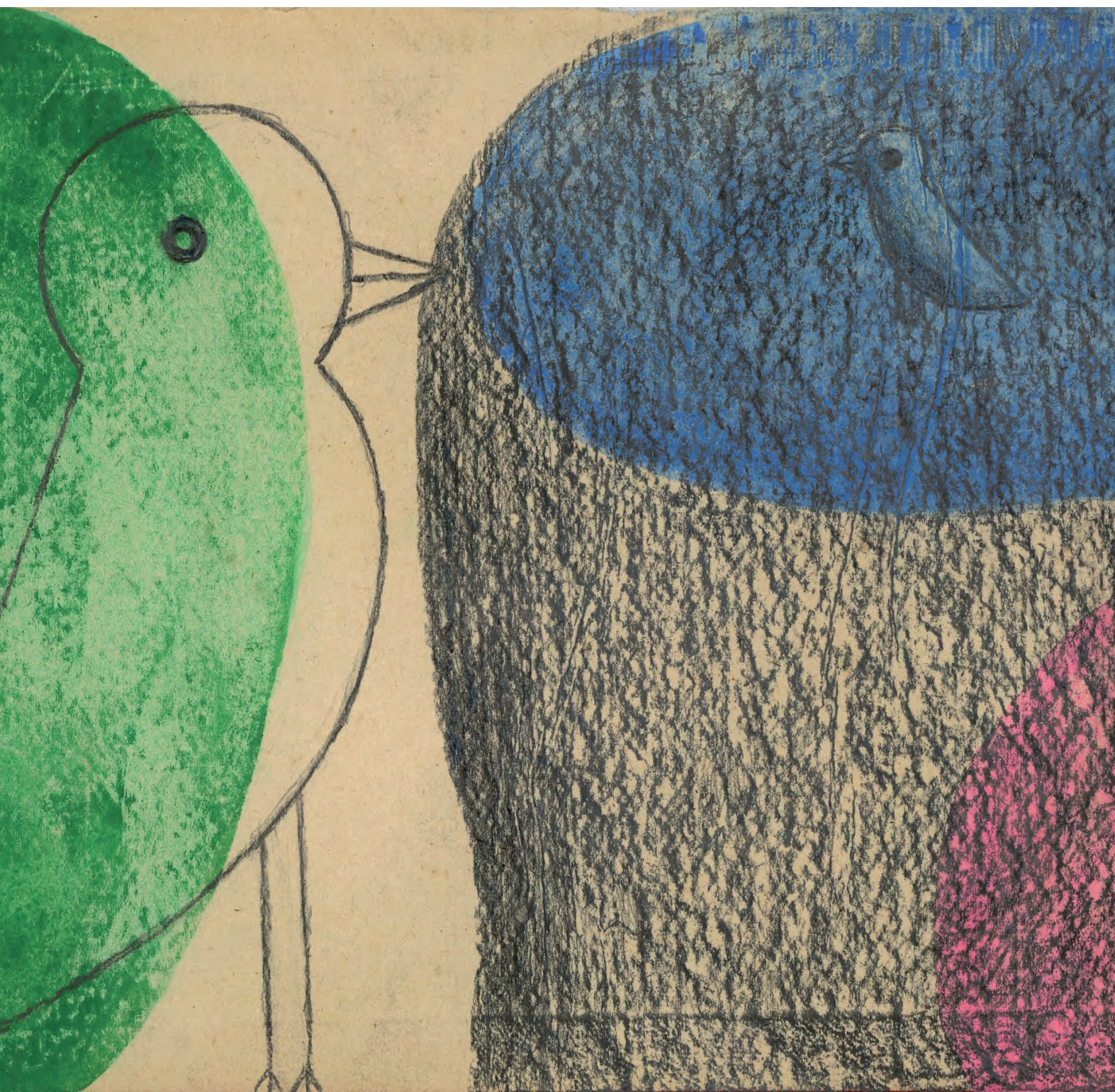


« Certaines restrictions de



liberté sont anormales »



© Alain Signori.

Adeline Hazan, Contrôleure générale des lieux de privation de liberté (CGLPL), publie son rapport d'activité 2014. L'occasion de faire le point sur les visites effectuées dans les établissements psychiatriques et les recommandations qui en découlent.

En début de mandat, vous affirmiez vouloir faire de la psychiatrie une de vos priorités, comment avez-vous mené cet objectif ?

J'ai effectivement fait le choix d'inscrire la psychiatrie comme l'une des priorités de mon mandat de six ans. Ceci principalement pour deux raisons. Tout d'abord, le contrôle général n'a pas encore visité l'ensemble des établissements de santé de France, comme il a pu le faire pour les prisons ou encore les centres de rétention administrative. Nous avons contrôlé environ un tiers des 429 établissements de santé recensés, ce qui nous a permis bien sûr de faire un certain nombre de constats et recommandations. Mais nous devons encore faire de nombreuses visites pour approfondir notre connaissance de ces lieux, d'autant plus que les modes d'organisation et de fonctionnement peuvent être très différents d'un hôpital à l'autre.

