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

Rapport thématique

« L'effectivité des voies de recours en psychiatrie »

Dossier de presse

Depuis le début des années 2010, des décisions du Conseil constitutionnel ont progressivement contraint le législateur à renforcer l'encadrement du recours aux soins psychiatriques sans consentement et à le soumettre à un contrôle juridictionnel. Par la suite, une définition du recours à l'isolement et à la contention en psychiatrie a été inscrite dans le code de la santé publique et ces mesures ont également été soumises au contrôle du juge.

En France, en 2022, 285 947 personnes majeures ont été hospitalisées à temps plein en psychiatrie, dont 76 000 sans leur consentement. Lors de ses visites, 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. Certains dysfonctionnements 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 ou encore d'inégalités territoriales.

Le CGLPL a souhaité procéder à une évaluation de l'effectivité de ce contrôle juridictionnel et examiner les autres voies contentieuses permettant l'amélioration de la situation des patients en soins sans consentement, étant précisé que le recours contentieux ne saurait constituer l'unique réponse au besoin de protection des droits fondamentaux.

La protection des droits des patients hospitalisés sans leur consentement passe par l'amélioration de la prise en compte de ces droits dans le cadre de la procédure de contrôle juridictionnel existante et par le développement d'autres types de contentieux 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.

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

Les contrôles juridictionnels en psychiatrie

➢ Le contrôle juridictionnel de l'hospitalisation en soins sans consentement

Le juge judiciaire contrôle systématiquement la mesure de soins psychiatriques sans consentement en hospitalisation complète, avant l'expiration d'un délai de douze jours puis tous les six mois si le patient demeure en hospitalisation complète sans interruption. **Il peut être saisi**, à tout moment, d'une demande de mainlevée de soins psychiatriques sans consentement par la personne concernée, ses proches, le tiers demandeur ou le procureur de la République**. Le juge peut également se saisir d'office.**

Le juge judiciaire tient une audience publique, le patient est en principe entendu et obligatoirement assisté par un avocat. 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.

La régularité des décisions administratives d'admission ou de maintien en soins psychiatriques sans consentement ne peut être contestée que devant le juge judiciaire. 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. **Le juge doit donc contrôler *in concreto* l'existence d'un grief** (contrôle de la compétence de l'auteur de la décision, de l'information délivrée au patient, de la motivation de la décision).

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. Il contrôle l'existence des troubles mentaux et la nécessité des soins, 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.

En cas d'irrégularité, 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.

➢ Le contrôle juridictionnel 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'à compter de 2016, cadre qui a par la suite été renforcé en 2022. L'isolement et la contention sont des mesures de dernier recours destinées à prévenir un dommage immédiat ou imminent pour le patient ou pour autrui et ne peuvent concerner que des patients hospitalisés en soins sans consentement. Un contrôle juridictionnel systématique de ces mesures est obligatoire au-delà d'une certaine durée (soixante-douze heures pour l'isolement, quarante-huit heures pour la contention). Le juge judiciaire peut également se saisir d'office ou être saisi par le patient, ses proches ou le directeur d'établissement.

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. 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 d'isolement et de contention.

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 : si le juge doit examiner le bien-fondé de la mesure au regard des éléments médicaux fournis, il ne peut porter d'appréciation d'ordre médical.

L'introduction de ce contrôle juridictionnel a pu contribuer à une évolution des pratiques, qui reste toutefois à objectiver. Bien que nombre des interlocuteurs interrogés se montrent très critiques quant au bilan coût/avantages du contrôle, rares sont ceux qui remettent en cause son principe même. 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.

La réforme a été mise en œuvre dans des délais resserrés, sans concertation préalable avec les acteurs de terrain. 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. 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. Un tel outil serait pourtant de nature à diminuer la charge administrative, à réduire le risque d'erreur et à sécuriser juridiquement les procédures. 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.

Cette réforme est par ailleurs intervenue dans un contexte de tension sur les effectifs et les ressources de la psychiatrie à l'hôpital public. Paradoxalement, certains soignants soulignent que leur mobilisation sur des tâches administratives peut rendre plus difficile 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, ce qui reste à objectiver.

