

RÔLE DU CONTRÔLEUR GÉNÉRAL DES LIEUX DE PRIVATION DE LIBERTÉ EN FRANCE

Adeline Hazan

John Libbey Eurotext | « L'information psychiatrique »

2017/2 Volume 93 | pages 89 à 91

ISSN 0020-0204

Article disponible en ligne à l'adresse :

<https://www.cairn.info/revue-l-information-psychiatrique-2017-2-page-89.htm>

Distribution électronique Cairn.info pour John Libbey Eurotext.

© John Libbey Eurotext. Tous droits réservés pour tous pays.

La reproduction ou représentation de cet article, notamment par photocopie, n'est autorisée que dans les limites des conditions générales d'utilisation du site ou, le cas échéant, des conditions générales de la licence souscrite par votre établissement. Toute autre reproduction ou représentation, en tout ou partie, sous quelque forme et de quelque manière que ce soit, est interdite sauf accord préalable et écrit de l'éditeur, en dehors des cas prévus par la législation en vigueur en France. Il est précisé que son stockage dans une base de données est également interdit.

Rôle du contrôleur général des lieux de privation de liberté en France

Adeline Hazan

Contrôleure générale des lieux de privation de liberté en France, 16/18 quai de la Loire, BP 10301, 75921 Paris cedex 19, www.cglpl.fr

Merci de m'avoir conviée à intervenir sur le sujet des droits fondamentaux des personnes placées sans leur consentement dans des établissements de santé mentale.

Je vais tout d'abord vous présenter en quelques mots le rôle du Contrôleur général des lieux de privation de liberté (CGLPL).

Il s'agit d'une autorité 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.

Son rôle est de **contrôler les conditions de prise en charge** et de transfèrement des personnes privées de leur liberté d'aller et de venir, afin de **garantir le respect de leurs droits fondamentaux et d'en prévenir toute violation**.

Il doit veiller à un juste équilibre entre le respect de l'humanité et de la dignité des personnes et les considérations d'ordre public et de sécurité ; à cette fin, le CGLPL effectue 150 visites par an et adresse des recommandations aux ministres de tutelle des établissements concernés.

Le CGLPL peut aussi, à la suite de ses visites, faire des **recommandations en urgence** (avant la rédaction du rapport de visite) s'il constate de graves dysfonctionnements quant aux droits fondamentaux dans l'établissement ; ces recommandations sont transmises aux ministres concernés qui ont un délai pour répondre, et **elles sont publiées au JO**.

Or à l'occasion de la visite d'un établissement de santé mentale au début de l'année 2016, une équipe de contrôleurs du Contrôle général des lieux de privation de liberté (CGLPL) a été amenée à observer des conditions de prise en charge portant atteinte aux droits fondamentaux des personnes hospitalisées à un niveau jamais observé depuis la création de l'institution en 2008, et ce particulièrement concernant les soins sous contrainte : le recours à l'isolement et à la contention y était pratiqué de manière **tout à fait exceptionnel, totalement banalisé et généralisé** ; le placement à l'isolement pouvait fréquemment durer 20 heures par jour, et ce pendant plusieurs mois, voire des

années, et les personnes détenues étaient systématiquement placées à l'isolement.

Face au constat de nombreuses atteintes aux droits fondamentaux, le CGLPL décidait de mettre en œuvre la **procédure d'urgence** prévue à l'article 9 de la loi du 30 octobre 2007 et de saisir la ministre des Affaires sociales et de la Santé, sans attendre la rédaction du rapport de visite.

Je veux préciser à ce stade, afin qu'il n'y ait aucune ambiguïté, que ces constats et recommandations publiés par le CGLPL ne doivent pas être perçus comme une mise en cause des professionnels de santé dont nous constatons, tout au long des visites, la grande implication et le dévouement dans des conditions difficiles, aggravées par la réduction constante des effectifs.

Mais la raison d'être du CGLPL, comme je l'ai indiqué en débutant cette intervention, est de relever celles des pratiques professionnelles qui, pour des raisons diverses, ne sont pas conformes à ces droits.