Par ailleurs, les questions relatives aux droits des patients hospitalisés sans consentement, ainsi que celles relatives à la prise en charge psychiatrique des personnes privées de liberté, sont trop peu présentes dans le débat public en France, alors qu'elles posent de véritables problèmes quant aux droits fondamentaux. Lorsqu'il en est question, c'est malheureusement trop souvent à l'occasion de faits divers d'où ressort une image réductrice du malade mental dangereux qui doit être tenu à l'écart de la société.

Il est encore trop tôt pour faire un bilan de la mise œuvre de cet objectif. Outre l'augmentation du nombre d'établissements visités dans ce domaine, je me suis attachée lors des premiers mois de mon mandat à

conforter et développer des liens avec le plus grand nombre d'acteurs du milieu hospitalier : syndicats, associations de professionnels, familles et usagers... Ces liens permettent d'accroître la visibilité du CGLPL dans les établissements de santé et d'en faciliter l'identification. Outre notre mission de contrôle des établissements, nous pouvons être destinataires de saisines individuelles, nous diffusons cette information au plus grand nombre car nous recevons aujourd'hui encore peu de témoignages. J'observe également de près la question des modalités de recours devant le juge des libertés et de la détention qui ne m'apparaissent pas satisfaisantes en l'état. De nombreux psychiatres, encore hostiles aux lois de 2011 et 2013 (1), rédigent trop souvent des certificats de contre-indication à l'audience. De leur côté, beaucoup d'avocats ne se déplacent pas du fait d'une trop faible indemnisation. Enfin les magistrats restent perplexes sur leur rôle en ce domaine. C'est pourquoi il m'apparaît nécessaire de procéder assez vite à une évaluation des pratiques en ce domaine.

– Vous constatez que le fonctionnement des établissements psychiatriques (et pour certains leur implantation géographique) entraîne une privation ou une restriction de l'autonomie des personnes hospitalisées sans consentement. Comment appréhender cette notion d'autonomie dans le cadre particulier de la psychiatrie ?

La plupart des lieux que nous contrôlons tendent vers un objectif de resocialisation, ce qui est particulièrement vrai pour les hôpitaux psychiatriques. Cet objectif

suppose de préserver l'autonomie des patients, ou d'aider à son apprentissage. Et pourtant, nous constatons que, trop souvent, l'enfermement entraîne une infantilisation et une déresponsabilisation des personnes. Il est bien évidemment nécessaire d'établir des règles de vie mais ces dernières ne doivent pas entraîner des restrictions telles que les patients en perdraient toute capacité d'initiative. Dans certains établissements visités, le CGLPL constate que l'impératif de sécurité, par suite de la crainte de fugues, prend trop d'importance par rapport à celui du soin.

L'emplacement géographique des établissements est important car il conditionne les possibilités de lien avec la collectivité. Un hôpital situé près de la cité facilite la venue des proches, l'organisation d'activités extérieures. De même la présence de commerces à proximité permet aux patients les plus autonomes de sortir faire des achats ou simplement d'aller prendre un café. Or les établissements de santé mentale les plus anciens ont été volontairement implantés bien loin des centres des villes et du regard des gens.

Pour ce qui est du fonctionnement des établissements, nous constatons une grande disparité des pratiques entre les hôpitaux, voire entre différents services au sein d'un même hôpital, sans que cela soit vraiment justifié autrement que par des considérations de sécurité ou de gestion. Il en est ainsi par exemple du port obligatoire du pyjama ou de l'interdiction totale du téléphone, de la suppression de visites pendant une période donnée, pour tous sans distinction, qui constituent des atteintes aux droits fondamentaux. De telles restrictions devraient toujours être proportionnées, individualisées et justifiées par des nécessités de soin, d'autant qu'il n'existe aucun recours contre ces décisions.

– Quels constats faites-vous sur cette question de la liberté d'aller et venir ? (la question de l'espace privatif de la chambre, l'accès à l'air libre, individualisation des restrictions de la liberté de mouvement)

La question de la liberté d'aller et venir au sein de la structure hospitalière est essentielle. Le CGLPL a souvent constaté que des unités visitées ont les portes fermées, pour des motifs assez flous, alors que ces unités hébergent également des patients admis en soins libres, ce qui

Le Contrôleur général des lieux de privation de liberté

Institué en 2007*, le Contrôleur général des lieux de privation de liberté (CGLPL) veille à ce que les personnes privées de liberté soient traitées avec humanité et dans le respect de la dignité inhérente à la personne humaine. Sa mission est triple :

- s'assurer que les droits intangibles inhérents à la dignité humaine sont respectés,
- s'assurer qu'un juste équilibre entre le respect des droits fondamentaux des personnes privées de liberté et les considérations d'ordre public et de sécurité est établi,
- mais aussi et surtout prévenir toute violation de leurs droits fondamentaux.