Un dispositif complexe et insuffisant

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

La nécessité médicale des mesures n'est pas contrôlée. Le contrôle juridictionnel systématique des mesures d'hospitalisation et des mesures d'isolement et de contention a pu contribuer 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.

Le principal motif de mainlevée des mesures est la saisine tardive des juridictions, suivi de l'insuffisance de motivation des décisions. 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. Il ne s'agit pas de déplorer cet état de fait, mais on peut regretter que la possibilité de recourir à une expertise, pendant nécessaire des limites de l'office du juge, ne soit que très virtuelle.

La vulnérabilité des patients ne favorise pas leur défense. La voie juridictionnelle n'est pas forcément la plus adaptée à la spécificité des patients, qui se trouvent par

définition dans une situation de particulière vulnérabilité pouvant constituer un frein à l'exercice de recours. Les proches des patients peuvent se trouver dans la situation délicate d'être acteurs de l'hospitalisation sans consentement ou 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. Enfin, de nombreux patients, 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. Le CGLPL observe que la formation des soignants en matière de droits des patients est très limitée, il en résulte que l'information des patients est souvent très incomplète. Du côté des juges, des témoignages attestent d'un sentiment de perte de sens quant au contrôle effectué, que révèle également l'hétérogénéité des pratiques juridictionnelles. 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, un avocat insuffisamment formé peut en arriver à s'interroger sur la définition de son mandat.

Le contrôle juridictionnel du placement en unité pour malades difficiles (UMD) est insuffisamment mis en œuvre. Les UMD sont définies comme des institutions prenant en charge des patients hospitalisés sans consentement en application d'une décision du représentant de l'Etat, détenus ou déclarés irresponsables pénalement et dont l'état de santé requiert des protocoles de soins intensifs et des mesures de sécurité particulières. La France compte dix UMD, structures à vocation interrégionale. Dans ses visites, le CGLPL constate que le placement en UMD ne garantit pas systématiquement le respect des droits fondamentaux des patients.

La question du contrôle juridictionnel de la mesure de placement en UMD elle-même n'a été clarifiée que très récemment par la jurisprudence, alors que les mesures de placement en UMD, outre que les conditions d'hospitalisation peuvent y être plus contraignantes pour les patients, entraînent, pour la majorité d'entre eux, un éloignement géographique et familial. Il revient au juge judiciaire de se prononcer sur la mainlevée d'un placement en UMD à la demande d'un patient. Si un contrôle juridictionnel des placements en UMD et des refus de sortie d'une telle unité est désormais possible, d'autres décisions de justice seront nécessaires pour identifier le périmètre exact du contrôle du juge.

➢ 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 patients 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 des personnes hospitalisées 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.

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, au sein d'un même établissement, entre unités d'hospitalisation. 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. A situations équivalentes, on observe des pratiques différentes.

De nombreuses études ont recherché les déterminants du recours à l'isolement et à la contention, et de la baisse de leur usage. Ces études identifient de manière convergente différents axes de développement de bonnes pratiques aux fins de réduction du recours à ces mesures : une disponibilité très forte des soignants, des équipes solidement constituées, une importance accordée à la liberté d'aller et venir, de nombreuses activités, une culture du soin comportant une « contre-culture du risque », une formation professionnelle continue, etc.

La culture du service 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. Les locaux sont également déterminants : tous les établissements ne sont pas dotés de chambres individuelles et les chambres collectives peuvent engendrer des tensions ; les espaces d'apaisement, alternative douce à la chambre d'isolement, n'existent pas partout.

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.

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 du recours à ces pratiques. 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.

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

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. 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. Pourtant, de telles mesures sont régulièrement mises en œuvre dans des services d'urgence, sans contrôle juridictionnel, nombre de rapports de visite du CGLPL en font le constat. Or le temps passé aux urgences peut être particulièrement long, les urgences étant confrontées 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.