Et depuis sa création en 2008, le CGLPL s'est toujours montré très préoccupé par la question de la santé mentale des personnes privées de liberté et, à compter de 2014, **il a fait de la psychiatrie une de ses priorités**, et fort des visites effectuées dans plus de 120 établissements de santé mentale (soit près de 50 % des établissements recensés), il l'affirme dans tous ses rapports annuels : si les mesures d'isolement et de contention sont parfois nécessaires, elles constituent des pratiques **très attentatoires aux libertés** et ne doivent être utilisées **qu'en dernier recours** ; il dénonce l'absence totale de traçabilité de ces mesures, il s'interroge sur les motifs qui les entraînent et constate parfois que la limite est floue entre le soin et la sanction.

Au cours des vingt ou trente dernières années il a été malheureusement constaté une augmentation permanente de ces pratiques. Mais le motif de cette augmentation reste inconnu et aucune explication ne s'avère à elle seule convaincante : réduction des effectifs ? Évolution de la formation des professionnels, notamment de la suppression de la spécialisation des infirmier(e)s psychiatriques ? Allègements des traitements thérapeutiques ? Nombre insuffisant de médecins dans les unités de soins ? Ou conséquence d'un climat sécuritaire, qui a conduit au

Correspondance : A. Hazan
<nathalie.leroy@cglpl.fr>

développement de toutes les formes d'enfermement et qui privilégie désormais la représentation du malade comme une personne dangereuse plutôt qu'une personne souffrante ?

Si les motifs de l'augmentation, à la fois des hospitalisations sous contrainte et des mesures d'isolement et de contention ne sont pas connues, la connaissance statistique de ce phénomène fait elle aussi défaut : il est aujourd'hui impossible de connaître le nombre de placements à l'isolement et/ou en contention, leur fréquence et leurs modalités d'application.

Cette difficulté statistique est renforcée par la pratique du placement en services fermés de patients admis avec leur consentement, comme le dénonçait déjà le CGLPL dans son rapport d'activité en 2012 : « la forte progression des unités fermées, y compris, on doit le répéter ici, celles qui n'hébergent que des personnes en hospitalisation libre, est une source de préoccupation majeure ».

L'absence de données fiables, l'inexistence de toute forme de traçabilité, l'hétérogénéité des pratiques d'une région à l'autre, d'un établissement à l'autre, voire d'un service à l'autre, ne sont pas acceptables.

La loi du 5 juillet 2011 a profondément modifié les conditions de prises en charge des personnes hospitalisées en raison de troubles mentaux prévues par la loi du 27 juin 1990 ; outre la substitution de la notion d'« hospitalisation » par celle de « soins », cette loi a permis une avancée importante, en instituant un contrôle systématique du juge de la liberté et de la détention (JLD) sur la légalité des placements sous contrainte, avant l'expiration d'un délai de 15 jours puis tous les 6 mois, ainsi qu'à tout moment sur demande du patient ; elle a en outre renforcé les droits des patients concernant l'information sur leurs droits et les voies de recours.

Mais elle est **restée totalement muette** sur les modalités de contrainte (isolement et/ou contention) potentiellement pratiquées dans le cadre de ces hospitalisations.

On peut affirmer que, jusqu'à la promulgation de la loi du 26 janvier 2016, les textes régissant les procédures de contention et d'isolement en France étaient extrêmement flous : la seule limite posée l'était par voie réglementaire et indiquait de façon générale que « les restrictions à l'exercice des libertés individuelles doivent être adaptées, nécessaires et proportionnées à l'état mental et à la mise en œuvre du traitement requis » ; ou encore qu'« un protocole thérapeutique pratiqué en psychiatrie ne peut être mis en œuvre que dans le strict respect des règles déontologiques et éthiques en vigueur ».

Ces limites étaient totalement insuffisantes au regard de la restriction des droits fondamentaux qu'entraînent ces pratiques.

En fait, jusqu'au vote de cette loi, et contrairement à de très nombreux pays européens, il était possible en France d'isoler et de contenir physiquement un patient sans contrôle, ni à priori ni à postériori.