Dans le cadre de sa mission, le Contrôleur général s'attache en particulier aux conditions de détention, de rétention ou d'hospitalisation mais aussi aux conditions de travail des personnels et des différents intervenants.

Le CGLPL peut visiter à tout moment, sur l'ensemble du territoire français, tout lieu où des personnes sont privées de liberté, notamment :

- établissements pénitentiaires
- établissements de santé, plus particulièrement :
- établissements ou unités de santé recevant des personnes hospitalisées sans leur consentement (hospitalisation d'office ou à la demande d'un tiers)
- chambres sécurisées au sein des hôpitaux
- unités pour malades difficiles (UMD)
- unités médico-judiciaires (UMJ)
- établissements placés sous l'autorité conjointe du ministère de la santé et du ministère de la justice :
- unités d'hospitalisation sécurisées interrégionales (UHSI)
- unités hospitalières spécialement aménagées (UHSA)
- l'établissement public de santé national de Fresnes
- le centre socio-médico-judiciaire de sûreté

Le Contrôleur général adresse au(x) ministre(s) concerné(s) un rapport de visite puis des recommandations qu'il peut rendre publiques. Il remet chaque année un rapport d'activité au Président de la République et au Parlement.

Il porte à la connaissance du procureur de la République tout fait laissant présumer l'existence d'une infraction pénale.

Il porte à la connaissance des autorités disciplinaires les faits de nature à entraîner des poursuites disciplinaires.

Le CGLPL est nommé pour six ans. Adeline Hazan, magistrate, ex-député européenne et ex-maire de Reims, a succédé en juillet 2014 à Jean-Marie Delarue, qui a exercé cette fonction de juin 2008 à juin 2014.

** Loi n° 2007-1545 du 30 octobre 2007.*

• **En savoir plus, consulter le rapport 2014 : www.cgplp.fr**

pose question au regard de la liberté d'aller et venir.

Lors de nos visites, nous contrôlons toujours si les personnes ont accès à un parc ou à une zone extérieure suffisamment grande et aménagée ainsi que les conditions de cet accès. Il en va de même pour la cafétéria qui est un lieu propice à la sociabilisation.

Le CGLPL a constaté des restrictions anormales de la liberté d'aller et venir dans deux séries de cas :

- concernant les sorties des patients admis en soins à la demande d'un tiers (SDT) dans l'enceinte des établissements, parcs notamment, il arrive fréquemment

que la direction des établissements conditionne ces sorties à un accompagnement par des soignants, même si les psychiatres estiment que l'état du malade ne le justifie pas. Cette pratique est contraire aux dispositions du code de la santé publique.

- concernant les sorties de patients en SDT hors de l'établissement, les préfets imposent parfois aux établissements des conditions supplémentaires ne correspondant pas aux prescriptions médicales (conditions de progressivité : d'abord accompagnement par deux soignants, puis un soignant avant d'autoriser l'accompagnement par un membre de la famille).

Par ailleurs, il est nécessaire de laisser aux personnes la possibilité de se retrouver seules par moments si elles le souhaitent. À cet égard, l'accès aux chambres est souvent problématique ; fréquemment nous avons constaté que les patients n'avaient pas le droit de séjourner dans leurs chambres durant plusieurs heures « *pour se rendre aux activités* », alors même qu'il n'y a pas d'activités ou très peu. De ce fait, ils se retrouvent tous regroupés dans la salle de vie, somnolant ou endormis dans les fauteuils, ce qui est indigne.

Enfin une autre question reste très préoccupante : on constate souvent des séjours très longs en établissements psychiatriques (parfois plus d'une dizaine d'années) ne se justifiant pas par l'état clinique du patient mais par l'absence de places dans des structures spécialisées ; il est urgent que les pouvoirs publics mènent une réflexion de fond sur cette question.

– Vous évoquez les modalités d'information du patient. Comment les mettre en œuvre et y faire figurer la limitation d'aller et venir ?

