.

Pour mémoire, par un avis du 14 octobre 2011<sup>1</sup>, le CGLPL mettait en garde contre le développement inconsidéré de la technique de la visioconférence, qui emporte le risque de porter atteinte aux droits de la défense<sup>2</sup>, et émettait un certain nombre de recommandations à cet égard. À cette date, l'article L. 3211-12-2 du CSP prévoyait la possibilité de recourir à la visioconférence pour l'audience tenue dans le cadre d'une requête contre la mesure d'hospitalisation complète, sous réserve de l'absence d'opposition du patient et qu'un avis médical établisse la compatibilité du procédé avec son état. À la suite de cet

---

1. Avis du CGLPL du 14 octobre 2011 relatif à l'emploi de la visioconférence à l'égard de personnes privées de liberté.

2. « Dans de nombreux autres cas toutefois, la visioconférence constitue un affaiblissement des droits de la défense en ce qu'elle met fin à la présence physique du comparant qui est aussi un moyen d'expression (d'autant plus que bon nombre de prévenus ont de grandes difficultés à s'exprimer oralement). Elle suppose une facilité d'expression devant une caméra ou devant un pupitre et une égalité à cet égard selon les personnes qui sont loin d'être acquises, notamment pour celles souffrant d'affections mentales. Dans les cas où la personne bénéficie d'un avocat, ce dernier est contraint d'avoir à choisir entre se trouver auprès du juge (ce qui se fait dans la majorité des cas) ou demeurer auprès de son client : les liens avec l'un ou l'autre s'en trouvent moins aisés et la tâche du conseil rendue plus difficile. Des aléas techniques peuvent accentuer les difficultés (montrer un document, contester la présentation d'un objet...) ».

avis du CGLPL, la loi n° 2013-869 du 27 septembre 2013<sup>1</sup> a supprimé la faculté de recourir à la visioconférence pour la tenue d'une telle audience.

S'agissant du contrôle des mesures d'isolement et de contention, l'audience n'est pas obligatoire, mais doit se tenir si le patient le demande ; elle peut être réalisée par tout moyen de télécommunication audiovisuelle ou téléphonique. Les délais de la procédure doivent être pris en compte dans ce choix, mais on ne peut oublier que l'état du patient isolé ou contenu peut être incompatible avec l'une ou l'autre de ces modalités.

#### **RECOMMANDATION N° 4**

Mettre en place un suivi des avis de non-auditionnabilité, s'agissant du contrôle juridictionnel tant des mesures d'hospitalisation complète que des mesures d'isolement et de contention, ainsi qu'une remontée des données correspondantes.

#### **RECOMMANDATION N° 5**

Ne recourir aux systèmes de télécommunication pour les auditions dans le cadre du contrôle des mesures d'isolement et de contention que lorsque l'état du patient fait obstacle à sa présentation au juge.

### **C – Renforcer les commissions départementales des soins psychiatriques**

Nombre des interlocuteurs rencontrés dans le cadre de l'élaboration du présent rapport ont regretté l'affaiblissement des

---

1. Loi modifiant certaines dispositions issues de la loi no 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.

commissions départementales des soins psychiatriques (CDSP) et appelé de leurs vœux un renforcement de leurs moyens et une revalorisation de leur rôle.

Les CDSP sont chargées d'examiner la situation des personnes admises en soins psychiatriques sans consentement au regard du respect des libertés individuelles et de la dignité des personnes<sup>1</sup>. Leur composition est la suivante : deux psychiatres, dont un seul peut exercer dans un établissement habilité à recevoir des patients en soins sans consentement, deux représentants d'associations agréées de personnes malades et de familles de personnes atteintes de troubles mentaux et un médecin généraliste<sup>2</sup>. La loi n° 2019-2022 du 23 mars 2019 de programmation pour la réforme de la justice a supprimé le magistrat qui y siégeait jusqu'alors, ce qu'ont déploré plusieurs personnes interrogées dans le cadre de ce rapport, estimant que cette suppression participait de la perte de consistance et d'influence de ces commissions. Le CGLPL avait également alerté les autorités compétentes sur le recul que constituait cette suppression<sup>3</sup>. Il observe en outre que, compte-tenu du rôle désormais joué par les avocats dans le contentieux des soins sans consentement, le bâtonnier pourrait être représenté dans les CDSP.

Les textes confient aux CDSP des pouvoirs et prérogatives étendus. En application de l'article L. 3223-1 du CSP, elles sont informées de toute décision d'admission ou de maintien en soins psychiatriques et de toute décision y mettant fin, examinent en tant que de besoin la situation des patients concernés et reçoivent leurs réclamations ou celles de leur conseil. Elles sont obligatoirement saisies de la situation des patients en soins pour péril imminent avant l'expiration d'un délai de trois mois à compter

---

1. Article L. 3222-5 du CSP.

2. Article L. 3223-2 du CSP. Tous les membres de la CDSP sont nommés par le préfet de département, à l'exception de l'un des deux psychiatres, nommé par le procureur général près la cour d'appel.

3. CGLPL, *Rapport d'activité 2019*, page 25.

de la décision d'admission puis tous les six mois, et de la situation des patients pour lesquels les soins se prolongent au-delà d'une durée d'un an.

Elles peuvent saisir le préfet de département ou le procureur de la République de la situation d'un patient, ont un droit de visite des établissements habilités qu'elles exercent au moins deux fois par an et ont accès à l'ensemble des bâtiments de soins, au registre de l'établissement et au registre concernant l'isolement et la contention, au dossier administratif des patients et, s'agissant des seuls médecins, à leur dossier médical <sup>1</sup>. Elles adressent chaque année un rapport d'activité au magistrat du siège du tribunal judiciaire compétent dans son ressort, au préfet de département, au directeur général de l'ARS, au procureur de la République et au Contrôleur général des lieux de privation de liberté.

La CDSP peut demander la levée d'une mesure de soins psychiatriques sans consentement à la demande d'un tiers ou en cas de péril imminent : dans ce cas, le directeur de l'établissement est tenu de prononcer la mainlevée <sup>2</sup>. Elle peut également proposer la levée d'une mesure de soins sans consentement sur décision du représentant de l'État <sup>3</sup>, et proposer au juge la levée d'une mesure de soins psychiatriques <sup>4</sup>. Pour l'exercice de cet office, les CDSP sont informées des décisions d'admission, de leur maintien, de leur renouvellement, des décisions levant ces mesures et des décisions de prise en charge sous une autre forme que celle d'une hospitalisation complète <sup>5</sup>.

---

1. Article R. 3223-6 du CSP.

2. Article L. 3212-9 du CSP.

3. Article L. 3213-4 du CSP.

4. Article L. 3223-1 du CSP.

5. Article R. 3223-8 du CSP. La Cour de cassation a jugé que le défaut d'information de la commission des décisions d'admission peut porter atteinte aux droits de la personne concernée et justifier une mainlevée de la mesure (Cass., 1<sup>re</sup> Civ., 18 janvier 2023, n° 21-21.370, publié).

Les pouvoirs et compétences étendus des CDSP, ainsi que leur périmètre d'intervention, leur donnent un statut privilégié d'observateur du fonctionnement de chaque établissement en matière d'hospitalisation sans consentement. Elles constituent, par conséquent, un acteur important pour veiller au respect des droits des patients hospitalisés sans consentement.

Toutefois, si les textes prévoient que les CDSP se réunissent au moins une fois par trimestre <sup>1</sup>, plusieurs des interlocuteurs interrogés en amont de ce rapport relèvent la difficulté à mobiliser des médecins psychiatres et généralistes pour armer ces commissions. Par exemple, dans son rapport de visite du centre hospitalier spécialisé Saint-Ylie Jura <sup>2</sup>, le CGLPL constatait que la CDSP avait « interrompu ses travaux depuis 2018 car seul le président, psychiatre de l'établissement, avait accepté de renouveler son mandat. Depuis 2023, l'ARS a réussi à trouver un médecin généraliste acceptant d'exercer ces missions. Une représentante de l'UNAFAM fait également partie de la CDSP ». Au Centre hospitalier de Moulins-Yzeure <sup>3</sup>, le CGLPL constatait que la CDSP « est à nouveau active depuis l'été 2023 après une période d'inactivité de plusieurs années liée à des difficultés de recrutement de ses membres. Sa composition actuelle [...] n'est d'ailleurs toujours pas conforme au code de la santé publique à défaut de psychiatre désigné par le procureur général près la cour d'appel, de médecin généraliste et de représentant d'une association agréée en charge de personnes malades ». À l'occasion de sa visite du centre hospitalier Gérard Marchant à Toulouse <sup>4</sup>, il relevait qu'« au moment du contrôle, le poste de médecin généraliste était vacant », et que

---

1. Article R. 3223-5 du CSP.

2. CGLPL, *Rapport de la deuxième visite du centre hospitalier spécialisé Saint-Ylie Jura à Dole*, novembre 2023.

3. CGLPL, *Rapport de visite du pôle de psychiatrie du centre hospitalier de Moulins-Yzeure*, avril 2024.

4. CGLPL, *Rapport de la deuxième visite du centre hospitalier Gérard Marchant à Toulouse*, juillet 2024.

« la CDSP est destinataire de très peu de plaintes des patients ou de leurs proches : six en 2023 et une seule en 2022, pour l'ensemble des établissements de santé de sa compétence. [...] l'existence et le rôle de la CDSP sont inconnus des patients et de la grande majorité des soignants ».

Enfin, plusieurs personnes rencontrées constatent, d'une part, que l'examen obligatoire des CDSP concernant les patients en soins pour péril imminent (avant l'expiration d'un délai de trois mois à compter de la décision d'admission, puis tous les six mois) et les patients pour lesquels les soins se prolongent au-delà d'une durée d'un an, n'est pas toujours effectué ; d'autre part, que les pièces devant être transmises aux CDSP dans le cadre d'une hospitalisation à la demande d'un tiers ou pour péril imminent <sup>1</sup> ne le sont pas systématiquement, ce qui obère leur capacité à accomplir leurs missions et à proposer, le cas échéant, la levée des mesures correspondantes.

Par ailleurs, nombreuses sont les CDSP qui ne visitent pas les établissements deux fois par an et méconnaissent en cela les obligations de l'article R. 3223-6 du CSP. Par exemple, le CGLPL a constaté que des établissements tels que le centre hospitalier spécialisé de Saint-Rémy <sup>2</sup>, et le centre hospitalier de la Haute-Marne <sup>3</sup> n'ont pas fait l'objet de ces deux visites annuelles.

## RECOMMANDATION N° 6

Réintroduire un magistrat dans la composition des commissions départementales des soins psychiatriques afin de leur conférer une plus grande légitimité sur le terrain juridique.

---

1. Article L. 3212-7 du CSP : les copies des certificats, avis ou évaluations sont adressées sans délai par le directeur de l'établissement d'accueil à la CDSP.

2. CGLPL, *Rapport de visite du centre hospitalier spécialisé de Saint-Rémy et Nord Franche-Comté – Site de Saint-Rémy-en-Comté*, juillet 2024.

3. CGLPL, *Rapport de la deuxième visite du centre hospitalier de la Haute-Marne à Saint-Dizier et Chaumont*, février 2024.



### **RECOMMANDATION N° 7**

Introduire un représentant du bâtonnier dans les commissions départementales des soins psychiatriques.

### **RECOMMANDATION N° 8**

Assurer l'attractivité des fonctions de membres de la commission départementale des soins psychiatriques.

## **II – Garantir une procédure pratique et cohérente**

### **A – Encourager le dialogue et la concertation**

L'ensemble des acteurs souhaite un dialogue nourri entre les intervenants dans la procédure – hôpital, tribunal judiciaire, avocats – afin d'assurer sa fluidité.

Selon l'enquête de septembre 2022, 92 % des établissements répondants indiquent que des rencontres avec le JLD et le tribunal judiciaire sont organisées. Les 8 % qui ne le font pas indiquent que c'est soit du fait de l'absence de réponse du JLD soit par manque de temps. Si dans la majorité des cas, les relations entre hôpitaux et tribunaux sont bonnes, quelques points de tensions peuvent être identifiés : la levée de mesures non adaptées à l'état clinique du patient, le circuit de transmission de l'information, et des divergences d'interprétation des textes. Certains établissements expriment également une incompréhension face à ce qu'ils qualifient de remise en cause de décisions médicales et de mainlevées « sur le fond ».

L'instruction précitée du ministre chargé de la santé prévoit que « des temps de concertation réguliers entre les établissements de santé autorisés en psychiatrie, le Président du tribunal judiciaire et les JLD doivent être mis en place, afin d'appréhender les exigences juridiques, notamment : / – Les documents et pièces à transmettre au juge ;

/ – Les modalités de mise en œuvre d'une décision de mainlevée ;  
/ – Les modalités effectives de recours pour les patients. / Des temps et des espaces d'échange doivent être mis en place à fréquence régulière au niveau territorial entre les présidents des tribunaux judiciaires, les juges des libertés et de la détention, le président de la CDSP, les directions et les commissions médicales d'établissement (CME) des établissements concernés et les ARS. Ils ont pour but d'apprécier les déclinaisons locales d'application de la réglementation et d'appréhender collectivement les difficultés du terrain afin d'y apporter des solutions. »

Dans cette même perspective, un modèle de convention locale a été élaboré par le comité de suivi de la réforme du contrôle des mesures d'isolement et de contention dans le cadre des soins psychiatriques sans consentement.

Enfin, des initiatives locales ont permis d'associer également les avocats à cette concertation, par exemple à Lille, où un comité de pilotage dont fait partie l'ordre des avocats local a été institué.

### RECOMMANDATION N° 9

Généraliser les conventions organisant la concertation entre établissements hospitaliers et juridictions et associer les barreaux à ces échanges.

## B – Doter les acteurs d'outils adaptés

Le comité de suivi préconisait dans son rapport de juillet 2023 d'achever la création d'un minutier électronique pour permettre la signature dématérialisée des décisions, afin de sécuriser juridiquement la signature à distance des décisions, particulièrement utile pour le traitement du contentieux les week-ends et jours fériés. Le ministre de la justice indique qu'un tel minutier électronique, utilisable par les magistrats et par les greffiers, finalisé au cours de l'année 2024, est désormais en cours de déploiement dans les juridictions.

Des difficultés relatives au support technique utilisé pour la transmission des pièces aux juridictions, ont suscité des tensions locales : en effet, certaines ARS se refusent à l'emploi de la plateforme préconisée par le ministère de la justice et lui préfèrent un outil qui ne remplit pas les exigences du code de procédure civile.

### RECOMMANDATION N° 10

Généraliser la transmission dématérialisée des documents entre les établissements hospitaliers et les juridictions par une plateforme conforme aux exigences du code de procédure civile et du code de la santé publique dans le cadre des instances liées aux mesures d'admission en soins sans consentement et aux mesures d'isolement et de contention.

## C – Encadrer la situation des patients en fugue

Les personnes recherchées en vue de l'exécution d'une décision de placement d'office en établissement psychiatrique ou échappées d'un tel établissement peuvent être inscrites dans le fichier des personnes recherchées, à la demande des autorités administratives compétentes<sup>1</sup> à condition que la mesure d'hospitalisation soit maintenue après la fugue du patient. Or dans une telle hypothèse, les certificats médicaux par lesquels le médecin psychiatre apprécie notamment si la forme de la prise en charge est toujours adaptée, et devant être actualisés tous les mois, ne sont pas circonscrits, ce qui prive le juge de la faculté d'exercer un contrôle effectif sur la mesure de soins.