Au cours de ses visites, le CGLPL observe régulièrement que les pratiques de mise à l'isolement sont très fréquentes et qu'elles ne paraissent pas toujours guidées par l'état

clinique du patient. Lorsque les contrôleurs interrogent sur les motifs de telle ou telle mesure, c'est inévitablement « l'intérêt thérapeutique du patient » qui est avancé, **alors même qu'aucune étude scientifique n'a jamais démontré l'intérêt thérapeutique des pratiques d'isolement et/ou de contention**. Il arrive même que l'isolement soit utilisé à des fins **disciplinaires**, certains services allant jusqu'à établir un barème en jours d'isolement en fonction de la transgression des règles.

Nous constatons en outre dans la presque totalité des établissements le placement systématique des **personnes détenues** en chambre d'isolement pendant tout le séjour, et ce même lorsque la personne détenue n'est nullement signalée comme dangereuse ; **cette pratique n'est pas acceptable**.

Les prescriptions sont quasiment toujours anticipées par une « prescription si besoin », et ne sont pas toujours confirmées dans des délais brefs par une nouvelle prescription à la suite d'un examen médical du patient concerné.

Quant **au droit à la sécurité du patient**, il n'est pas suffisamment respecté : les chambres d'isolement étant souvent dépourvues de sonnette d'appel, les patients enfermés ne disposent d'autre moyen d'alerter les soignants que de taper à la porte ou de crier.

Le CGLPL observe également des **manquements graves au respect du droit à l'intimité et à la dignité**. Il a pu constater en effet le développement de la surveillance des chambres d'isolement par des caméras, le champ de vision de la caméra couvrant souvent la totalité de la chambre, le lit mais aussi les toilettes, supprimant toute intimité au patient.

Ces modes de surveillance sont attentatoires à la dignité des patients, et ne sauraient en tout état de cause remplacer une présence régulière et fréquente auprès des patients placés en chambre d'isolement.

Les restrictions au droit au maintien des liens familiaux sont également exorbitantes : dans la plupart des cas, le placement sous contrainte physique est assorti d'une prescription d'interdiction de visite. Il arrive en outre que certains patients reçoivent de la visite dans une chambre non seulement vidéosurveillée mais également sonorisée, ce qui ajoute une atteinte à la confidentialité des conversations.

Il en va de même du **droit au respect de la dignité : le port du pyjama** est très fréquemment imposé aux personnes hospitalisées et toujours aux personnes isolées, sans réelle justification médicale ; et si certains établissements disposent de chambres d'isolement équipées de sanitaires, nombreuses sont celles où les patients n'ont à leur seule disposition qu'une chaise percée ou un seau hygiénique.

Enfin, les patients placés à l'isolement ne bénéficient le plus souvent **d'aucune d'activité**, qu'elles soient thérapeutiques ou occupationnelles pendant toute la période d'isolement.

S'appuyant sur ses constats et ses recommandations, le CGLPL a publié le 25 mai 2016 un rapport thématique,

intitulé *Isolement et contention dans les établissements de santé mentale*. Dans ce rapport il émet un **certain nombre de recommandations** :

–il rappelle tout d’abord que mise en chambre d’isolement **doit** impérativement constituer une mesure **de dernier recours et que** tout doit être mis en œuvre pour apaiser la personne en situation de crise avec des **moyens autres que des mesures de contrainte** physique ; que si la décision d’un placement en chambre d’isolement ou sous contention doit être prise, elle doit être pratiquée de façon **brève**, le temps strictement nécessaire à la résolution de la crise ou à la mise en œuvre d’un autre moyen ;

–il conditionne la possibilité d’une mesure d’isolement ou de contention à l’existence d’un examen médical psychiatrique effectif de la personne et recommande qu’aucune décision de contrainte physique ne puisse être prise par anticipation ou avec l’indication « si besoin » ;

–il rappelle que la décision doit être motivée afin de justifier du caractère « adapté, nécessaire et proportionné » de la mesure ;

–il demande que la décision précise les mesures vainement mises en œuvre préalablement afin de justifier qu’elle est prise en dernier recours ;