La notification des mesures de soins sans consentement reste un sujet préoccupant. Parfois elle est effectuée par le psychiatre, parfois par le cadre de santé, parfois par l'agent des admissions. Il est absolument nécessaire de prévoir une protocolisation de cette procédure. Toute personne admise en soins psychiatriques sans consentement doit pouvoir être informée de manière claire et précise sur les motifs de son hospitalisation, sur ses droits et sur les voies de recours qui s'ouvrent à elle. La délivrance de ces informations, nécessite du temps, de la prévenance et des précautions. Mais les procédures de notification obéissent à des pratiques diverses. Pour y remédier, le CGLPL recommande que le ministère de la santé établisse un document-type expliquant en termes simples les différents modes d'hospitalisations sous contrainte et les voies de recours. Il reviendrait ensuite aux établissements de le compléter pour l'adapter aux spécificités locales (en indiquant par exemple les adresses des autorités compétentes). Tout patient doit également être informé sur les règles de vie de l'hôpital et les éléments utiles à son séjour. En principe ces dernières sont expliquées au patient à l'arrivée dans l'unité de soins et un livret d'accueil lui est remis. Certains établissements

prennent l'initiative d'afficher les règles de vie dans chaque chambre, cela mériterait d'être généralisé.

Enfin, des permanences d'accès au droit sont organisées dans quelques établissements, permettant aux patients d'obtenir des renseignements sur leurs droits en tant que personnes malades, mais également sur d'autres questions juridiques. Le contrôle général soutient la mise en œuvre de ces dispositifs.

Concernant la question fondamentale de l'opportunité du placement sous contrainte, le CGLPL a parfois constaté un recours trop important aux soins sans consentement en cas de « péril imminent » pour éviter la recherche d'un tiers ou encore par suite du refus du tiers de s'impliquer.

– Comment envisagez-vous la question de l'accès à l'informatique et à internet ?

L'accès à l'informatique est particulièrement pauvre : au mieux les patients ont le droit de conserver leur ordinateur en signant une décharge de responsabilité contre le vol (rappelons que très peu de chambres sont équipées de placards dont le patient a la clé). Au pire, les ordinateurs sont interdits pour tous, sans réelle justification liée à une nécessité de soins. Les contrôleurs n'ont pas constaté la présence d'activité thérapeutique organisée autour de l'informatique. De même les établissements ne disposent généralement pas d'un réseau internet *wifi* accessible aux patients. Parfois, ces derniers peuvent aller dans le bureau de l'assistante sociale effectuer des démarches pour préparer leur sortie avec cette professionnelle.

On a globalement l'impression que cet outil n'a pas pénétré les établissements de santé mentale, cela mériterait pourtant qu'une réflexion soit menée sur l'accès à l'informatique et à internet.

– La question de la chambre d'isolement reste toujours délicate, quels sont les points préoccupants ?

Les placements en chambre d'isolement et sous contention sont évidemment les mesures les plus attentatoires aux libertés. La décision d'y recourir devrait dès lors répondre à des critères précis et être strictement encadrée, ce qui n'est pas toujours le cas.

Les placements à l'isolement manquent gravement de traçabilité. S'il en est fait mention dans les dossiers des patients, il n'existe pas d'obligation de les recenser dans un registre. Sur le terrain, les

contrôleurs se retrouvent souvent dans l'impossibilité de connaître avec certitude le nombre d'isolements et leurs motifs. Nous recommandons depuis plusieurs années la création d'un registre spécifique, comprenant les heures de début et de fin de placement, les raisons ayant conduit à l'isolement et le nom du médecin l'ayant ordonné ou approuvé. Concernant ce dernier point, il est nécessaire d'encadrer davantage les conditions de délégation de ce pouvoir par les médecins aux infirmier(e)s. Le projet de loi de modernisation de notre système de santé, actuellement discuté au Parlement, prévoit la création de ce registre, je m'en réjouis.

En outre les conditions dans lesquelles séjournent les patients placés à l'isolement sont parfois inacceptables. Il en va des chambres anxiogènes car trop petites, de l'absence d'horloge entraînant une perte des repères temporels, de l'absence de bouton d'appel obligeant le patient à frapper à la porte ou à hurler pour appeler si le poste infirmier est éloigné. Nous visitons encore des chambres d'isolement sans sanitaire dans lesquelles les patients n'ont d'autre choix que d'utiliser un seau hygiénique.

Par ailleurs, une population souffre particulièrement de ces mesures, il s'agit des personnes détenues hospitalisées qui trop souvent sont placées systématiquement en chambre d'isolement, pour toute la durée de leur séjour, alors que rien dans leur comportement ne le justifie. Cette mise à l'écart « par principe » est très mal vécue par les personnes détenues qui, se retrouvant dans une situation plus difficile à l'hôpital qu'en prison, préfèrent retourner en détention alors qu'elles auraient besoin de soins.

Il est regrettable que le patient soit considéré comme un détenu avant d'être considéré comme une personne malade, et qu'il ait ainsi le sentiment de subir une forme de « double peine ».

De manière générale, on constate trop souvent que la prise en charge des personnes détenues n'est pas adaptée à leur situation clinique.

1- Loi n° 2013-869 du 27 septembre 2013 modifiant certaines dispositions issues de la loi n° 2011-803 du 5 juillet 2011 relative aux droits et à la protection des personnes faisant l'objet de soins psychiatriques et aux modalités de leur prise en charge.