Comme le relève la Cour de cassation dans ses rapports annuels depuis 2019, « cette hypothèse, non prévue par la loi [...], divise les juges du fond : / – la majorité des juges des

---

1. Article 2, III du décret n° 2010-569 du 28 mai 2010 relatif au fichier des personnes recherchées.

libertés et de la détention (74 % en 2018-2019) lève la mesure en considérant qu'aucun certificat médical actualisé et circonstancié ne permet de confirmer que le patient remplit toujours les conditions légales. / En cas de mainlevée de la mesure, le patient en fugue, toujours potentiellement dangereux pour lui-même ou autrui, ne peut plus être inscrit au fichier des personnes recherchées. / – la majorité des cours d'appel (86 % en 2018-2019) maintient la mesure en considérant qu'aucun nouvel élément clinique ne permet d'affirmer que son état se serait amélioré et qu'il ne présenterait plus les troubles ayant justifié son admission en soins psychiatriques, puis le maintien de la mesure. »

La Cour de cassation s'est prononcée sur ce cas de figure par plusieurs arrêts récents. Elle a considéré, par une décision publiée, que la fugue du patient ne permettait pas, à elle seule, de justifier la mainlevée de la mesure de soins sans consentement, le préfet n'étant pas tenu de le faire sur le fondement d'un avis motivé par le seul constat de la fugue du patient <sup>1</sup>. Elle avait auparavant précisé qu'en cas de fugue, si un avis médical conclut au maintien de la mesure sur la base du dossier médical du patient, en l'absence de possibilité de procéder à un examen médical, la mesure ne peut être levée au motif qu'aucun certificat médical récent et circonstancié ne permet de décrire l'état de santé actuel du patient <sup>2</sup> et que dès lors que l'absence de production d'avis médicaux, comportant des éléments actualisés sur la situation du patient, est consécutive à sa fugue, elle n'est pas constitutive d'une irrégularité de procédure et ne caractérise pas d'atteinte à ses droits.

Toutefois, cette situation n'est pas satisfaisante puisque les dispositions en vigueur imposent de respecter une procédure qui n'est pas adaptée aux patients en fugue, dont

---

1. Cass., 1<sup>re</sup> Civ., 19 mars 2025, n° 23-23.255, publié.

2. Cass., 1<sup>re</sup> Civ., 4 décembre 2024, n° 23-17.748, inédit.

la situation médicale peut en outre avoir considérablement évolué depuis le dernier examen par un médecin. Forte de ces constats, la Cour de cassation propose dans ses rapports annuels de « compléter le code de la santé publique afin de prévoir la situation de la fugue du patient et éviter ainsi aux médecins, préfets, directeurs d'établissement et juges judiciaires de se conformer inutilement à une procédure lourde et difficilement applicable lorsque le patient est absent. / La procédure pourrait être envisagée comme suit : / – inscription du patient en fugue au Fichier des personnes recherchées ; / – suspension de l'exécution de la décision administrative (par une décision du juge des libertés et de la détention désormais compétent pour traiter de l'ensemble du contentieux ? par une décision du directeur ? du préfet ?) ; / – suspension de la procédure en découlant (renouvellement des certificats médicaux, renouvellement des décisions des directeurs et des préfets, contrôle du juge des libertés et de la détention à 12 jours puis tous les 6 mois) ; / – si réintégration du patient dans le mois de la dernière décision : reprise de la procédure en cours ; / – si réintégration du patient plus d'un mois après la dernière décision : reprise de la procédure avec une nouvelle période d'observation et de soins de 72 heures, une nouvelle décision administrative, ainsi que le contrôle automatique du juge des libertés et de la détention à 12 jours. »

Plusieurs des interlocuteurs interrogés dans le cadre du présent rapport ont également pointé la nécessité de réformer le code de la santé publique pour définir la procédure applicable à la fugue du patient hospitalisé en soins sans consentement.

### **RECOMMANDATION N° 11**

Définir une procédure applicable en cas de fugue du patient hospitalisé sans son consentement.

### III – Former et spécialiser les acteurs

#### A – Spécialiser et former les juges

Dès juillet 2023, le comité de suivi relevait dans son rapport précité la difficulté que constituent la formation des professionnels et la complexité de la formation des JLD de permanence – qui ne sont pas nécessairement JLD à titre principal – susceptible de les mettre en difficulté dans la prise de décisions.

Comme mentionné au *Chapitre 1, Section 2, IV*, la circulaire du 5 août 2024 relative au transfert de compétences civiles du JLD à un magistrat du siège du tribunal judiciaire invite à spécialiser certains magistrats du siège pour le contentieux de l'hospitalisation sans consentement. Il paraîtrait opportun d'encourager la spécialisation des juges et de procéder à un état des lieux des choix opérés par les juridictions en la matière, afin d'évaluer le degré de spécialisation atteint.

Le ministère de la justice indique qu'à la suite des travaux du comité de suivi, des fiches organisationnelles ont été distribuées aux juridictions pour assurer une uniformisation de la pratique juridictionnelle. Une formation de quatre jours à destination des greffiers est proposée depuis 2021 par l'École nationale des greffes, et des formations concernant les contentieux de l'hospitalisation d'office et de l'isolement et de la contention ont également été proposées au niveau régional entre 2022 et 2024. S'agissant des magistrats, une séquence de formation des auditeurs de justice est assurée par l'École nationale de la magistrature et trois actions de formation ont été mises en place au titre de la formation continue <sup>1</sup>. Des fiches « réflexe » à destination

---

1. Une session fondamentale « Les soins psychiatriques sans consentement », créée en 2025, se déroule sur deux jours ; une formation est dispensée dans le cadre du changement de fonction « Siège du tribunal judiciaire » ; une formation dispensée dans le cadre du changement de fonction « JLD » se déroule sur trois jours.

des magistrats sont enfin annexées à la circulaire précitée du ministre de la justice en date du 25 mars 2022.

La poursuite des efforts de spécialisation et de formation est d'autant plus nécessaire que plusieurs interlocuteurs interrogés dans le cadre de la rédaction du présent rapport ont relevé une hétérogénéité des pratiques des juges de première instance, tant sur la forme que sur le fond.

Sur la forme, certains JLD exigent une présentation de la requête concernant les mesures d'isolement et de contention excédant les exigences posées par les textes. Pourtant, deux annexes à l'instruction n° DGOS/R4/2022/85 du 29 mars 2022 du ministre chargé de la santé proposent des formulaires d'information et de saisine du JLD, inspirés des trames existantes dans certains établissements de santé. Le rapport de juillet 2023 du comité de suivi précise que ces documents ne sont pas opposables aux établissements de santé mais peuvent constituer une base aux discussions entre établissements et juridictions locales. Il préconise en outre de travailler localement à l'amélioration des modèles de trames d'information et de saisine du JLD ainsi que des tableaux de suivi de mesure, qui pourraient servir de base aux échanges entre juridictions et établissements de santé.

Sur le fond, plusieurs difficultés ont été signalées. Certaines juridictions sollicitent l'intégralité du dossier médical du patient dans le cadre du contentieux des mesures d'isolement et de contention, ce que ne prévoient pas les textes ; des JLD ont ainsi prononcé des mainlevées à défaut de la production d'un tel dossier, conduisant le ministre de la justice à procéder à des rappels des textes applicables. Dans son rapport de juillet 2023, le comité de suivi préconisait de diffuser les instructions du ministre chargé de la santé, relatives notamment à la liste des pièces prévue à l'article R. 3211-12 du CSP auprès des juridictions, afin de clarifier les éléments à transmettre dans le respect du secret médical.

En outre, certaines juridictions ne sollicitent pas ou n'attendent pas l'avis du parquet pour rendre leur ordonnance, également en méconnaissance des textes.

Des divergences de pratique sont également observées au sein d'une même juridiction, en particulier en l'absence du ou des juges habituellement responsables du traitement des contentieux concernés.

À l'aune de l'ensemble de ces constats, il est préconisé de relancer les travaux du comité de suivi, afin qu'il continue d'accompagner la mise en œuvre de la réforme du contrôle des mesures d'isolement et de contention. En particulier, il est préconisé de lui confier l'amélioration et l'actualisation, le cas échéant, des outils et supports suivants, essentiels pour assurer la formation continue des différentes parties prenantes : les formulaires d'information et de saisine du juge judiciaire ; les fiches réflexe à destination du juge judiciaire ; l'élaboration et la diffusion régulière d'un socle documentaire pratique à destination, d'une part, des juridictions, d'autre part, des établissements de santé, enfin des juridictions et des établissements de santé. Il est enfin recommandé que l'ensemble de ces documents soient diffusés tant aux établissements de santé qu'aux juridictions, afin d'assurer un niveau d'information uniforme de tous les acteurs de la procédure.

### **RECOMMANDATION N° 12**

Relancer les travaux du comité de suivi et lui confier, notamment, l'amélioration et l'actualisation, le cas échéant, des outils et supports suivants, essentiels pour assurer la formation continue des différentes parties prenantes : les formulaires d'information et de saisine du juge judiciaire ; les fiches réflexe à destination du juge judiciaire ; l'élaboration et la diffusion régulière d'un socle documentaire pratique à destination, d'une part, des juridictions, d'autre part, des établissements de santé, enfin des juridictions et des établissements de santé.



**RECOMMANDATION N° 13**

Diffuser l'ensemble de ces outils et supports tant aux établissements de santé qu'aux juridictions, afin d'assurer un niveau d'information uniforme de tous les acteurs de la procédure.

**RECOMMANDATION N° 14**

Accompagner de manière proactive la spécialisation des juges et la création d'une véritable filière de juges spécialisés en contentieux des soins sans consentement et des mesures d'isolement et de contention.

**B – Spécialiser et former les avocats**

Les disparités observées chez les professionnels de santé et les magistrats concernent également les avocats, dont le niveau en termes de formation et de spécialisation contentieuse est très variable selon les barreaux.

Par exemple, au centre hospitalier de La Valette à Saint-Vaury<sup>1</sup>, il n'existe pas de permanence spécialisée en matière de soins sans consentement au sein du barreau et l'avocat de permanence assure, le même jour, l'ensemble des permanences sur le ressort, sans formation particulière à cette matière, et ne reste pas pour le délibéré, de sorte que les patients reçoivent seuls la décision, ne bénéficiant ainsi pas directement des conseils de leur avocat sur le contenu de la décision et de l'opportunité d'en interjeter appel.

*A contrario*, les avocats du barreau de Versailles font preuve d'une forte mobilisation tant dans leurs actions contentieuses que sur la formation en la matière. Cette volonté produit

1. CGLPL, *Rapport de la deuxième visite du centre hospitalier de La Valette à Saint-Vaury*, mars 2024.

ainsi des effets qui dépassent largement leur seul ressort. Or la formation et la spécialisation des avocats sont également essentielles pour garantir la protection effective des droits des patients en soins sans consentement, dont la situation de grande vulnérabilité, notamment, est susceptible de générer des doutes et hésitations, chez les avocats non spécialistes, sur la définition de leur mandat. Plusieurs avocats représentant des patients dans le cadre du contrôle périodique des mesures de soins sans consentement, rencontrés dans le cadre de l'élaboration du présent rapport, ont ainsi indiqué s'interroger sur les contours exacts de leurs missions. C'est encore plus vrai dans le cadre du contentieux des mesures d'isolement et de contention, s'agissant d'une procédure écrite et s'inscrivant dans des délais très resserrés, qui souvent ne donne pas lieu à échange entre le client et son avocat, lorsque le patient a demandé à être représenté.

Pour pallier ces difficultés, les instances professionnelles devraient encourager la diffusion de bonnes pratiques inspirées des barreaux pilotes en la matière : des permanences dédiées, non seulement pour les mesures d'hospitalisation sous contrainte mais aussi pour les mesures d'isolement et de contention (distinctes des permanences de comparution immédiate) et la formation spécifique des avocats qui tiennent ces permanences. Il serait également utile que les bâtonniers, qui disposent d'un droit de visite dans tous les lieux de privation de liberté à l'exception des établissements de santé mentale, voient ce droit étendu.

### **RECOMMANDATION N° 15**

Diffuser les bonnes pratiques inspirées des barreaux pilotes en matière de soins sans consentement et d'isolement et de contention.

**RECOMMANDATION N° 16**

Généraliser les permanences dédiées pour les soins sans consentement et pour l'isolement et la contention, avec une formation spécifique des avocats.

**RECOMMANDATION N° 17**

Conférer aux bâtonniers un droit de visite des établissements de santé mentale habilités en soins sans consentement à l'instar de celui qui leur est reconnu pour les autres lieux de privation de liberté.

**Section 2****Le contentieux de la responsabilité comme levier d'action**

La recherche de la responsabilité de l'établissement hospitalier répond à une logique très différente de celle consistant à demander la mainlevée d'une mesure d'hospitalisation sans consentement ou d'une mesure d'isolement et de contention.

Tout d'abord, la requête peut être introduite dans un contexte un peu plus serein pour le requérant, c'est-à-dire après la période de crise concomitante de son admission en hospitalisation sans consentement, voire après sa sortie du centre hospitalier. C'est surtout une manière de saisir des décisions illégales qui ne seront pas contrôlées par le juge judiciaire, en particulier pour toutes les décisions ayant fait l'objet d'une mainlevée avant que le juge ne se prononce puisque, dans une telle hypothèse, il n'y a plus lieu de statuer à leur égard <sup>1</sup>. En outre, l'article L. 3216-1 du CSP ne subordonne pas la réparation des conséquences dommageables d'une décision administrative relative aux soins psychiatriques

1. Cass., 1<sup>re</sup> Civ., 8 juillet 2021, n° 21-70.010, publié.

sous contrainte à l'exercice préalable par l'intéressé des voies de recours lui permettant de contester la légalité de cette décision <sup>1</sup>.

Par ailleurs, lorsque le tribunal judiciaire statue sur les demandes en réparation des conséquences dommageables résultant des décisions administratives d'admission en soins sans consentement, il peut, à cette fin, connaître des irrégularités dont ces dernières seraient entachées <sup>2</sup>.

Le contentieux en responsabilité peut donc se doubler d'une demande d'annulation de la mesure litigieuse, ce qui peut présenter un intérêt fort pour le requérant, une décision d'hospitalisation sans consentement étant susceptible de continuer à produire des effets alors qu'elle a pris fin, ainsi qu'il ressort des conclusions la rapporteure publique Émilie Bokdam-Tognetti sous une décision du Tribunal des conflits du 6 février 2023 <sup>3</sup> : elle peut être prise en compte dans le cadre de procédures de divorce et d'attribution de la garde des enfants, entraîner l'interdiction de détention d'une arme et, dans certaines hypothèses, justifier l'inscription au fichier *Hopsyweb*.

Une telle voie d'action suppose toutefois que la personne concernée par ces mesures engage le litige, qui ne pourra pas être introduit par un tiers, car il serait dépourvu d'intérêt pour agir.