–il recommande que la durée d’une mesure de contrainte physique soit la plus courte possible et qu’elle ne puisse dépasser le temps de la crise ; qu’en toute hypothèse que ne puisse être prolongés, sans une nouvelle décision également motivée, l’isolement au-delà de vingt-quatre heures et la contention au-delà de douze heures ;

–il demande que l’isolement et la contention dans la chambre du patient soient proscrits, au regard du risque de banalisation et de l’absence de traçabilité que cette pratique induit nécessairement ;

–il recommande que le port du pyjama et le retrait des effets personnels en chambre d’isolement soient justifiés d’un point de vue thérapeutique et ne soient jamais systématiques ;

–il recommande avec fermeté qu’il soit mis fin au caractère systématique du placement à l’isolement des patients détenus ;

–il rappelle qu’un registre est prévu par la loi du 26 janvier 2016 et qu’il doit être renseigné pour toute mesure d’isolement ou de contention ;

–il propose que **l’information** de la personne concernée soit effectuée au moment de la prise de la décision d’isolement ou de contention par la remise d’un **support écrit** précisant ses droits ainsi que les modalités de prise en charge et d’accompagnement induites par cette mesure ; que ces informations soient affichées dans la chambre d’isolement, ainsi que les modalités **de recours** contre la décision d’isolement ou de contention ;

–il recommande qu’un examen médical biquotidien de toute personne soumise à une contrainte physique soit garanti. ;

–il estime que le séjour en chambre d’isolement doit être

régulièrement interrompu par des sorties de courte durée à l’air libre ; que seules des circonstances exceptionnelles peuvent justifier une impossibilité de sortie ;

–**il recommande que les dispositifs de vidéosurveillance en chambre d’isolement soient interdits** car portant atteinte à la dignité et à l’intimité. et n’étant, en outre, pas nécessaires si la présence soignante est adaptée à la clinique de la personne ;

–il suggère que toute personne placée en **chambre d’isolement ou sous contention ait accès à un dispositif d’appel** auquel il doit être répondu immédiatement ;

–il recommande que les personnes placées en **chambre d’isolement puissent recevoir leurs visiteurs dans des conditions respectueuses**.

La **loi du 26 janvier 2016** de modernisation du système de santé constitue à l’évidence une avancée importante ; pour la première fois le cadre légal de l’isolement et de la contention est posé.

Dans la droite ligne des recommandations du CGLPL, le législateur affirme donc, enfin (!), que l’isolement et la contention doivent être des pratiques employées exclusivement en **dernier recours**, qu’elles ne doivent être décidées qu’en cas de « dommage immédiat ou imminent », « pour une durée limitée », sous « une surveillance stricte », et qu’elles doivent être tracées dans un **registre spécifique**.

Mais, contrairement aux recommandations du CGLPL, aucune structure n’a été prévue par le législateur pour observer, qualitativement et quantitativement, le recours aux pratiques d’isolement et contention sur le territoire national.

Or il est évident que la volonté de réduire ces pratiques, affichée par les pouvoirs publics comme un des fondements de la modification opérée par la loi du 26 janvier 2016, ne pourra porter ses fruits que si le ministère de la Santé est dans la capacité de mesurer et de comparer les pratiques des différents établissements ou services ; c’est pourquoi **le CGLPL préconise la création d’une structure nationale, type « observatoire des pratiques d’isolement et de contention » auprès de ce ministère**. Ce n’est qu’à l’aune d’une comparaison précise entre le nombre et les motifs des pratiques d’isolement et de contention d’une région à l’autre, d’un établissement à l’autre, voire d’un service à l’autre, qu’une véritable analyse pourra être effectuée et des directives données.

Conscient des difficultés dans lesquelles exercent les professionnels, mais rappelant que toute privation de liberté doit concilier les exigences de sécurité des établissements et le respect des droits fondamentaux des patients soignés sans leur consentement, le CGLPL veillera aux conditions d’application des nouveaux textes, examinera s’ils suffisent à garantir ces droits, et il continuera d’exercer dans cet esprit la mission que lui a confiée le législateur.

Je vous remercie.

Adeline Hazan

Contrôleure générale des lieux de privation de liberté