L'isolement et la contention des mineurs sont pratiqués sans base légale et sans contrôle. En psychiatrie, la majorité des enfants sont hospitalisés en « soins libres » à l'initiative des titulaires de l'exercice de l'autorité parentale. Peu d'enfants sont admis en soins sans consentement. Pourtant le CGLPL constate un grand nombre de contraintes et un usage massif de l'isolement et dans une moindre mesure de la contention. L'insuffisante protection dont les mineurs font l'objet, notamment du fait de l'absence de dispositions spécifiques régissant leur prise en charge, a conduit le CGLPL à y consacrer un avis publié au Journal officiel du 4 décembre 2025.

Le placement en unité de soins intensifs en psychiatrie (USIP) échappe à tout cadre et à tout contrôle. Les USIP n'ont aucune existence normative. Parce qu'elles ne font l'objet, contrairement aux UMD, d'aucun encadrement légal ou réglementaire, il n'est pas possible d'en donner une définition faisant consensus. Elles peuvent être définies comme des structures « recevant des patients hospitalisés en [soins sans consentement] ne remplissant pas les conditions d'admission en [UMD], mais dont les symptômes et le comportement ne permettent pas une prise en charge correcte dans les unités de psychiatrie générale » [1].

L'absence de cadrage des USIP 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 et de courte durée. Le placement en USIP a un impact fort pour les patients concernés, en raison notamment de l'éloignement des proches qu'un tel placement implique.

Il existe des incertitudes s'agissant de la possibilité et des modalités d'un recours juridictionnel contre l'hospitalisation en USIP. S'agissant des UMD, le Conseil d'Etat a jugé que, dans la mesure où l'hospitalisation dans de telles unités se caractérisait 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. Ce raisonnement semble parfaitement transposable concernant les USIP, au vu des caractéristiques de ces structures.

Des pistes pour protéger les droits des patients

➢ Renforcer et améliorer les procédures existantes

Permettre aux patients de se saisir plus aisément de leurs droits. L'insuffisance de l'information relative au droit de contester la mesure entrave le recours effectif de la personne soumise aux soins sans consentement. L'information du patient peut être particulièrement délicate au moment de l'admission, elle implique donc qu'une réflexion soit menée au niveau national et au sein des établissements hospitaliers. Une attention spécifique doit être portée aux modalités de délivrance de l'information. Il est nécessaire de délivrer celle-ci aux patients et à leurs proches à différents moments de l'hospitalisation, pas seulement au moment où la mesure est prise, de manière collective (affichage) et individualisée (remise d'un livret d'accueil accompagnée d'explications). Le ministère de la santé pourrait mettre à disposition des établissements des ressources librement accessibles en ligne pour l'information des patients et des familles.

Une attention particulière doit être portée à la garantie de l'accès des patients au juge. 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. S'agissant du contrôle des mesures d'hospitalisation complète, la pratique de certains établissements semble révéler une présomption de « non-auditionnabilité » contraire aux textes. S'agissant du contrôle des mesures d'isolement et de contention, l'audition peut être plus délicate, et il n'est pas en soi préoccupant que l'état du patient fasse plus souvent obstacle à son audition. 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 du patient. Le CGLPL préconise de mettre en place, dans chaque établissement, un suivi des avis de non-auditionnabilité, afin qu'une réflexion fondée sur

[1] 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.

des éléments objectifs puisse être menée au sein de chaque établissement sur ses pratiques.

Garantir une procédure pratique et cohérente. L'ensemble des acteurs souhaite un dialogue nourri entre les intervenants dans la procédure – hôpital, tribunal judiciaire, avocats – afin d'assurer sa fluidité. 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. La généralisation de conventions locales organisant la concertation entre établissements hospitaliers et juridictions, en associant les barreaux aux échanges, encouragerait le dialogue.

Former et spécialiser les acteurs. 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 pour le contentieux de l'hospitalisation sans consentement. Il serait 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. La poursuite des efforts de spécialisation et de formation des juges est d'autant plus nécessaire que plusieurs interlocuteurs ont relevé une hétérogénéité des pratiques des juges de première instance, tant sur la forme que sur le fond.