Enfin, le contentieux de la responsabilité pourrait également constituer un moyen d'inciter des établissements à faire du respect des droits et de la dignité des patients une de leurs priorités. En effet, en cas de condamnation, ils devraient s'interroger sur les modalités permettant de réduire les risques juridiques correspondants en raison de la charge financière que certaines condamnations seraient susceptibles de représenter. De tels contentieux ne seraient toutefois le fait que d'un nombre limité de patients, désireux et capables de s'y investir, et concerneraient les seuls établissements ne respectant pas le cadre juridique applicable.

---

1. Cass., 1<sup>re</sup> Civ., 17 octobre 2019, n° 18-16.837.

2. 3<sup>e</sup> alinéa de l'article L. 3216-1 du CSP.

3. T. confl. 6 février 2023, *M. B c/ centre hospitalier de Lannemezan*, n° 4256, *Rec.*

## **I – La compétence exclusive du juge judiciaire : l'hospitalisation sans consentement et les mesures prises dans ce cadre**

Alors que la juridiction administrative était encore compétente pour se prononcer sur la régularité des mesures d'hospitalisation sans consentement, le Tribunal des conflits a retenu la compétence de la juridiction judiciaire pour statuer sur les conséquences dommageables de l'ensemble des irrégularités entachant une mesure de placement d'office <sup>1</sup>. Cette solution a été reprise par le Conseil d'État, qui a ainsi jugé que l'autorité judiciaire était seule compétente pour statuer sur l'ensemble des conséquences dommageables d'une décision d'hospitalisation sans consentement, y compris celles qui découlent de son irrégularité, lorsque la juridiction administrative a censuré la décision administrative d'hospitalisation <sup>2</sup>. Le juge judiciaire a également été regardé comme compétent pour se prononcer sur une demande de réparation du préjudice résultant de la faute commise par l'administration en ne satisfaisant pas à l'obligation d'information postérieure à une décision de placement d'office <sup>3</sup>.

Cette jurisprudence a été confirmée et renouvelée dans le cadre actuel : le Tribunal des conflits a jugé qu'il résulte des articles L. 3211-12, L. 3211-12-1, L. 3216-1 et L. 3222-5-1 du CSP que toute action relative à la régularité et au bien-fondé d'une mesure d'admission en soins psychiatriques sans consentement prononcée sous la forme d'une hospitalisation complète et aux conséquences qui peuvent en résulter ressortit à la compétence de

1. T. confl. 17 février 1997, *Préfet de la Région Ile-de-France, Préfet de Paris*, n° 03045, *Rec.*, dans une espèce dans laquelle la juridiction administrative s'était prononcée sur la régularité de la décision de placement d'office.

2. CE, Sect., 1<sup>er</sup> avril 2005, *M<sup>me</sup> L.*, 264627, *Rec.*

3. Cette expression désignait les soins sans consentement avant la loi de 2011 ; CE, Sect., 28 juillet 2000, *M. E.A.*, n° 151068, A.

la juridiction judiciaire <sup>1</sup>, le statut public ou privé de l'établissement concerné étant sans incidence sur ce bloc de compétences. Il en est de même pour l'ensemble des contestations afférentes à la régularité et au bien-fondé des mesures de placement à l'isolement prises en application de l'article L. 3222-5-1 de ce code, qui relèvent de ce même bloc de compétence du juge judiciaire <sup>2</sup>.

Ainsi, c'est au juge judiciaire qu'il incombe de se prononcer sur les contentieux portant sur la responsabilité de l'établissement hospitalier en raison des conséquences dommageables de décisions administratives relatives à l'hospitalisation sans consentement, que ce soit en raison de la remise en cause de la régularité ou du bien-fondé de ces décisions.

La Cour de cassation a ainsi jugé de manière répétée que les décisions d'annulation des arrêtés d'hospitalisation d'office irréguliers (alors par un tribunal administratif) constituent le fait générateur de l'obligation d'indemniser une personne dont l'atteinte à la liberté individuelle résultant de l'hospitalisation d'office se trouve privée de tout fondement légal <sup>3</sup>. Dès lors, la question du bien-fondé de la mesure ne constitue pas un critère opérant pour déterminer s'il y a lieu à indemnisation, une irrégularité étant suffisante. Ainsi, l'annulation d'un arrêté de placement d'office (en l'espèce par un tribunal administratif) oblige l'auteur de l'acte à indemniser la personne dont l'atteinte à la liberté individuelle résultant de l'hospitalisation d'office se trouve privée de tout fondement légal, quel que soit le bien-fondé d'une telle hospitalisation <sup>4</sup>.

---

1. T. confl. 9 décembre 2019, *M. X. c/ CHU de Toulouse*, n° 4174, p. 509 ; T. confl. 3 juillet 2023, *M. X c/ Préfète de la Gironde*, n° 4279, *Rec.*

2. T. confl. 6 février 2023, *M. B c/ centre hospitalier de Lannemezan*, 4256, A.

3. Cass., 1<sup>re</sup> Civ., 31 mars 2010, n° 09-11.803, *Bull.* 2010, I, n° 77 ; cette solution a été reprise ensuite à plusieurs reprises, voir par exemple Cass., 1<sup>re</sup> Civ., 17 octobre 2019, n° 18-16.837.

4. Cass., 1<sup>re</sup> Civ., 26 juin 2019, n° 18-12.630. Voir également, s'agissant de la prescription de telles actions, Cass., 1<sup>re</sup> Civ., 28 février 2018, n° 17-11.362, *Bull.* 2018, I, n° 40.

Les contentieux portant sur la responsabilité des établissements hospitaliers, en raison de placements ou de maintiens en hospitalisation sans consentement, constituent une part très réduite des litiges concernant ces patients. Toutefois, lorsqu'ils en sont saisis, les juges du fond n'hésitent pas à condamner les établissements hospitaliers à des indemnisations assez substantielles. La cour d'appel de Paris a ainsi indemnisé une requérante en relevant qu'elle avait fait l'objet d'une hospitalisation irrégulière à raison d'un arrêté préfectoral de maintien en soins psychiatriques sans consentement entaché d'irrégularité (car fondé sur un certificat médical établi par un médecin qui n'était pas psychiatre) et qu'en conséquence, l'hospitalisation de cette requérante avait été irrégulière à compter de cette date. Elle en a déduit qu'elle avait fait l'objet d'une privation de liberté irrégulière pour toute la période ultérieure, consistant en une hospitalisation complète pendant près de quatre mois et d'un programme de soins pendant près de trente mois. La requérante a obtenu une indemnisation de 30 300 € en réparation de son préjudice moral au titre de l'atteinte à sa liberté en raison de l'hospitalisation d'office complète irrégulière et une somme de 13 170 € en réparation de son préjudice moral au titre de l'atteinte à sa liberté en raison de l'hospitalisation irrégulière sous forme de suivi ambulatoire. Elle a également obtenu une indemnisation de 5 000 € en réparation de son préjudice moral au titre de l'administration de neuroleptiques sous la contrainte durant la mesure d'hospitalisation d'office irrégulière, ainsi que l'indemnisation d'autres préjudices <sup>1</sup>.

Dans un autre litige, la cour d'appel de Paris a condamné le centre psychothérapique de l'Ain à payer à un requérant les sommes de 60 000 € en réparation de son préjudice lié au recours abusif à l'isolement et à la contention, de 3 000 € en réparation de son préjudice lié à la privation de liberté d'aller et venir et de 2 000 € en réparation de son préjudice lié à l'administration de médicaments de manière coercitive, s'agissant d'un requérant

---

1. Paris 12 novembre 2024, RG n° 21/15181.

hospitalisé sans son consentement pendant de longues années dans cet établissement, en raison de l'illégalité des décisions d'admission et de maintien en hospitalisation sans son consentement ainsi que l'irrégularité de son placement à l'isolement et sous contention. Dans cette affaire, la cour d'appel de Paris a retenu un contournement du contrôle judiciaire en estimant que le centre hospitalier avait placé le patient sous un programme de soins qui n'en était pas un et en requalifiant ce programme de soins en hospitalisation d'office complète. Elle a également qualifié d'isolement des mesures intitulées « temps d'apaisement » et a retenu une faute du centre psychothérapique de l'Ain qui avait privé le requérant de sa liberté d'aller et venir de manière excessive et disproportionnée par rapport à sa pathologie et aux soins à lui prodiguer <sup>1</sup>.

De telles décisions pourraient être de nature à inciter les établissements de santé à faire preuve d'une rigueur accrue dans la mise en œuvre des contraintes. Le contentieux en responsabilité devant le juge judiciaire, à raison des conséquences dommageables de décisions d'hospitalisation sans consentement ou d'isolement et de contention illégales (qu'elles soient irrégulières ou mal fondées), constitue donc un terrain solide juridiquement, et qui pourrait être développé.

## **II – Une compétence partagée : la responsabilité d'un établissement hospitalier pour les conditions d'hospitalisation**

L'engagement de la responsabilité d'un établissement hospitalier peut également être envisagé, non pas en raison des

---

1. Paris 1<sup>er</sup> février 2023, RG n° 20/08688. Voir également, pour un autre exemple : après avoir déclaré nulles une décision d'admission en soins psychiatriques sans consentement, prise par le directeur groupement hospitalier universitaire Paris Psychiatrie et Neurosciences à payer à un requérant, en raison de son irrégularité, ainsi que toutes les décisions de maintien subséquentes, le tribunal judiciaire de Paris a condamné le groupement à payer au requérant une somme de 20 000 euros en réparation de son préjudice résultant de sa privation de liberté et la somme de 7 000 euros résultant de l'administration de traitements sous la contrainte (TJ Paris 15 mai 2024, RG n° 22/06336).



conséquences dommageables des décisions d'hospitalisation sans consentement, mais « des dommages causés au cours de l'hospitalisation elle-même »<sup>1</sup>.

Le Tribunal des conflits différencie ainsi clairement, dans sa jurisprudence, les demandes ayant pour objet la réparation d'une atteinte portée à la liberté individuelle du requérant en raison de son hospitalisation sans consentement de celles ayant pour objet les conséquences d'un manque de soins au cours de cette hospitalisation<sup>2</sup>. De la même manière, le Conseil d'État distingue la question de la compétence de l'autorité judiciaire pour statuer sur l'ensemble des conséquences dommageables d'une mesure d'hospitalisation à la demande d'un tiers, de celle de la compétence, qui échoit à l'un ou l'autre ordre juridictionnel selon le statut de l'établissement mis en cause, pour se prononcer sur la responsabilité d'un établissement hospitalier au titre des soins psychiatriques qu'il dispense ; c'est l'indemnisation du préjudice né des conditions d'hospitalisation elles-mêmes qui est alors recherchée.

La juridiction administrative n'est ainsi pas compétente pour connaître de la responsabilité d'un établissement privé pour des soins psychiatriques qu'il dispense, dès lors qu'il n'exerce à ce titre aucune prérogative de puissance publique, même lorsque ces soins concernent une personne hospitalisée à la demande d'un tiers<sup>3</sup>. Elle l'est en revanche lorsque les soins sont dispensés dans un établissement public hospitalier<sup>4</sup>.

Ce contentieux de la responsabilité hospitalière, partagé entre le juge administratif et le juge judiciaire, permet donc de rechercher la responsabilité de l'établissement en raison d'une faute dans les

1. Maud Vialettes, conclusions sur CE 20 décembre 2013, *M<sup>me</sup> M.*, n° 352747, *T. Rec.*

2. T. confl. 4 octobre 1967, *M. H.*, n° 70565, *T. Rec.*

3. CE 20 décembre 2013, *M<sup>me</sup> M.*, n° 352747, *T. Rec.*

4. Voir ainsi, CE 29 septembre 2021, *Établissement public de santé mentale de Lille-Métropole*, n° 432627, *T. Rec.*, qui portait sur l'engagement de la responsabilité de l'établissement en raison des actes commis par un patient faisant l'objet d'une hospitalisation sans consentement.

conditions d'hospitalisation, notamment s'agissant d'actes de soins ou d'un défaut de surveillance. Dans cette hypothèse, pour établir l'existence d'une faute dans l'organisation du service hospitalier au titre du défaut de surveillance d'un patient atteint d'une pathologie psychiatrique, le juge administratif doit tenir compte de plusieurs éléments, dont le régime d'hospitalisation, libre ou sous contrainte, ainsi que des mesures que devait prendre le service, compte tenu de ses caractéristiques et des moyens dont il disposait <sup>1</sup>.

Il apparaît également possible, dans ce cadre, de rechercher la responsabilité d'un établissement hospitalier pour des conditions indignes d'hospitalisation. Tel est d'ores et déjà le cas en cas de conditions de détention attentatoires à la dignité humaine <sup>2</sup>. Le Conseil d'État a ainsi jugé que tout prisonnier a droit à être détenu dans des conditions conformes à la dignité humaine, de sorte que les modalités d'exécution des mesures prises ne le soumettent pas à une épreuve qui excède le niveau inévitable de souffrance inhérent à la détention. Seules des conditions de détention qui porteraient atteinte à la dignité humaine, appréciées à l'aune de ces critères et des articles D. 349 à D. 351 du code de procédure pénale, révèlent l'existence d'une faute de nature à engager la responsabilité de la puissance publique. Une telle atteinte, si elle est caractérisée, est de nature à engendrer, par elle-même, un préjudice moral qu'il incombe à l'État de réparer <sup>3</sup>.

Le Conseil d'État ne s'est pas prononcé sur une demande d'engagement de la responsabilité d'un établissement hospitalier en raison d'une telle « faute d'indignité » <sup>4</sup>. Toutefois, comme

---

1. CE 29 septembre 2021, *Établissement public de santé mentale de Lille-Métropole*, n° 432627, *T. Rec.* ; CE 12 mars 2012, *Caisse primaire d'assurance maladie du Puy-de-Dôme*, n° 342727 et 342898, *T. Rec.*

2. Voir sur ce point CGLPL, *L'effectivité des voies de recours contre les conditions indignes de détention*, Dalloz, 2024.

3. CE, Sect., 3 décembre 2018, *M. B.*, n° 412010, *Rec.* ; CE, Sect., 6 décembre 2013, *M. T.*, n° 363290, *Rec.*

4. Aurélie Bretonneau, conclusions sur CE, Sect., 3 décembre 2018, *M. B.*, n° 412010, *Rec.*

pour les détenus, la Cour européenne des droits de l'homme juge que des conditions matérielles d'hospitalisation de personnes internées peuvent constituer un traitement contraire à l'article 3 de la Convention européenne de sauvegarde des droits de l'homme et des libertés fondamentales <sup>1</sup>.

En droit interne, deux cours administratives d'appel se sont déjà prononcées en ce sens et ont condamné deux établissements hospitaliers pour faute en raison de conditions indignes d'hospitalisation, s'agissant de patients hospitalisés en soins sans consentement. La cour administrative d'appel de Marseille a ainsi jugé que les établissements de soins, et tout particulièrement ceux d'entre eux qui sont amenés à accueillir des patients fragilisés par des troubles mentaux, sont soumis à l'obligation générale 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 <sup>2</sup>. Dans cette affaire, elle a jugé que les conditions de séjour du requérant en chambre d'isolement devaient être regardées comme excédant le niveau de souffrance inhérent à une telle mesure et, dès lors, attentatoires à sa dignité, tant en raison de l'état d'insalubrité de la chambre d'isolement, du fait de conditions d'hygiène insuffisantes (en relevant en particulier l'absence de cabinet de toilettes et de système d'aération) que du nombre des mesures de placement en isolement dont le requérant avait fait l'objet et de l'impossibilité, imputable à la carence du centre hospitalier, d'évaluer la durée précise de chaque mesure de placement, et des exigences qu'implique l'utilisation de l'isolement. La cour a condamné le centre hospitalier à indemniser le requérant de son préjudice moral, qu'elle a évalué à 1 500 euros.