Les disparités observées chez les professionnels de santé et les magistrats concernent également les avocats, dont le niveau de formation en matière de soins sans consentement est très variable selon les barreaux. Pour pallier ces difficultés, les instances professionnelles devraient encourager la diffusion de bonnes pratiques inspirées des barreaux pilotes en la matière : des permanences dédiées (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.

➢ Le contentieux constitue un 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. 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. Le contentieux de la responsabilité est susceptible de 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. 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.

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. 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.

L'engagement de la responsabilité d'un établissement hospitalier peut également être envisagé, non pas en raison des conséquences dommageables des décisions d'hospitalisation sans consentement, mais « des dommages causés au cours de l'hospitalisation elle-même »[2]. Ce contentieux de la responsabilité hospitalière, partagé entre le juge administratif et le juge judiciaire, permet de rechercher la responsabilité de l'établissement en raison d'une faute dans les conditions d'hospitalisation, notamment s'agissant d'actes de soins ou d'un défaut de surveillance, voire pour des conditions indignes d'hospitalisation.

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. Une telle action pourrait en particulier être envisagée en cas de mesures d'isolement ou de contention prises 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.

➢ Combler les lacunes du droit

Mettre fin au recours à l'isolement et à la contention hors du cadre de l'hospitalisation sans consentement. Des citoyens, particulièrement vulnérables, peuvent faire l'objet de mesures de privation de liberté hors de tout cadre légal. Cette situation 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.

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. Mais 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 en hospitalisation libre conduit 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 méconnue, sans véritable conséquence, et où des mineurs bénéficient de beaucoup moins de droits que les adultes. Le CGLPL recommande avec constance de proscrire le recours à de telles mesures à l'endroit de tous les patients mineurs et d'instaurer d'un régime *ad hoc* du mineur hospitalisé en psychiatrie, qui soit conforme aux exigences de la Convention internationale des droits de l'enfant.

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 faire autrement, apparait difficilement acceptable. Ce constat ne peut faire l'impasse sur les difficultés auxquels sont confrontés les services des urgences aujourd'hui, qui rendent particulièrement difficile de prévoir une extension 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 le personnel de santé intervenant aux urgences, les psychiatres ou encore les représentants des patients et des familles), elle ne peut donc s'abstraire d'une

2 Maud Vialettes, conclusions sur CE, 20 décembre 2013, Mme M., n° 352747, T. Rec.

réflexion plus générale sur la situation de ces services, la spécialisation des urgences psychiatriques et l'organisation du système de soins.

Définir un cadre juridique pour les USIP. Les USIP pâtissent de l'absence totale de cadre réglementaire, ce qui alimente d'ailleurs les contestations 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 par voie réglementaire, 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.

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

Renforcer l'effectivité de la politique publique. Si le ministère 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 engagées dans l'ensemble des établissements de santé mentale. Les actions aujourd'hui mises en œuvre par les agences régionales de santé (ARS) pour contribuer à l'objectif de moindre recours à l'isolement et à la contention (appels à projets, actions de formation, journées thématiques) ne font pas l'objet d'un recensement par le ministère de la santé. Il n'est ainsi pas possible de disposer d'un état des lieux de l'ensemble des actions mises en place.

Les différentes actions engagées devraient faire l'objet d'un recensement et d'une évaluation. Un tel bilan permettrait de réaffirmer un objectif commun de baisse du recours aux mesures d'isolement et de contention et de diffusion de bonnes pratiques. Cela pourrait 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.

Utiliser les taux de recours aux mesures d'isolement et de contention comme indicateurs contraignants. 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, il paraît 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. La réussite d'une telle démarche est cependant conditionnée par l'existence et la disponibilité d'indicateurs fiables. Ces indicateurs pourraient porter sur le taux de recours aux mesures d'isolement et de contention, ainsi que sur l'évolution dans le temps, au sein d'un même établissement, de la mise en œuvre de telle mesures.

De tels indicateurs pourraient être intégrés dans ceux que les établissements de santé doivent mettre à disposition du public chaque année. Ils pourraient être utilisés comme critères pour l'octroi aux établissements d'une dotation de financement supplémentaire et pris en compte dans les contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens conclus avec les ARS. Enfin, 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 Haute autorité de santé.