---

1. Voir notamment sur ce point CEDH, gr. ch., 17 janvier 2012, *Stanev c/ Bulgarie*, n° 36760/06.

2. CAA Marseille 21 mai 2015, *M. B.*, n° 13MA03115, C+.

La cour administrative d'appel de Nantes a quant à elle jugé que la responsabilité pour faute d'un établissement public de santé mentale devait être engagée, dès lors que le maintien injustifié d'un patient de manière continue pendant une durée cumulée de 725 jours, largement excessive, en chambre d'isolement et les conditions matérielles de cette mise à l'isolement caractérisaient un traitement dégradant portant atteinte à la dignité du patient. S'agissant des conditions matérielles d'hospitalisation, la cour, qui s'est appuyée sur une expertise judiciaire, a relevé que la chambre dans laquelle le patient avait été maintenu à l'isolement était dépourvue de mobilier, qu'il dormait sur un matelas à même le sol, qu'il n'avait pas accès de manière constante à la partie sanitaire du local, ce qui le contraignait à utiliser un seau pour ses besoins naturels, qui restait plusieurs heures dans la chambre avant d'en être soustrait, que la pièce ne possédait pas d'interrupteur utilisable par son occupant qui dépendait du personnel soignant pour allumer ou éteindre la lumière, que la fenêtre était équipée d'un film de couleur jaune empêchant la vue vers l'extérieur, que pendant plusieurs mois, il n'a pu sortir à l'air libre que pour une durée de trente minutes, trois fois par semaine et qu'il avait passé toute la durée de son isolement en pyjama, y compris pendant ses sorties, soit pendant une durée cumulée de deux ans. Après avoir relevé que l'expert avait affirmé en conclusion de son rapport que les conditions d'isolement subies par le patient présentaient un risque d'aggravation et de décompensation de son état psychique, la cour a condamné l'établissement public de santé mentale à verser une somme de 35 000 € au patient en réparation de son préjudice <sup>1</sup>.

Ces deux arrêts s'inspirent tant de la jurisprudence de la Cour européenne des droits de l'homme que de celle du Conseil d'État concernant les conditions indignes de détention. De nouveaux litiges

---

1. CAA Nantes 16 décembre 2022, *Établissement public de santé mentale de Saint-Avé*, n° 19NT04325, C+.

en la matière, en cas de conditions d'hospitalisation qui pourraient être qualifiées d'indignes, pourraient permettre de confirmer le cadre juridique dans lequel ces questions doivent être examinées.

### **III – La responsabilité en cas d'isolement et de contention hors de l'hospitalisation sans consentement**

Il est également possible de saisir le juge administratif lorsque le litige ne porte pas sur une décision prise dans le cadre d'une mesure d'hospitalisation sans consentement, cette décision ne relevant alors pas du bloc de compétences confié à l'autorité judiciaire. Dans une telle hypothèse, les règles classiques de répartition des compétences s'appliquent, le juge administratif étant alors compétent pour toutes les décisions prises par un établissement public hospitalier.

Une telle action pourrait en particulier être envisagée en cas de mesures d'isolement ou de contention hors du cadre d'une hospitalisation sans consentement, aux urgences ou dans le cadre d'une hospitalisation en soins libres, de telles mesures étant interdites par le code de la santé publique.

Il est probable que toute mesure d'isolement et de contention mise en œuvre dans un tel cadre n'entraînera pas automatiquement l'identification d'une faute par le juge administratif. En effet, si l'obligation pour le médecin de sauver la vie ne prévaut pas de manière générale sur celle de respecter la volonté du malade, le médecin qui, quelle que soit son obligation de respecter la volonté de son patient fondée sur ses convictions religieuses, a choisi, compte tenu de la situation extrême dans laquelle celui-ci se trouvait, dans le seul but de tenter de le sauver, d'accomplir un acte indispensable à sa survie et proportionné à son état ne commet pas de faute de nature à engager la responsabilité du service public<sup>1</sup>. Par suite, dans l'hypothèse où une mesure d'isolement et de contention serait considérée comme constituant un acte indispensable à la survie du patient, elle ne serait alors probablement pas qualifiée de

---

1. CE, Ass., 26 octobre 2001, *M<sup>me</sup> S.*, n° 198546, A.

fautive par le juge administratif. En revanche, dans l'hypothèse où le juge ne qualifierait pas la mesure d'isolement et de contention d'acte indispensable à la survie du patient, sa mise en œuvre serait susceptible d'être regardée comme une faute dans l'organisation et le fonctionnement du service hospitalier, susceptible d'entraîner l'engagement de la responsabilité de l'établissement hospitalier, sous réserve que la mesure litigieuse soit qualifiée de mesure d'isolement ou de contention, ce qui pourra dépendre des conditions dans lesquelles elle est réalisée. Le tribunal administratif de Cergy-Pontoise<sup>1</sup> a ainsi condamné un centre hospitalier, qui avait procédé à une mesure d'isolement et de contention sur une patiente accueillie aux urgences et ne faisant pas l'objet d'une hospitalisation sans consentement, à l'indemniser des préjudices subis dans ce cadre. Si, dans deux autres espèces concernant des patients ayant également fait l'objet de mesures d'isolement et de contention illégales, la faute dans l'organisation et le fonctionnement du service des urgences a en revanche été écartée au regard des circonstances de l'espèce et en particulier de l'état de santé du patient lors de son admission et de la durée de la mesure contestée, ces décisions ne constituent pas une veine jurisprudentielle suffisante pour considérer que la responsabilité du centre hospitalier ne pourrait être engagée dans ces circonstances.

En d'autres termes, de tels recours contentieux pourraient permettre de déterminer les conditions juridiques d'engagement de la responsabilité d'un établissement hospitalier, lorsque ce dernier met en œuvre de telles mesures interdites par le code de la santé publique. Cette possibilité d'action *a posteriori* pourrait ainsi constituer un outil pour mettre en lumière le recours à ces

---

1. TA Cergy-Pontoise, 18 novembre 2014, *M<sup>me</sup> X*, n° 1204208, C+. Le tribunal a jugé que le centre hospitalier avait commis une faute tenant à la méconnaissance des obligations d'information et de recueil du consentement du patient résultant des articles L. 1111-2, L. 1111-4 et L. 3211-1 du CSP avant le placement en isolement et la contention de la patiente. Il a jugé que cette méconnaissance et les mesures de contention et de sédation qui lui avaient été infligées avaient porté une atteinte à sa liberté individuelle et à sa dignité et a condamné le centre hospitalier à l'indemniser à hauteur de 6 000 euros.

mesures prises en dehors de tout cadre légal et inciter les établissements à développer les actions permettant d'en réduire l'ampleur et la durée.

#### **IV – Modalités de preuve dans le cadre d'un contentieux en responsabilité**

La possibilité d'engager par la voie contentieuse la responsabilité d'un établissement hospitalier, repose notamment sur celle d'apporter des éléments précis sur le déroulement de l'hospitalisation litigieuse.

On peut s'interroger en premier lieu sur la dialectique de la preuve dans un tel contentieux. Dans le contentieux des conditions indignes de détention, le Conseil d'État juge que lorsque la description faite par le demandeur de ses conditions de détention est suffisamment crédible et précise pour constituer un commencement de preuve de leur caractère indigne, c'est à l'administration qu'il revient d'apporter des éléments permettant de réfuter les allégations du demandeur <sup>1</sup>. Cette inversion de la charge de la preuve, qui tient compte « de la situation d'entière dépendance des personnes détenues vis-à-vis de l'administration pénitentiaire » <sup>2</sup>, pourrait être transposable en cas de litige portant sur la dignité des conditions d'hospitalisation.

En second lieu, plusieurs éléments permettent au requérant d'apporter des éléments précis sur le déroulement de son hospitalisation. Le dossier médical, dont il peut demander communication, montre le déroulement de son hospitalisation. L'obligation de l'établir, puis de le conserver, résulte des dispositions des articles R. 1112-2 et R. 1112-7 du CSP. La Cour de cassation tire des conséquences très claires de la perte du dossier médical qui,

1. CE 21 mars 2022, *M. P.*, n° 443986, *Rec.*

2. Comme l'explique le rapporteur public Stéphane Hoyneck, dans ses conclusions sur CE 21 mars 2022, *M. P.*, n° 443986, *Rec.*, reprenant ainsi la formulation de l'arrêt CE, Sect., 3 décembre 2018, *M. B.*, n° 412010, *Rec.*

dans le cas d'un contentieux portant sur l'existence d'une faute dans la prise en charge d'un patient, inverse la charge de la preuve et impose à l'établissement de démontrer que les soins ont été appropriés <sup>1</sup>. Le Conseil d'État juge quant à lui que si l'incapacité d'un établissement de santé à communiquer aux experts judiciaires l'intégralité d'un dossier médical n'est pas, en tant que telle, de nature à établir l'existence de manquements fautifs dans la prise en charge du patient, il appartient au juge de tenir compte de ce que le dossier médical est incomplet dans l'appréciation portée sur les éléments qui lui sont soumis pour apprécier l'existence des fautes reprochées à l'établissement dans la prise en charge du patient <sup>2</sup>.

Le registre relatif à l'isolement et à la contention, prévu par les dispositions du III de l'article L. 3222-5-1 du CSP peut également constituer une source d'information précieuse puisque ce registre doit mentionner, pour chaque mesure d'isolement ou de contention, l'identité du patient, la date et l'heure de début de la mesure ou encore sa durée.

Enfin, les rapports de visite du CGLPL décrivant la situation dans un établissement, mais également les rapports produits par d'autres autorités ou instances, tels que les rapports de certification de la HAS, sont de nature à étayer le contenu du dossier individuel d'un patient, notamment dans le cas d'établissements dans lesquels le recours à ces mesures serait d'une durée et d'une ampleur supérieures aux niveaux constatés ailleurs. La cour d'appel de Paris s'est ainsi largement appuyée sur un rapport du CGLPL décrivant de graves manquements observés au centre psychothérapique de l'Ain pour confirmer les éléments ressortant du dossier médical du patient <sup>3</sup>. À l'instar de la ressource qu'ils peuvent constituer dans le cadre d'un contentieux portant sur l'indignité des

---

1. Cass., 1<sup>re</sup> Civ., 26 septembre 2018, pourvoi n° 17-20.143, *Bull.* 2018, I, n° 162.

2. CE 1<sup>er</sup> février 2022, *M. I*, n° 440852, B.

3. Paris 1<sup>er</sup> février 2023, RG n° 20/08688.



conditions de détention, ces rapports peuvent apporter des éléments au soutien d'une action tendant à l'engagement de la responsabilité d'un établissement hospitalier en raison de l'indignité des conditions d'hospitalisation.

## Section 3

### Les contentieux portant sur la situation d'un établissement

Le contentieux individuel présente plusieurs limites. Au-delà de celles identifiées précédemment, tenant aux caractéristiques du contrôle du juge sur les mesures d'hospitalisation sans consentement ainsi que sur les mesures d'isolement et de contention, il peut être particulièrement difficile, tant pour un patient que pour sa famille, d'engager un litige contre l'établissement hospitalier dans lequel il a été hospitalisé et dans lequel il est susceptible de retourner, en fonction de l'évolution de sa pathologie. Des représentants de familles de patients soulignent également que certaines familles se sentent dans une relation de dépendance à l'égard d'un établissement, dont elles ont besoin pour les aider dans la prise en charge de leurs proches et contre lequel elles ne souhaitent donc pas engager un contentieux.

Pour autant, si l'introduction d'un tel contentieux ne saurait constituer un objectif en soi, il peut être utile, lorsque d'autres démarches ont échoué, pour inciter un établissement de santé mentale à améliorer la prise en charge des patients et à mettre fin à certains manquements – de telles actions ne pouvant intervenir qu'en complément d'une véritable politique publique en la matière<sup>1</sup>. Des actions contentieuses portant sur la situation globale d'un établissement, et non pas sur celle d'un patient en particulier, pourraient être développées, en ayant recours à certains outils classiques du contentieux administratif.

---

1. Voir sur ce point *Chapitre 3, Section 5* de ce rapport.

Ces actions présentent en outre l'intérêt de pouvoir être mises en œuvre par toute personne justifiant d'un intérêt lui donnant qualité pour agir, c'est-à-dire non seulement un patient mais également une association ou encore un syndicat d'avocats.

De telles actions contentieuses devant la juridiction administrative ne pourraient concerner que des établissements publics de santé mentale, pour des raisons de compétence juridictionnelle<sup>1</sup>. Toutefois, les établissements privés reçoivent rarement des personnes en soins sans consentement – à l'exception de quelques établissements de santé privée d'intérêt collectif tenus par des fondations ou des associations. Il s'agirait de saisir le juge administratif de recours en carence structurelle contre le refus d'un établissement de prendre certaines mesures déterminées pour mettre fin à des manquements à ses obligations légales.

## I – La portée du recours en « carence structurelle »

Les recours en « carence structurelle », ou recours dirigés contre le refus de prendre toutes mesures utiles, permettant de saisir au contentieux une inaction de l'administration, se sont développés devant la juridiction administrative au cours des dernières années, en particulier dans le champ de l'environnement, de l'asile ou de la santé. Ils peuvent prendre en particulier la forme d'un recours pour excès de pouvoir contre un refus de prendre certaines mesures, et sont le plus souvent assortis d'une demande d'injonction<sup>2</sup>.

La jurisprudence a affiné récemment le périmètre de ce qui pouvait être demandé au juge administratif : il a ainsi été jugé que ces recours ne permettent pas au juge administratif de se substituer aux pouvoirs publics pour déterminer une politique

---

1. Des actions en responsabilité peuvent en revanche être engagées devant le juge judiciaire – voir sur ce point *Chapitre 3, Section 2, II*.

2. A. Goin, L. Cadin, « Le juge ne peut pas tout », *AJDA* 2023, p. 2105.

publique ou de leur enjoindre de le faire <sup>1</sup>. La limite posée laisse toutefois un champ non négligeable au juge administratif pour identifier des manquements des pouvoirs publics et pour déterminer si le refus de prendre des mesures pour y remédier est entaché d'illégalité.

En premier lieu, ces recours peuvent être mis en œuvre en cas de méconnaissance caractérisée, par l'administration, d'une règle de droit dans l'accomplissement de ses missions. Un tel manquement doit pouvoir être démontré, ce qui a été le cas, par exemple, dans le contentieux dit des « Amis de la Terre », qui a donné lieu le 12 juillet 2017 à une décision du Conseil d'État constatant le dépassement persistant des seuils de qualité de l'air fixés par la directive 2008/50/CE du 21 mai 2008 concernant la qualité de l'air ambiant et un air pur pour l'Europe. Le Conseil d'État a enjoint au Gouvernement de prendre les mesures nécessaires pour chacune des zones permettant de ramener ces concentrations sous les valeurs limites dans le délai le plus court possible et plusieurs contentieux en exécution ont suivi <sup>2</sup>. Une telle démonstration n'est pas aisée, le Conseil d'État a ainsi rejeté, dans une décision « Association des avocats pénalistes », une demande d'annulation du rejet, par les ministres de l'intérieur et de la justice, d'une demande tendant à ce que soient prises toutes mesures utiles pour mettre fin aux atteintes à la dignité, à la vie privée et aux droits de la défense des personnes placées dans des locaux de garde à vue et de dégrisement, en l'absence d'éléments établissant des défaillances généralisées sur l'ensemble du territoire et d'une ampleur suffisante pour établir une atteinte caractérisée, au niveau national, à la dignité de la personne humaine <sup>3</sup>.

---

1. CE, Ass., 11 octobre 2023, *Ligue des droits de l'homme et autres et Syndicat de la magistrature et autres*, n° 467771, Rec ; CE, Ass., 11 octobre 2023, *Amnesty International France et autres*, n° 454836, A, Rec.

2. CE 12 juillet 2017, *Association Les Amis de la Terre France*, n° 394254, Rec.

3. CE, 29 décembre 2023, *Association des avocats pénalistes*, n° 461605, Rec. T.

Lorsque de tels manquements sont démontrés et lorsque le juge administratif constate que certaines mesures administratives seraient, de façon directe, certaine et appropriée, de nature à prévenir la poursuite ou la réitération de ces manquements, il lui revient d'apprécier si le refus de l'administration de prendre de telles mesures est entaché d'illégalité. Cette illégalité ne peut être regardée comme constituée que s'il apparaît au juge qu'au regard de la portée de l'obligation qui pèse sur l'administration, des mesures déjà prises, des difficultés inhérentes à la satisfaction de cette obligation, des contraintes liées à l'exécution des missions dont elle a la charge et des moyens dont elle dispose ou, eu égard à la portée de l'obligation, dont elle devrait se doter, celle-ci est tenue de mettre en œuvre des actions supplémentaires<sup>1</sup>.

L'identification d'un manquement puis celle de mesures déterminées pour y répondre sont des étapes successives. Ainsi, même un contentieux qui se soldera par un rejet pourra avoir un intérêt tenant en l'identification d'un manquement des pouvoirs publics et pourra servir de support pour des échanges ultérieurs avec l'administration. Par exemple, le contentieux « Amnesty International France et autres », même si la décision rejette la demande, juge explicitement qu'une pratique de contrôles d'identité motivés par les caractéristiques physiques, associées à une origine réelle ou supposée des personnes contrôlées peut être regardée comme suffisamment établie et que si ces pratiques ne revêtent pas un caractère « systémique » ou « généralisé », de tels faits, qui créent un dommage pour les personnes qui y sont exposées, constituent une méconnaissance caractérisée de l'interdiction des pratiques discriminatoires définies à l'article 1<sup>er</sup> de la loi du 27 mai 2008 portant diverses dispositions d'adaptation au droit communautaire dans le domaine de la lutte contre les discriminations.

---

1. CE 25 avril 2024, *Association des avocats ELENA France et autres*, n° 491232, B.

Ces outils contentieux, utilisés pour l'instant avant tout au niveau national, apparaissent transposables pour saisir des manquements plus circonscrits géographiquement.

## II – Au niveau national

S'il n'est pas possible au juge administratif de se substituer aux pouvoirs publics pour déterminer une politique publique ou de leur enjoindre de le faire, des demandes pourraient en revanche être adressées aux ministres, et donner ensuite lieu à un contentieux, en cas de décision de rejet de la demande, en cas de non-respect de la législation existante ou de consignes illégales.

Certes, une demande de prendre toute mesure pour mettre fin aux pratiques d'isolement et de contention hors du cadre de l'hospitalisation sans consentement <sup>1</sup>, et à laquelle une décision de rejet aurait été opposée, n'aboutirait probablement pas à une décision d'annulation assortie d'une injonction, mais elle permettrait, à tout le moins, d'évoquer cette question dans le cadre du débat contentieux et de souligner le caractère illégal des pratiques en cause. Elle pourrait également être l'occasion de rappeler que le placement à l'isolement, avec ou sans mesure de contention, d'un patient en hospitalisation libre pourrait être regardé par la Cour européenne des droits de l'homme comme une privation de liberté au sens de l'article 5 de la Convention, dès lors qu'elle n'est pas prévue en droit interne. Un échec de la voie contentieuse interne laisserait subsister la possibilité de saisir la Cour européenne des droits de l'homme.

Des manquements plus circonscrits pourraient être plus aisément saisis au contentieux. Ainsi, par courrier du 21 juin 2024, la CGLPL a demandé au ministre de l'intérieur de faire procéder au retrait de décisions de plusieurs préfets, adressées à certains établissements de santé mentale, tendant, en raison du passage de

---

1. Voir sur ce point *Chapitre 3, Section 5*.

la flamme olympique dans les villes correspondantes, à restreindre de manière significative les possibilités d'octroi d'autorisations de sortie à des patients admis en soins psychiatriques sur demande du représentant de l'État, de passage en programme de soins ou de levées de mesures de soins sans consentement. La décision implicite de rejet d'une telle demande, en l'absence de réponse donnée à ce courrier, aurait pu être contestée au contentieux.

### **III – Au niveau d'un établissement**

Une défaillance locale apparaît plus aisée à démontrer. Dans sa décision « Association des avocats pénalistes », le Conseil d'État souligne d'ailleurs explicitement qu'en cas de défaillances locales, il peut être demandé à l'administration d'y remédier, sous le contrôle du tribunal administratif compétent.

Par suite, lorsqu'est constaté – en particulier à la suite d'un rapport de visite du CGLPL, d'un rapport de certification de la Haute autorité de santé, ou par une série de témoignages concordants ou encore par l'analyse du registre relatif à l'isolement et à la contention prévu par les dispositions du III de l'article L. 3222-5-1 du CSP – qu'un établissement hospitalier méconnaît ses obligations légales, il apparaît envisageable de faire application du cadre juridique décrit précédemment et de saisir le juge administratif de tels manquements.

Le directeur de l'établissement pourrait ainsi être saisi d'une demande de mettre fin à ces manquements. Il pourrait s'agir, par exemple, de demandes adressées à un établissement tendant à ce qu'il respecte les dispositions de l'article L. 3211-3 du CSP portant sur l'information des patients hospitalisés sans consentement et de la possibilité qui doit leur être donnée de faire valoir leurs observations, par tout moyen et de manière appropriée à cet état. Il pourrait également être demandé à un établissement, le cas échéant, de permettre aux patients d'exercer leurs droits tels qu'énumérés par l'article L. 3211-3 du CSP (notamment le droit de prendre conseil d'un médecin ou d'un avocat de leur choix,

de consulter le règlement intérieur de l'établissement et de recevoir les explications qui s'y rapportent, d'exercer leur droit de vote etc.), ou encore d'établir un registre de la loi conforme aux dispositions de l'article L. 3212-11 du CSP.

Il pourrait également être demandé à un directeur d'établissement de mettre fin à des pratiques illégales telles que l'isolement ou la contention de patients ne faisant pas l'objet de soins sans consentement<sup>1</sup>.

De tels manquements pourraient également être identifiés s'agissant des conditions d'hospitalisation, dans l'hypothèse où des éléments de preuve solides permettraient de démontrer des conditions d'hospitalisation portant atteinte, de manière caractérisée, à la dignité de la personne humaine<sup>2</sup>.

Une association a ainsi saisi l'établissement public de santé mentale de l'Aube d'une demande d'annulation d'une décision implicite par laquelle le directeur de cet établissement avait refusé de prendre toute mesure de nature à lui permettre de se conformer aux obligations légales qui découlent des dispositions de l'article L. 3222-5-1 du CSP. Le tribunal a notamment relevé, en s'appuyant sur le registre des mesures d'isolement et de contention, que de telles mesures avaient été prises pour des patients faisant l'objet d'une hospitalisation libre, que des mesures d'isolement et de contention ont été prises sans qu'il soit justifié que, pour leur renouvellement, le juge des libertés et de la détention en ait été informé, que le registre était renseigné de manière incomplète ou encore que le rapport annuel ne comportait aucun exposé

---

1. Voir ainsi CE 18 février 1983, *Fédération nationale des syndicats d'agents généraux d'assurances*, n° 18624, A, décision par laquelle le Conseil d'État a jugé qu'il appartient au ministre de l'économie, saisi d'une demande en ce sens, de prendre toutes mesure ou décision de nature à faire cesser les pratiques illégales de certains agents du Trésor – même s'il lui appartient d'apprécier par quelle voie et à quel moment il y a lieu pour lui, compte tenu des circonstances, d'user des pouvoirs dont il dispose pour y mettre fin.

2. CGLPL, *L'effectivité des voies de recours contre les conditions indignes de détention*, 2024.

de la politique définie pour limiter le recours à ces pratiques et l'évaluation de sa mise en œuvre. Il a en conséquence enjoint au directeur de l'établissement, dans un délai de quatre mois, de se conformer aux diverses restrictions et formalités qui encadrent la mise en œuvre de mesures d'isolement et de contention, de renseigner de manière complète le registre et de définir une politique pour limiter le recours aux pratiques d'isolement et de contention, complétée par une évaluation de sa mise en œuvre <sup>1</sup>.

Cette voie contentieuse semble à ce jour largement inexploquée s'agissant des établissements psychiatriques et ce jugement du tribunal administratif de Châlons-en-Champagne, décision d'espèce dans laquelle, en outre, l'établissement hospitalier a refusé de transmettre certains documents au tribunal, et qui n'a pas fait l'objet d'un appel, ne peut être lu comme fixant la jurisprudence de la juridiction administrative sur cette question. Il constitue en revanche un exemple intéressant d'actions contentieuses pouvant être envisagées, à l'encontre d'établissements publics de santé, lorsque des manquements importants sont identifiés et que les mesures permettant d'y remédier sont clairement identifiées.

Face à des manquements de cette nature, la voie du référé mesures utiles pourrait également, dans certaines circonstances, être utilisée, la différence principale avec les outils contentieux présentés précédemment étant que ce référé est soumis à une condition d'urgence. Saisi sur le fondement de l'article L. 521-3 du code de justice administrative d'une demande qui n'est pas manifestement insusceptible de se rattacher à un litige relevant de la compétence du juge administratif, le juge des référés peut prescrire, à des fins conservatoires ou à titre provisoire, toutes mesures que l'urgence justifie, notamment sous forme d'injonctions adressées à l'administration, à la condition que ces mesures soient utiles et ne se heurtent à aucune contestation sérieuse <sup>2</sup>.

---

1. TA Châlons-en-Champagne 4 juillet 2023, n° 2202767.

2. CE, Sect., 5 février 2016, *M. B.*, n°s 393540 et 393451, *Rec.*



Le juge des référés du tribunal administratif de Nice, après avoir constaté l'insuffisance manifeste du niveau des conditions d'accueil des personnes gardées à vue dans une caserne, a ainsi jugé que les faits relevés portaient atteinte à la dignité et à l'intégrité physique des personnes, et après une visite sur place de la formation de jugement, a enjoint au ministre de l'intérieur et des outre-mer de mettre en œuvre diverses mesures, dont celle de faire procéder à la réfection des cellules de garde à vue pour améliorer les conditions matérielles de prise en charge <sup>1</sup>.

Cette approche contentieuse pourrait être transposée à la situation de patients en secteur de psychiatrie d'un centre hospitalier. Le syndicat de la magistrature et le syndicat des avocats de France ont ainsi demandé au tribunal administratif de Nice d'ordonner toutes mesures qu'il estimera utiles afin de faire cesser les atteintes graves et manifestement illégales portées aux droits et libertés fondamentales des patients d'un établissement hospitalier, à la suite d'une visite du CGLPL <sup>2</sup>. Si en l'espèce, leur demande a été rejetée, en particulier car des suites avaient déjà été données à ce rapport au sein de l'établissement et car un délai de trois ans avait été laissé au ministre qui exerce l'autorité de tutelle sur l'établissement visité pour donner au CGLPL des réponses sur les suites données aux recommandations effectuées, une telle stratégie contentieuse pourrait être envisagée en cas d'inaction de l'établissement à la suite de la publication d'un rapport du CGLPL.

Les autres référés apparaissent moins adaptés, sauf circonstances particulières, pour saisir les manquements évoqués dans les développements précédents.

---

1. TA Nice 18 avril 2023, *Ordre des avocats au barreau de Nice*, n° 2301388, C+.

2. TA Nice 26 juillet 2024, *Le syndicat des avocats de France, le syndicat de la magistrature*, n° 2403207.

## IV – Développer les demandes de communication des registres isolement-contention

Chaque établissement de santé habilité à délivrer des soins psychiatriques sans consentement doit tenir un registre des mesures d'isolement et contention, conformément aux dispositions de l'article L. 3222-5-1 du CSP. Ces registres sont communicables, sous réserve d'occulter les informations relatives aux patients, en raison de la protection de la vie privée, ainsi que celles permettant d'identifier les soignants, en raison du risque qu'une telle communication leur porte préjudice<sup>1</sup>. Le Conseil d'État a jugé également que, compte tenu de la nature des informations en cause, qui touchent à la santé mentale des patients, et du nombre restreint de personnes pouvant faire l'objet d'une mesure de contention et d'isolement, facilitant ainsi leur identification, l'identifiant dit « anonymisé » figurant dans ces registres, qu'il s'agisse, selon la pratique du centre hospitalier, de « l'identifiant permanent du patient » (IPP) ou d'un identifiant spécialement défini, doit être regardé comme une information dont la communication est susceptible de porter atteinte à la protection de la vie privée et au secret médical. Cet identifiant n'est donc communicable qu'au seul intéressé en vertu de l'article L. 311-6 du code des relations entre le public et l'administration<sup>2</sup>.

La consultation d'un registre ne permet donc plus de connaître le nombre de mesures prises dans un établissement hospitalier qui concernent le même patient. Toutefois, une telle demande de communication, auprès de l'établissement hospitalier puis, en cas de refus, devant la commission d'accès aux documents administratifs, conserve un intérêt certain, dès lors qu'elle permet de vérifier que ces registres respectent les dispositions du III de l'article L. 3222-5-1 du CSP mais également

---

1. CE 19 octobre 2021, *Centre hospitalier Sainte-Marie*, n° 442348.

2. CE 8 février 2023, *Centre hospitalier de l'arrondissement de Montreuil-sur-Mer*, n° 455887, *T. Rec.*

114 de connaître le nombre de mesures prises. Une telle stratégie est notamment mise en œuvre par le barreau de Versailles, qui demande communication des registres isolement-contention aux établissements du département, et les utilise pour identifier d'éventuels manquements.

## **Section 4**

---

### **Comblant les lacunes du droit**

#### **I – Le recours aux mesures d'isolement et de contention hors du cadre de l'hospitalisation sans consentement**

Il résulte des constats exposés en première partie de ce rapport que des citoyens, qui sont en outre particulièrement vulnérables, peuvent faire l'objet de mesures de privation de liberté hors de tout cadre légal. Cette privation de tous les droits qui accompagnent nécessairement de telles mesures privatives de liberté est connue des autorités sanitaires et juridictionnelles. Si la très grande complexité du sujet et de ses enjeux, tout comme les contraintes particulièrement fortes qui pèsent tant sur les services de psychiatrie, de pédopsychiatrie et d'urgences que sur les juridictions, ne doivent aucunement être sous-estimées, elles ne peuvent justifier l'absence d'évolution de la situation – ce dont la grande majorité des personnes interrogées dans le cadre de l'élaboration de ce rapport sont convenues.

Une partie des critiques du régime de contrôle des mesures d'isolement et de contention mis en place à la suite des décisions du Conseil constitutionnel, porte sur l'absence d'anticipation dans la construction du nouveau régime juridique, avec une insuffisante prise en compte des pratiques en cours dans les établissements hospitaliers. Il est donc indispensable de combler dès à présent les insuffisances du droit positif pour éviter qu'une décision juridictionnelle ne vienne une nouvelle fois imposer l'élaboration improvisée, dans des délais contraints, du cadre juridique idoine.

La privation de liberté hors de tout cadre légal pourrait faire l'objet de contentieux sur le terrain de la Convention européenne de sauvegarde des droits de l'homme et des libertés fondamentales, soit devant la Cour européenne des droits de l'homme elle-même, après épuisement des voies de recours internes, soit devant le juge administratif ou judiciaire, dans le cadre d'un contrôle de conventionalité. En effet, sont considérées comme une privation de liberté, au sens de l'article 5 de la Convention européenne de sauvegarde des droits de l'homme et des libertés fondamentales, l'internement psychiatrique ou la mise sous observation pour un examen psychiatrique, même d'une durée brève <sup>1</sup>. Par suite, le placement à l'isolement, avec ou sans mesure de contention, constitue assurément une privation de liberté au sens de ces stipulations. Si une telle privation de liberté est possible, pour un patient, c'est sous réserve qu'elle ait une base légale en droit interne.

Une détention qui n'est pas prévue par des dispositions de droit interne méconnaît ainsi l'article 5 de la Convention européenne de sauvegarde des droits de l'homme et des libertés fondamentales <sup>2</sup>. Par suite, les mesures d'isolement et de contention, au moins d'une certaine durée, mises en œuvre sans base légale aux urgences ou pour des mineurs hospitalisés en soins libres, seraient susceptibles d'être regardées comme méconnaissant les stipulations de l'article 5 de la Convention.

En outre, cette privation de liberté doit s'accompagner de certaines garanties, dont en particulier celle prévue au 4 de l'article 5 de la Convention tenant à ce que « Toute personne privée de sa liberté par arrestation ou détention a le droit

---

1. CEDH 19 mai 2004, *R.L. et M.-J.D. c/ France*, n° 44568/98, §§ 123-129 ; CEDH 4 juin 2013, *Stelian Rosca c/ Roumanie*, n° 5543/06, § 62.

2. Voir sur ce point, s'agissant de l'absence de disposition de droit interne réglant la détention d'une personne entre le moment de la fin de sa garde à vue et celui de sa présentation devant le juge d'instruction, CEDH 27 juillet 2006, *Zervudacki c/ France*, n° 73947/01, § 47.

116 d'introduire un recours devant un tribunal, afin qu'il statue à bref délai sur la légalité de sa détention et ordonne sa libération si la détention est illégale ». À nouveau, la situation des personnes faisant l'objet d'une mesure d'isolement ou de contention hors de tout cadre légal pourrait constituer une violation de ces dispositions. La Cour juge en effet qu'un patient détenu dans un établissement psychiatrique pour une durée illimitée ou prolongée a, en principe, le droit, au moins en l'absence de contrôle judiciaire périodique et automatique, d'introduire à des intervalles raisonnables un recours devant un tribunal pour contester la légalité de son internement <sup>1</sup>. Si ces décisions concernaient le principe même de l'hospitalisation sans consentement, un raisonnement similaire serait susceptible d'être tenu s'agissant d'un placement à l'isolement, au moins d'une durée importante.

## A – Sur les mineurs

Ainsi qu'il a été indiqué au *Chapitre 2, Section 3, II* de ce rapport, l'interdiction des mesures d'isolement et de contention pour les mineurs en hospitalisation libre correspond d'ores et déjà à l'état du droit ; la Cour de cassation l'a clairement rappelé.

Toutefois, le décalage entre le droit applicable et la réalité de la pratique, s'agissant du recours à des mesures d'isolement et de contention pour des mineurs alors qu'ils sont en hospitalisation libre conduit en particulier à s'interroger sur les effets, pour les soignants, les patients et l'ensemble des observateurs extérieurs, d'une situation dans laquelle une interdiction légale est mécon nue, sans véritable conséquence, et où des mineurs bénéficient de beaucoup moins de droits que les adultes.

Le comité de suivi sur la mise en œuvre de la réforme du contrôle des mesures d'isolement et de contention dans le cadre

---

1. Voir, notamment, CEDH 5 novembre 1981, *X c/ Royaume-Uni* du, *série A* n° 46, p. 23, § 52 ; CEDH 18 novembre 2010, *Baudouin c/ France*.

des soins psychiatriques sans consentement a estimé qu'un cadre légal devait être défini, pour ne pas aboutir à une absence de contrôle du juge sur les mesures d'isolement et de contention prises à l'égard de patients mineurs. Le CGLPL recommande quant à lui, avec constance, de proscrire le recours à de telles mesures à l'endroit de patients mineurs. Cette volonté de ne pas légitimer cette pratique se retrouve dans les analyses de membres du groupe de travail de pédopsychiatrie de la commission nationale de psychiatrie <sup>1</sup>, qui se sont montrés opposés à la construction de chambres d'isolement en pédopsychiatrie, pour éviter de légitimer une pratique qu'ils souhaitent la plus rare possible.

Les constats du CGLPL révèlent par ailleurs que, si les conséquences des mesures d'isolement et de contention illégales appliquées à des patients mineurs figurent en bonne place parmi les atteintes aux droits subies par cette catégorie de patients, elles ne sont pas exclusives d'autres facteurs d'atteintes à leurs droits qui sont, de manière globale, insuffisamment protégés. Aussi le CGLPL recommande-t-il, dans son avis précité du 6 octobre 2025 relatif aux enfants privés de liberté dans les établissements de santé mentale, l'instauration par le législateur d'un régime *ad hoc* du mineur hospitalisé en psychiatrie, qui soit conforme aux exigences de la Convention internationale des droits de l'enfant et, dans cette logique, s'applique à tout être humain âgé de moins de dix-huit ans. À ce titre, ce nouveau statut du mineur hospitalisé en psychiatrie devra être fondé sur le respect du principe de l'intérêt supérieur de l'enfant au regard duquel doit notamment être évaluée la possibilité de contraindre un enfant à l'hospitalisation.

---

1. Jean Lefèvre-Utile, Jokthan Guivarch, David Cohen, Cora Cravero, Anne Catherine Rolland et le groupe de travail de pédopsychiatrie de la Commission nationale de psychiatrie, « Soins sans consentement, mesures d'isolement et de contention en pédopsychiatrie : une analyse des défis éthiques en France », *Neuropsychiatrie de l'Enfance et de l'Adolescence*, 2023.

## RECOMMANDATION N° 18

Instaurer un statut légal du mineur hospitalisé en psychiatrie garantissant le respect effectif de ses droits fondamentaux et conforme en tous points aux stipulations de la Convention internationale des droits de l'enfant.

### B – Sur les urgences

De la même manière que pour les mineurs, la méconnaissance des droits des patients au sein des services d'urgences, la violation quotidienne de la règle de droit par l'ensemble des acteurs, qui ne sont le plus souvent pas en situation de procéder différemment et le fort risque contentieux qui en découle apparaissent difficilement acceptables. Toutefois, ce constat ne peut faire l'impasse sur les difficultés particulières auxquels sont confrontés les services des urgences aujourd'hui <sup>1</sup>, déjà évoquées par ce rapport et qui rendent, à ce jour, particulièrement difficile de prévoir une extension, en l'état, au sein de ces services, du contrôle juridictionnel des mesures d'isolement et de contention. Il est néanmoins anormal que le moment du placement en isolement ou en contention ne soit ni regardé comme le début des soins sans consentement, ni pris en compte pour le déclenchement du contrôle juridictionnel.

Si une réflexion collective apparaît indispensable (avec les personnels de santé intervenant aux urgences, les psychiatres ou encore les représentants des patients et des familles), elle ne peut donc s'abstraire d'une réflexion plus générale sur la situation de ces services, la spécialisation des urgences psychiatriques et l'organisation du système de soins, qui dépasse largement le cadre de ce rapport.

À cet égard, l'organisation d'une conférence de consensus pourrait être envisagée, selon la même logique que celle organisée

---

1. Voir sur ce point le rapport d'information de la commission des affaires sociales de l'Assemblée nationale, décembre 2024.

en 2004 sur la liberté d'aller et venir dans les établissements sanitaires et médico-sociaux, qui a conduit à l'adoption, dans la loi du 28 décembre 2015 relative à l'adaptation de la société au vieillissement et dans le décret du 15 décembre 2016 relatif à l'annexe au contrat de séjour dans les établissements d'hébergement sociaux et médico-sociaux pour personnes âgées, de dispositions encadrant les restrictions de libertés au sein des établissements sanitaires et sociaux et médico-sociaux.

### RECOMMANDATION N° 19

Décompter toute mesure d'isolement et de contention appliquée aux urgences dès sa mise en œuvre au titre d'une part des soins sans consentement, d'autre part de l'isolement et de la contention.

Si à la suite d'une telle mesure le patient n'est pas placé en soins sans consentement, indemniser le préjudice né d'une contrainte illégale.

## II – Définir un cadre juridique concernant les USIP

Le Conseil d'État ayant d'ores et déjà jugé que le cadre juridique actuel, concernant les UMD, n'excluait ni la possibilité d'exercer un recours devant le juge compétent, ni le droit à l'assistance d'un avocat lors de l'exercice de ce recours<sup>1</sup>, il apparaît difficile d'identifier un fondement juridique pour obtenir une modification du cadre juridique applicable et obtenir la création d'un recours spécifique pour la contestation des décisions de placement et de refus de sortie en UMD. Ce constat est renforcé par la décision précitée du Tribunal des conflits en date du 3 juillet 2023.

---

1. CE 17 mars 2017, *Association Cercle de réflexion et de proposition d'action sur la psychiatrie*, n° 397774.



En tout état de cause, plutôt que de prévoir un recours distinct, il apparaît plus efficace de renforcer l'information des personnes hospitalisées en UMD et des barreaux locaux, puisque les conséquences de la décision du Tribunal des conflits s'agissant de la possibilité de contester l'admission et le maintien d'un patient en UMD, ne semblent pas avoir été totalement tirées.

La situation est en revanche très différente s'agissant des USIP, qui pâtissent de l'absence totale de cadre réglementaire, ce qui alimente d'ailleurs les contestations, voire les fantasmes, sur ces établissements. Une démarche consistant à évaluer et à établir un état des lieux précis des USIP existants, pour en déterminer ensuite le cadre, apparaît indispensable, pour préciser les indications médicales et définir les différences, en particulier s'agissant des privations de liberté, avec les unités d'hospitalisation classique (cf. *Chapitre 2, Section 3, III*). Ce cadre pourra être fixé par voie réglementaire.

### RECOMMANDATION N° 20

Évaluer les USIP existants et en établir un état des lieux précis.

### RECOMMANDATION N° 21

Définir par voie réglementaire le cadre juridique applicable aux USIP.

## Section 5

### Promouvoir une véritable politique publique de réduction du recours aux mesures d'isolement et de contention

#### I – Renforcer la politique publique en faveur de la réduction du recours aux mesures d'isolement et de contention

Ainsi qu'il a été indiqué dans la première partie de ce rapport, si le ministère chargé de la santé affiche un objectif de réduction du recours aux mesures d'isolement et de contention, celui-ci ne

trouve pas nécessairement de traduction dans les politiques effectivement mises en œuvre dans l'ensemble des établissements de santé mentale et n'est pas connu et endossé par l'ensemble des soignants. D'ailleurs, si l'objectif de moindre recours aux mesures d'isolement et de contention semble globalement partagé, des positions hétérogènes ont pu être exprimées, dans le cadre de l'élaboration de ce rapport, sur la manière d'atteindre concrètement cet objectif : certaines personnes interrogées plaident ainsi pour la définition d'un objectif « zéro contention, zéro isolement »<sup>1</sup>, d'autres pour un objectif « zéro contention », et d'autres encore, si elles sont favorables au moindre recours, estiment que se passer entièrement des mesures d'isolement et de contention n'est pas envisageable.

En premier lieu, les actions aujourd'hui mises en œuvre par les ARS pour contribuer à l'objectif de moindre recours à l'isolement et à la contention sur le territoire national, qu'il s'agisse d'appels à projets, d'actions de formation ou encore de journées thématiques, ne font pas l'objet d'un recensement, même partiel, par le ministère chargé de la santé. Il n'a ainsi pas été possible, dans le cadre de l'élaboration de ce rapport, de disposer d'un état des lieux de l'ensemble des actions mises en œuvre à ce titre. Il en est de même s'agissant des financements affectés au déploiement d'une politique de moindre recours aux mesures d'isolement et de contention, dont l'utilisation par chaque ARS ne fait pas l'objet de remontées d'informations au niveau national.

Il conviendrait donc en premier lieu que les différentes actions engagées fassent l'objet d'un tel recensement et d'une évaluation, comme le prévoyait d'ailleurs l'instruction n° DGOS/R4/2022/85 du 29 mars 2022 du ministre chargé de la santé relative au cadre juridique des mesures d'isolement et de contention en psychiatrie et à la politique de réduction du recours aux pratiques d'isolement et de contention.

---

1. Voir notamment sur ce point la tribune de membres de l'association des jeunes psychiatres et des jeunes addictologues « Nous plaillons pour l'abolition des pratiques d'isolement et de contention, en augmentation constante », *Le Monde*, 27 mai 2025.

Un tel bilan pourrait faire l'objet d'une communication claire auprès de l'ensemble des établissements de santé, permettant de réaffirmer un objectif commun de baisse du recours aux mesures d'isolement et de contention et de diffusion de bonnes pratiques. Il pourrait également constituer le point de départ d'un renforcement de cette politique publique, qui ne devrait plus être orientée vers la seule prise en compte des effets de la juridictionnalisation des mesures d'isolement et de contention, mais vers la réduction de ces mesures, et devrait comporter un volet essentiel consacré à la formation. En effet, et comme l'indiquait d'ailleurs l'instruction DGOS du 29 mars 2022, « le levier majeur d'une politique de réduction des pratiques d'isolement et de contention réside dans un plan de formation à l'attention de tous les professionnels exerçant dans les établissements autorisés en psychiatrie ». Il apparaît donc indispensable que cet objectif, affirmé plus de trois ans avant la rédaction de ce rapport, trouve une véritable application dans une politique de formation à destination des professionnels de santé, qui fasse l'objet de financements dédiés afin que l'ensemble des professionnels de santé puissent y participer. Le bilan ainsi réalisé pourrait également être l'occasion, eu égard à l'hétérogénéité des pratiques d'isolement et de contention relevées sur le territoire national (voir *Chapitre 2, Section 2, I*) de constituer, au niveau du ministère chargé de la santé, un groupe de travail réunissant un panel d'établissements aux profils variés afin de travailler ensemble sur ce sujet.

Il conviendrait également d'engager une démarche de parangonnage sur les pratiques d'hospitalisation sans consentement, d'isolement et de contention au plan international, ce qui permettrait notamment de recueillir des éléments sur les bonnes pratiques développées dans d'autres pays. De nombreux interlocuteurs, interrogés ont ainsi déploré le peu d'informations dont ils disposaient sur le sujet. Le ministère chargé de la santé pourrait demander à l'IGAS de réaliser une étude sur ce sujet.

Enfin, il apparaît nécessaire qu'au-delà de mesures incitatives, des mesures plus contraignantes soient mises en œuvre (voir les deux points suivants).

Cette politique publique renforcée pourrait ainsi se traduire par une nouvelle instruction à destination des directeurs généraux des ARS, détaillant de manière précise le bilan des actions d'ores et déjà mises en œuvre et celles devant être menées, au premier rang desquelles la formation. Des objectifs en la matière pourraient également être intégrés dans le contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens signé entre les ministres chargés de la santé, de l'assurance maladie, des personnes âgées et des personnes handicapées et le directeur général de chaque agence régionale de santé (article L. 1433-2 du CSP).

### RECOMMANDATION N° 22

Recenser et évaluer les mesures mises en œuvre pour contribuer à l'objectif de moindre recours à l'isolement et à la contention et identifier les financements correspondants.

### RECOMMANDATION N° 23

Mettre en place un pilotage ministériel de la politique de réduction du recours à l'isolement et à la contention intégrant un véritable plan de formation de l'ensemble des soignants intervenant auprès de patients en soins sans consentement et une démarche de parangonnage sur les pratiques d'hospitalisation sans consentement, d'isolement et de contention au plan international.

## **II – Utiliser le taux de recours aux mesures d'isolement et de contention comme indicateurs contraignants pour le financement et la certification des établissements en psychiatrie**

Si les établissements volontaires pour s'engager dans une démarche de réduction des mesures d'isolement et de contention

peuvent d'ores et déjà s'appuyer sur un certain nombre d'outils non contraignants (diffusion de bonnes pratiques, formations facultatives), qui constituent un volet essentiel de la politique publique déployée à ce titre, il paraît également nécessaire d'embarquer les établissements n'ayant pas développé d'initiative aux fins de réduction du recours à ces mesures, à travers l'utilisation d'outils plus contraignants, que ce soit sur le terrain du financement ou de la certification des établissements, qui constituent autant de leviers pour l'évolution des pratiques.

La réussite d'une telle démarche est cependant conditionnée par l'existence et la disponibilité d'indicateurs fiables. Quelques années ont été nécessaires pour que certains établissements s'approprient leurs obligations de recensement des mesures d'isolement et de contention et transmettent des données complètes à l'Agence technique de l'information sur l'hospitalisation, les visites du CGLPL montrent que dans d'autres établissements les données recueillies ne sont ni complètes ni fiables. Il est donc nécessaire d'achever la mise en place des outils permettant un recueil de qualité. Il est également nécessaire que les méthodes de computation des durées d'isolement ou de contention, encore trop souvent approximatives soient partout mises en conformité avec la loi. À ces conditions, des critères quantitatifs fondés sur le taux de recours aux mesures d'isolement et éventuellement la durée de ces mesures pourront être utilisés, étant rappelé que les variations entre établissements peuvent être particulièrement importantes. Une telle utilisation ne serait pas inédite en Europe <sup>1</sup>.

Ces indicateurs pourraient porter, notamment, sur le taux de recours aux mesures d'isolement et de contention par rapport au taux de recours national pour des établissements comparables,

---

1. Les auteurs de l'article « Isolement et contention en psychiatrie en 2022 : un panorama inédit de la population concernée et des disparités d'usage entre établissements », relevaient ainsi que seules la Norvège et l'Angleterre utiliseraient les données portant sur le recours aux mesures d'isolement et de contention comme indicateurs de la qualité des soins psychiatriques.

ainsi que sur l'évolution dans le temps, au sein d'un même établissement, de la mise en œuvre de telles mesures. En outre, il pourrait être opportun de distinguer isolement et contention dans l'utilisation des indicateurs ainsi définis : si ces deux types de mesure sont envisagés de manière conjointe par les textes, elles sont de nature bien distinctes, ce que démontre clairement l'hétérogénéité des coefficients de variation entre établissements, qui s'élèvent à 91,6 % pour les mesures de contention et à 50,5 % pour les mesures d'isolement <sup>1</sup>.

Tout d'abord, de tels indicateurs pourraient être intégrés dans ceux que les établissements de santé publics <sup>2</sup> et privés <sup>3</sup> doivent mettre à disposition du public chaque année <sup>4</sup>.

Surtout, ils pourraient être utilisés comme critères pour l'octroi aux établissements d'une dotation de financement supplémentaire. En effet, les établissements de santé exerçant une activité, notamment, de psychiatrie <sup>5</sup>, peuvent bénéficier, pour leur financement, d'une dotation complémentaire, le dispositif d'Incitation Financière à la Qualité (IFAQ), lorsqu'ils atteignent des résultats évalués à l'aide d'indicateurs liés à la qualité et à la sécurité des soins <sup>6</sup>. Ces indicateurs peuvent notamment porter sur la qualité des prises en charge cliniques <sup>7</sup>. L'article R. 162-36-2 du

---

1. Les auteurs de la recherche intitulée « RICOCHET » (Recours à l'Isolement et à la COntention en psyCHIatrie entre ÉTtablissements et facteurs associés à l'échelle nationale) ont pu identifier, pour les mesures d'isolement, un coefficient de variation de 50,5 % entre les établissements (avec des établissements n'y ayant jamais recours et des établissements y ayant recours pour plus de 50 % de leurs séjours en soins sans consentement), et un coefficient de variation de 91,6 % pour les mesures de contention (32 établissements n'y ayant jamais recours et 18 établissements y ayant recours pour plus de 20 % des séjours en soins sans consentement).

2. Article L. 6144-1 du CSP.

3. II de l'article L. 6161-2-2 du CSP.

4. Ces indicateurs sont fixés par arrêté du ministre chargé de la santé (article R. 132-36 du code de la sécurité sociale).

5. Activité mentionnée au 2° de l'article L. 162-22 du code de la sécurité sociale.

6. Article L. 162-23-15 du code de la sécurité sociale.

7. 2° de l'article R. 162-36-1 du même code

code de la sécurité sociale précise enfin les critères selon lesquels le montant de cette dotation complémentaire est déterminé.

Un arrêté du 20 décembre 2024 <sup>1</sup> fixe la liste des indicateurs obligatoires devant être respectés pour bénéficier de la dotation complémentaire pour l'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins. Pour la psychiatrie, cet arrêté énumère les indicateurs suivants : évaluation cardiovasculaire et métabolique chez les patients adultes, repérage et proposition d'aide à l'arrêt des addictions chez les patients adultes, mesure des hospitalisations de longue durée à temps plein en soins libres et niveau de certification V2014 ou nouvelle certification des établissements de santé pour la qualité des soins. Un indicateur portant sur la baisse du taux de recours aux mesures d'isolement et de contention pourrait utilement le compléter, à moins que le législateur, comme il l'a fait pour d'autres indicateurs <sup>2</sup>, ne souhaite faire figurer cet objectif dans la loi <sup>3</sup>.

À tout le moins il est nécessaire de prendre en compte la baisse du recours aux mesures d'isolement et de contention dans le contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens que l'ARS conclut avec chaque établissement de santé, et d'assortir cette information de conséquences financières. Le respect ou au contraire la méconnaissance de ces engagements aurait alors un impact sur le montant, versé à l'établissement, des dotations de financement relatives à des missions spécifiques et des aides à la contractualisation (MIGAC) qui pourraient être mobilisées <sup>4</sup>.

---

1. Arrêté du 20 décembre 2024 fixant les modalités de calcul du montant de la dotation allouée aux établissements de santé en application de l'article L. 162-23-15 du code de la sécurité sociale, la liste des indicateurs obligatoires pour l'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins et les conditions de mise à disposition du public de certains résultats par l'établissement de santé.

2. Article L. 6114-1 du CSP.

3. Il s'agit des indicateurs suivants : le développement de l'autodialyse et de la dialyse à domicile ainsi que la lutte contre les erreurs médicamenteuses évitables.

4. Aux termes de l'article D. 6114-3 du CSP portant sur les contrats pluriannuels d'objectifs et de moyen : « I. – Le contrat mentionné à l'article L. 6114-1 précise, à

**RECOMMANDATION N° 24**

Prendre en compte des indicateurs quantitatifs portant sur le taux ou la baisse du recours aux mesures d'isolement et de contention pour fixer le montant de certaines dotations versées aux établissements.

L'utilisation d'indicateurs quantitatifs portant sur la baisse du recours aux mesures d'isolement et de contention pourrait également être envisagée pour la certification des établissements par la HAS. En effet, si le référentiel de certification des établissements de santé pour la qualité des soins a évolué dans le temps vers une prise en compte renforcée des modalités de recours aux mesures d'isolement et de contention, pour en faire un critère impératif, il s'agit d'une prise en compte qualitative, et non quantitative. Des réflexions sont en cours au sein de la HAS sur la possibilité de tenir compte de telles données chiffrées pour les prochains cycles de certification.

Or cette évolution pourrait avoir un effet non négligeable sur les pratiques des établissements, dès lors que l'absence de certification, outre qu'elle peut avoir un impact en termes d'image

---

défaut d'un contrat spécifique, les engagements pris par l'établissement concernant : 1° Les actions mentionnées au 2° de l'article L. 162-22-5 du code de la sécurité sociale [...] ». Il s'agit, aux termes du 2° de l'article 162-22-5 du code de la sécurité sociale, d'actions tendant à l'atteinte des objectifs inscrits dans le contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens, mentionnés à l'article L. 6114-2 du CSP ou, à défaut, dans un engagement contractuel spécifique. Cet article L. 162-22-5 du code de la sécurité sociale précise que ce sont les dotations mentionnées au 3° de l'article L. 162-22-2 du même code qui concourent au financement de ces actions, c'est-à-dire les dotations de financement relatives à des missions spécifiques et des aides à la contractualisation.

Enfin, l'article D. 162-8 du code de la sécurité sociale précise que « Les actions mentionnées au 2° de l'article L. 162-22-5 susceptibles de donner lieu à l'allocation des dotations mentionnées à l'article L. 162-22-5 sont les suivantes : / 1° Celles visant à l'atteinte des objectifs inscrits au contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens mentionnés à l'article L. 6114-2 du CSP ; / 2° Celles visant à couvrir des besoins ponctuels résultant d'un engagement contractuel spécifique ».



et partant sur les recrutements, constitue également l'un des critères faisant obstacle au bénéfice de la dotation portant sur l'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins, prévue par l'article L. 162-23-15 du code de la sécurité sociale.

### RECOMMANDATION N° 25

Intégrer des indicateurs quantitatifs portant sur la baisse du recours aux mesures d'isolement et de contention dans les critères impératifs de certification des établissements par la Haute autorité de santé.

## III – Utiliser le levier de la réforme des autorisations de psychiatrie

Les établissements de santé doivent respecter les conditions techniques d'implantation (décret n° 2022-1263 du 28 septembre 2022 relatif aux conditions d'implantation de l'activité de psychiatrie) et de fonctionnement (décret n° 2022-1264 du 28 septembre 2022 relatif aux conditions techniques de fonctionnement de l'activité de psychiatrie) pour pouvoir dispenser des soins psychiatriques sans consentement.

Aux termes de l'article D. 6124-265 du CSP, tel que modifié par le décret du 28 septembre 2022 précité relatif aux conditions techniques de fonctionnement de l'activité de psychiatrie, les unités d'hospitalisation comprennent notamment, dans le cadre de la mention « soins sans consentement » :

- un ou des espaces d'apaisement, adaptés à la nature de la prise en charge des patients et au projet thérapeutique mis en œuvre, permettant des échanges avec le psychiatre ou avec un autre professionnel à l'écart des autres patients ;
- une ou plusieurs chambres d'isolement individuelles. Chaque chambre d'isolement dispose d'une luminosité naturelle, d'une aération, d'un dispositif d'appel accessible, de sanitaires

respectant l'intimité du patient et sa dignité, d'un point d'eau, d'une horloge indiquant la date et l'heure et du mobilier adapté à l'état clinique du patient article.

L'instruction n° DGOS/R4/2022/85 du 29 mars 2022 du ministre chargé de la santé relative au cadre juridique des mesures d'isolement et de contention en psychiatrie et à la politique de réduction du recours aux pratiques d'isolement et de contention précise qu'« [u]ne mesure d'isolement ou de contention se fait dans une chambre fermée, dédiée, sécurisée, aménagée pour cet usage, permettant une surveillance par les professionnels soignants. Elle doit respecter la dignité et l'intimité du patient. La disponibilité de sa chambre est assurée au patient à tout moment. Il retourne dans sa chambre dès l'amélioration de son état clinique. Les chambres d'isolement ne doivent pas être comptabilisées dans les capacités d'hospitalisation de l'établissement pour le calcul des taux d'occupation de ses lits. La contention consiste à restreindre ou maîtriser les mouvements d'un patient par un dispositif fixé sur un lit dans une chambre dédiée ».

En outre, l'instruction n° DGOS/R4/2022/257 du 2 décembre 2022 relative à la mise en œuvre de la réforme des autorisations de l'activité de psychiatrie précise que l'espace d'apaisement est un espace ouvert et distinct des chambres, permettant au patient d'habiter un espace « ressourçant » et propice à des entretiens avec le psychiatre ou avec un autre professionnel, à l'écart des autres patients. Elle précise également que les chambres d'isolement ne doivent pas être considérées comme des chambres d'hospitalisation.

L'établissement demandeur dispose d'un délai de deux ans à compter de la délivrance de l'autorisation par l'ARS<sup>1</sup> pour se mettre en conformité, notamment, avec les dispositions de l'article D. 6124-265 du CSP.

---

1. Étant précisé que cette réforme entre en vigueur de manière progressive, puisque les demandes de renouvellement ou de nouvelles autorisations devront être déposées par les établissements selon les différentes fenêtres de dépôt prévues par les agences régionales de santé.

Le décret relatif aux conditions techniques de fonctionnement de l'activité de psychiatrie prévoit également que lorsqu'à l'issue de ce délai, le titulaire de l'autorisation n'est pas en conformité avec, notamment, les dispositions de l'article D. 6124-265 du CSP, l'autorisation fait l'objet des mesures prévues à l'article L. 6122-13 du même code. Aux termes de ces dispositions, lorsqu'est constaté un tel manquement, le directeur général de l'ARS le notifie à cette dernière et lui demande de faire connaître ses observations en réponse ainsi que les mesures correctrices adoptées ou envisagées. En l'absence de réponse dans ce délai ou si cette réponse est insuffisante, il adresse au titulaire de l'autorisation une injonction de prendre toutes dispositions nécessaires et de faire cesser définitivement les manquements dans un délai déterminé. S'il n'est pas satisfait à cette injonction, le directeur général de l'agence régionale de santé peut prononcer la suspension immédiate, totale ou partielle, de l'autorisation de l'activité de soins concernée.

Par suite, l'absence de mise en conformité des établissements pourrait, aux termes des dispositions de l'article L. 6122-13 du CSP, avoir des conséquences lourdes pour les établissements concernés. Si le retrait de l'autorisation à brève échéance paraît peu réaliste, ces dispositions de l'article constituent un levier intéressant pour inciter les établissements à accélérer leur mise en conformité avec les exigences de l'article D. 6124-265 du CSP, et en particulier la création d'une chambre d'apaisement, élément important pour permettre l'évolution des pratiques professionnelles et inciter à la réduction des mesures d'isolement et de contention.

### **RECOMMANDATION N° 26**

Mobiliser la procédure prévue par l'article L. 6122-13 du code de la santé publique en cas de non-respect de l'obligation, prévue par les conditions techniques de fonctionnement, de disposer d'espaces d'apaisement et de chambres d'isolement dignes.

## **IV – Envisager une action volontariste concernant les systèmes d'information**

Ainsi qu'il a été indiqué dans la première partie de ce rapport, aucun outil directement fonctionnel, permettant de calculer les différents délais s'appliquant aux mesures d'isolement et de contention n'a pu être proposé aux établissements de santé par le ministère chargé de la santé, ce qui complique singulièrement leur tâche et accroît les risques d'erreur et de mainlevée afférents.

Si les difficultés tenant au développement de nouveaux outils informatiques ne doivent pas être sous-estimées, en particulier dans un contexte dans lequel les logiciels utilisés par les établissements de santé ne sont pas identiques, il pourrait être intéressant de solliciter le département « Etalab »<sup>1</sup> de la direction interministérielle du numérique, pour faciliter le développement d'outils de suivi des mesures d'isolement et de contention, dont il faudrait également prévoir, idéalement, l'interconnexion tant avec les outils informatiques du ministère de la justice qu'avec l'agence technique de l'information sur l'hospitalisation.

### **RECOMMANDATION N° 27**

Développer des outils nationaux de suivi des mesures d'isolement et de contention.

En conclusion, la protection des droits des patients hospitalisés sans leur consentement passe par deux vecteurs principaux : d'une part, l'amélioration de la prise en compte de ces droits dans le cadre de la procédure de contrôle juridictionnelle existante, d'autre part, le développement d'autres types de contentieux

---

1. Article 6 du décret n° 2019-1088 du 25 octobre 2019 relatif au système d'information et de communication de l'État et à la direction interministérielle du numérique.

132 (responsabilité, situation d'un établissement), de nature à contribuer à une évolution des pratiques. De telles évolutions ne sauraient toutefois se passer du déploiement d'une politique ambitieuse de moindre recours aux soins sans consentement et aux mesures d'isolement et de contention ni d'une réflexion visant à mettre un terme au recours à ces dernières mesures en dehors de tout cadre légal.

# Synthèse des recommandations

## **Recommandation n° 1**

Accompagner la remise de documents d'information écrits par des explications, fournies de préférence par un membre de l'équipe soignante.

## **Recommandation n° 2**

Lors de la notification de la décision d'admission ou de maintien en soins sans consentement, remettre aux patients les certificats médicaux qui fondent cette décision ainsi que la liste de leurs droits, sur un support qu'ils peuvent conserver.

## **Recommandation n° 3**

Mettre à disposition des établissements de santé et du public des ressources pour l'information des patients sur leurs droits, en plusieurs langues, expliquant de manière simple leurs droits aux patients hospitalisés sans consentement.

## **Recommandation n° 4**

Mettre en place un suivi des avis de non-auditionnabilité, s'agissant du contrôle juridictionnel tant des mesures

134 d'hospitalisation complète que des mesures d'isolement et de contention, ainsi qu'une remontée des données correspondantes.

### **Recommandation n° 5**

Ne recourir aux systèmes de télécommunication pour les auditions dans le cadre du contrôle des mesures d'isolement et de contention que lorsque l'état du patient fait obstacle à sa présentation au juge.

### **Recommandation n° 6**

Réintroduire un magistrat dans la composition des commissions départementales des soins psychiatriques afin de leur conférer une plus grande légitimité sur le terrain juridique.

### **Recommandation n° 7**

Introduire un représentant du bâtonnier dans les commissions départementales des soins psychiatriques.

### **Recommandation n° 8**

Assurer l'attractivité des fonctions de membres de la commission départementale des soins psychiatriques.

### **Recommandation n° 9**

Généraliser les conventions organisant la concertation entre établissements hospitaliers et juridictions et associer les barreaux à ces échanges.

### **Recommandation n° 10**

Généraliser la transmission dématérialisée des documents entre les établissements hospitaliers et les juridictions par une plateforme conforme aux exigences du code de procédure civile et

du code de la santé publique dans le cadre des instances liées aux mesures d'admission en soins sans consentement et aux mesures d'isolement et de contention.

### **Recommandation n° 11**

Définir une procédure applicable en cas de fugue du patient hospitalisé sans son consentement.

### **Recommandation n° 12**

Relancer les travaux du comité de suivi et lui confier, notamment, l'amélioration et l'actualisation, le cas échéant, des outils et supports suivants, essentiels pour assurer la formation continue des différentes parties prenantes : les formulaires d'information et de saisine du juge judiciaire ; les fiches réflexe à destination du juge judiciaire ; l'élaboration et la diffusion régulière d'un socle documentaire pratique à destination, d'une part, des juridictions, d'autre part, des établissements de santé, enfin des juridictions et des établissements de santé.

### **Recommandation n° 13**

Diffuser l'ensemble de ces outils et supports tant aux établissements de santé qu'aux juridictions, afin d'assurer un niveau d'information uniforme de tous les acteurs de la procédure.

### **Recommandation n° 14**

Accompagner de manière proactive la spécialisation des juges et la création d'une véritable filière de juges spécialisés en contentieux des soins sans consentement et des mesures d'isolement et de contention.



### **Recommandation n° 15**

Diffuser les bonnes pratiques inspirées des barreaux pilotes en matière de soins sans consentement et d'isolement et de contention.

### **Recommandation n° 16**

Généraliser les permanences dédiées pour les soins sans consentement et pour l'isolement et la contention, avec une formation spécifique des avocats.

### **Recommandation n° 17**

Conférer aux bâtonniers un droit de visite des établissements de santé mentale habilités en soins sans consentement à l'instar de celui qui leur est reconnu pour les autres lieux de privation de liberté.

### **Recommandation n° 18**

Instaurer un statut légal du mineur hospitalisé en psychiatrie garantissant le respect effectif de ses droits fondamentaux et conforme en tous points aux stipulations de la Convention internationale des droits de l'enfant.

### **Recommandation n° 19**

Décompter toute mesure d'isolement et de contention appliquée aux urgences dès sa mise en œuvre au titre d'une part des soins sans consentement, d'autre part de l'isolement et de la contention.

Si à la suite d'une telle mesure le patient n'est pas placé en soins sans consentement, indemniser le préjudice né d'une contrainte illégale.

**Recommandation n° 20**

Évaluer les USIP existants et en établir un état des lieux précis.

**Recommandation n° 21**

Définir par voie réglementaire le cadre juridique applicable aux USIP.

**Recommandation n° 22**

Recenser et évaluer les mesures mises en œuvre pour contribuer à l'objectif de moindre recours à l'isolement et à la contention et identifier les financements correspondants.

**Recommandation n° 23**

Mettre en place un pilotage ministériel de la politique de réduction du recours à l'isolement et à la contention intégrant un véritable plan de formation de l'ensemble des soignants intervenant auprès de patients en soins sans consentement et une démarche de parangonnage sur les pratiques d'hospitalisation sans consentement, d'isolement et de contention au plan international.

**Recommandation n° 24**

Prendre en compte des indicateurs quantitatifs portant sur le taux ou la baisse du recours aux mesures d'isolement et de contention pour fixer le montant de certaines dotations versées aux établissements.

**Recommandation n° 25**

Intégrer des indicateurs quantitatifs portant sur la baisse du recours aux mesures d'isolement et de contention dans les critères impératifs de certification des établissements par la Haute autorité de santé.

## **Recommandation n° 26**

Mobiliser la procédure prévue par l'article L. 6122-13 du code de la santé publique en cas de non-respect de l'obligation, prévue par les conditions techniques de fonctionnement, de disposer d'espaces d'apaisement et de chambres d'isolement dignes.

## **Recommandation n° 27**

Développer des outils nationaux de suivi des mesures d'isolement et de contention.

---

## Du même auteur

*Isolement et contention dans les établissements de santé mentale*, mai 2016

*Le personnel des lieux de privation de liberté*, juin 2017

*Les droits fondamentaux des mineurs en établissement de santé mentale*, novembre 2017

*Les droits fondamentaux à l'épreuve de la surpopulation carcérale*, février 2018

*La nuit dans les lieux de privation de liberté*, juillet 2019

*Les violences interpersonnelles dans les lieux de privation de liberté*, décembre 2019

*Soins sans consentement et droits fondamentaux*, juin 2020

*Les droits fondamentaux des mineurs enfermés*, février 2021

*L'arrivée dans les lieux de privation de liberté*, décembre 2021

*L'intimité au risque de la privation de liberté*, juillet 2022

*Incarcérations de longue durée et atteintes aux droits*, décembre 2023

*L'effectivité des voies de recours contre les conditions indignes de détention*, octobre 2024

# Table des matières

<b>À propos de l'auteur</b> .....	V
<b>Introduction</b> .....	VII
<b>Chapitre 1</b> .....	1
Les contrôles juridictionnels en psychiatrie	
- <b>Section 1</b> .....	1
Le contrôle juridictionnel des mesures d'hospitalisation sans consentement est désormais stabilisé	
- <b>I. La décision de soins sans consentement (SSC)</b> .....	2
- <b>II. L'intervention du juge</b> .....	6
- <b>III. La portée du contrôle</b> .....	8
<b>A. La régularité des mesures</b> .....	8
<b>B. Le bien-fondé de la mesure</b> .....	12
<b>C. Les pouvoirs du juge : mainlevée, mainlevée différée, annulation</b> . . . .	14
- <b>Section 2</b> .....	14
Le contrôle juridictionnel de l'isolement et de la contention, se met en place avec difficulté et reste peu opérant	
- <b>I. Le cadre juridique de l'isolement et de la contention</b> .....	14
- <b>II. L'intervention du juge</b> .....	17
- <b>III. La portée du contrôle</b> .....	21
- <b>IV. Une réforme mise en place avec difficulté</b> .....	22
<b>Chapitre 2</b> .....	29
Un dispositif complexe et insuffisant	
- <b>Section 1</b> .....	29
Le contrôle juridictionnel ne contribue que très imparfaitement à la protection des patients	
- <b>I. La nécessité médicale des mesures n'est pas contrôlée</b> .....	29
- <b>II. La vulnérabilité des patients ne favorise pas leur défense</b> .....	30

142	- III. La décision du juge se heurte à des difficultés d'exécution . . . . .	33
	- IV. Le contrôle juridictionnel du placement en UMD est insuffisamment mis en œuvre . . . . .	34
	- <b>Section 2.</b> . . . . .	40
	La judiciarisation ne peut remplacer une politique de moindre recours à la contrainte en psychiatrie	
	- I. Les pratiques d'isolement et de contention sont hétérogènes . . . . .	41
	- II. La politique de réduction des contraintes manque d'ambition. . . . .	46
	- <b>Section 3.</b> . . . . .	50
	Des formes de contrainte échappent encore à tout cadre légal et au contrôle du juge	
	- I. Les contraintes imposées aux urgences ne sont pas contrôlées . . . . .	53
	- II. L'isolement et la contention des mineurs sont pratiqués sans base légale et sans contrôle . . . . .	55
	- III. Le placement en USIP échappe à tout cadre et à tout contrôle . . . . .	57
	<b>Chapitre 3.</b> . . . . .	63
	Des pistes pour protéger les droits des patients	
	- <b>Section 1.</b> . . . . .	63
	Renforcement et amélioration des procédures existantes	
	- I. Permettre aux patients de se saisir plus aisément de leurs droits . . . . .	63
	A. Garantir l'information des patients. . . . .	63
	B. Garantir l'accès des patients au juge . . . . .	70
	C. Renforcer les commissions départementales des soins psychiatriques . . . . .	75
	- II. Garantir une procédure pratique et cohérente . . . . .	80
	A. Encourager le dialogue et la concertation. . . . .	80
	B. Doter les acteurs d'outils adaptés . . . . .	81
	C. Encadrer la situation des patients en fugue . . . . .	82
	- III. Former et spécialiser les acteurs. . . . .	85
	A. Spécialiser et former les juges. . . . .	85
	B. Spécialiser et former les avocats . . . . .	88
	- <b>Section 2.</b> . . . . .	90
	Le contentieux de la responsabilité comme levier d'action	
	- I. La compétence exclusive du juge judiciaire : l'hospitalisation sans consentement et les mesures prises dans ce cadre . . . . .	92
	- II. Une compétence partagée : la responsabilité d'un établissement hospitalier pour les conditions d'hospitalisation. . . . .	95

- <b>III. La responsabilité en cas d'isolement et de contention</b> hors de l'hospitalisation sans consentement . . . . .	100
- <b>IV. Modalités de preuve dans le cadre d'un contentieux</b> en responsabilité . . . . .	102
- <b>Section 3.</b> . . . . .	104
Les contentieux portant sur la situation d'un établissement	
- <b>I. La portée du recours en « carence structurelle ».</b> . . . .	105
- <b>II. Au niveau national</b> . . . . .	108
- <b>III. Au niveau d'un établissement</b> . . . . .	109
- <b>IV. Développer les demandes de communication des registres</b> isolement-contention . . . . .	113
- <b>Section 4.</b> . . . . .	114
Comblar les lacunes du droit	
- <b>I. Le recours aux mesures d'isolement et de contention</b> hors du cadre de l'hospitalisation sans consentement . . . . .	114
<b>A. Sur les mineurs</b> . . . . .	116
<b>B. Sur les urgences</b> . . . . .	118
- <b>II. Définir un cadre juridique concernant les USIP</b> . . . . .	119
- <b>Section 5.</b> . . . . .	120
Promouvoir une véritable politique publique de réduction du recours aux mesures d'isolement et de contention	
- <b>I. Renforcer la politique publique en faveur de la réduction</b> du recours aux mesures d'isolement et de contention . . . . .	120
- <b>II. Utiliser le taux de recours aux mesures d'isolement</b> et de contention comme indicateurs contraignants pour le financement et la certification des établissements en psychiatrie . . . . .	123
- <b>II. Utiliser le taux de recours aux mesures d'isolement</b> et de contention comme indicateurs contraignants pour le financement et la certification des établissements en psychiatrie . . . . .	123
- <b>III. Utiliser le levier de la réforme des autorisations de psychiatrie.</b> . .	128
- <b>IV. Envisager une action volontariste concernant les systèmes</b> d'information. . . . .	131
<b>Synthèse des recommandations</b> . . . . .	133